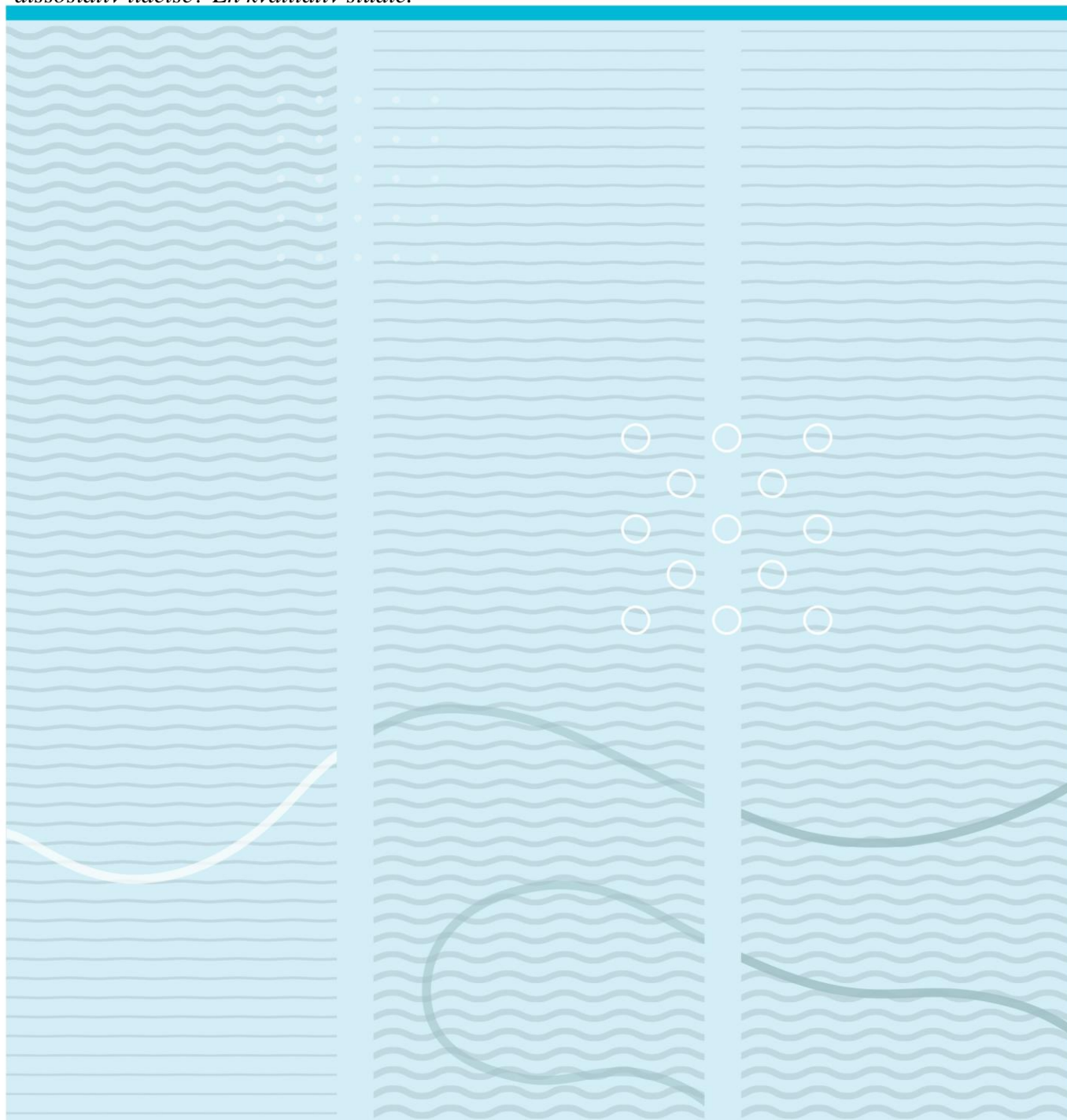


Gerd-Ellen Øverby

Styrke fotfestet i nåtid

Hvilke erfaringer har miljøterapeuter med stabilisering sammen med pasienter som har en kompleks dissociativ lidelse? En kvalitativ studie.



Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for helse - og sosialvitenskap
Institutt for psykisk helsearbeid
Papirbredden – Drammen kunnskapspark
Grønland 58
3045 Drammen

<http://www.usn.no>

© 2017 Gerd-Ellen Øverby

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Forord

Masterarbeidet har vært en reise inn og ut av komfortsonen. I fagterminologien kunne det vært fristende å si inn og ut av toleransevinduet. Miljøterapien har vært i konstant utvikling i et engasjerende og inspirerende fagmiljø. Kunnskapen som er utviklet gjennom forskning, praksis og tilbakemeldinger fra pasienter har vært kilden til mitt ønske om å undersøke fagfeltet nærmere. Dette er gjort med skrekkblandet fryd. Underveis i mitt masterarbeid har jeg også måttet ta «de små skritt» i forhold til egen helse, noe som har vært en lærerik prosess i å holde ut.

Jeg sender mange tanker i ydmyk takknemlighet til pasientene som har våget å vise tillit og lært meg så mye.

En stor takk til veileder professor Rolf Sundet, som har vist raushet og tilgjengelighet, alltid støttende og med viktige konstruktive tilbakemeldinger. Det har vært et avgjørende samarbeid for utvikling av min master. Varme tanker med takk til en idealistisk Gry Bruland Vråle for samarbeidet i forkant og under gjennomføringene av fokusgruppeintervjuene, samt under analysen av data.

En ærbødig takk til psykiater md. phd. Ellen K. K. Jepsen for veiledning på fagfeltet dissosiasjon. Hennes faglighet og brennende engasjement for pasientgruppen er en stor inspirasjonskilde.

En hjertelig takk til de involverte avdelingsledere og fantastiske engasjerte kollegaer og «eks- kollegaer». De har gitt meg inspirasjon, mulighet og deltatt slik at jeg har kunnet fordype meg i et givende og meningsfylt fagfelt. En spesiell takk til Gro for et berikende og godt samarbeid gjennom «100» år.

En varm takk til medstudenter for en lærerik og morsom reise. Sist, men ikke minst, vil jeg «bøye meg i hatten» (fritt etter Heidi Weng) og rette en god klem med takk til min alltid støttende, nære og kjære familie. Nå er tømmerstua felleseie igjen etter å ha vært masterokkupert.

Jellum, 10.09.17

Gerd-Ellen Øverby

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med kompleks dissosiativ lidelse gir mange kliniske utfordringer og det er en krevende behandling. Siden det foreligger begrenset med forskning på fagfeltet stabilisering og miljøterapi, var det derfor viktig å undersøke miljøterapeutenes erfaringer med stabiliseringsarbeid nærmere.

Hensikt: Studiens hensikt var å utforske hvilke erfaringer miljøterapeuter har i sitt stabiliseringsarbeid sammen med pasienter som har en kompleks dissosiativ lidelse. Mål for studien var å utvikle forståelsen for hvilke faktorer som er viktige for miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid og i møte med en pasient som er i en dissosiativ tilstand.

Metode: Studien har et kvalitativt forskningsdesign. Datainnsamling er gjennomført ved hjelp av flerstegs-fokusgruppeintervjuer av fem miljøterapeuter. De transkriberte intervjuene er analysert ved anvendelse av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Funn: Analysen identifiserte 2 kategorier. Kategori 1 knyttes til stabiliseringsarbeid hvor det er grunnleggende med et likeverdig samarbeid preget av å trygge, etablere tillit, gyldiggjøre og fremme håp, samtidig som pasienten myndiggjøres til å ta ansvar for eget prosjekt. Det var sentralt å styrke pasientens forståelse og invitere til undring og oppdagelsesferd på her og nå-verktøy, motivere til ferdighetstrening, utvikle et forutsigbart samarbeidsverktøy (aksjonsplan) for å trene på de små skritt i fredstid for styrke fotfestet i nåtid. Kategori 2 knyttes til stabiliseringsarbeid når pasienten er i en dissosiativ tilstand og hvor kategori 1 danner grunnlaget. Når pasienten var i en dissosiativ tilstand var det nødvendig med inntonning på «det som er» hos pasienten for å jobbe tilbake til nåtid gjennom et forutsigbart samarbeid.

Konklusjon: Forutsetningen for stabiliseringsarbeid er å etablere en terapeutisk allianse gjennom et likeverdig samarbeid med fokus på trygghet, tillit, empati og myndiggjøring. Ved å øke pasientens forståelse, oppdagelser på og styrking av grunningsferdigheter synes dette å ha betydning for økt kontroll over symptomer og at tilstedeværelsen i nåtid utvides.

Nøkkelord: kompleks dissosiativ lidelse, miljøterapi, stabilisering, samarbeid, fokusgruppe, systematisk tekstkondensering.

Abstract

Background: Patients with the diagnosis complex dissociative disorder represent many clinical challenges and the treatment is demanding. More research is needed to examine stabilization and milieu therapy, especially milieutherapists' stabilization work.

Purpose: This study examines the experiences of milieu therapists working on stabilization with patients with complex dissociative disorder. The study's objective is to understand what factors are important in milieu therapeutic stabilization work and with patients in a dissociative state.

Method: This qualitative study used data from several step- focus group interviews with five milieu therapists. The transcribed interviews were analyzed by Malteruds systematic text condensation.

Results: Two categories were identified. Category 1 was related to stabilization work where it is important to establish an equal collaboration where you create safety, establish trust, validate the patient and create hope, and empower the patient to take responsibility for the treatment. It was important to strengthen the patients understanding, invite curiosity and exploration of the here and now tools, motivate to work on skills, and develop a predictable tool for collaboration (action plan) to work on "small steps in peace time to strengthen the foothold" in present time. Category 2 was related to stabilization when the patient is in a dissociative state. Here it was necessary to tune into "what is" within the patient and predictably cooperate to get back to the present.

Conclusion: Stabilization work requires a collaborative therapeutic alliance that is based on safety, trust, empathy and empowerment. By increasing the patients understanding, and strengthening basic skills, the patients may experience more control over symptoms and the presence in present time expands.

Key Words: complex dissociative disorder, milieu therapy, stabilization, collaboration, focus group, systematic text condensation.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	2
Abstract	3
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for studien	6
1.2 Psykisk helsearbeid	7
1.3 Nasjonale og internasjonale føringer.....	8
1.4 Studiens problemstilling og forskningsspørsmål	9
1.5 Begrepsavklaring	9
1.6 Avklaringer og avgrensning av oppgaven	12
2 Teoretisk fundament	13
2.1 Dissosiasjon	13
2.2 Teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten.....	14
2.3 Behandlingen	16
2.4 Miljøterapi	19
2.5 Gjennomgang av tidligere forskning.....	21
3 Metode.....	24
3.1 Kvalitativ metode	24
3.2 Vitenskapsteori	24
3.3 Forforståelse og forske på egen arbeidsplass.....	25
3.4 Fokusgruppeintervju	26
3.5 Rekruttering av utvalg	27
3.6 Datainnsamling	28
3.7 Transkripsjon	29
3.8 Dataanalyse.....	29
3.9 Etiske vurderinger	31
3.10 Metodiske refleksjoner	33
4 Presentasjon av funn	36
4.1 Kategori 1: Miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid: Støtte pasienten i å trene på de små skritt i fredstid for å styrke fotfestet i nåtid.....	37
4.1.1 Subgruppe 1: Likeverdig samarbeid om pasientens prosjekt.....	37
4.1.2 Subgruppe 2: Styrke pasientens forståelse og utvikle ferdigheter i grunning	42
4.2 Kategori 2: Møte pasient i en dissosiativ tilstand: Inntonning på «det som er» - et utgangspunkt for forutsigbart samarbeid tilbake til nåtid	46
4.2.1 Subgruppe 3: Forutsigbart samarbeid fra dissosiativ tilstand tilbake til nåtid	46

4.3	Oppsummering av funn.....	49
5	Drøfting	52
5.1	Likeverdig samarbeid om pasientens prosjekt.....	52
5.2	Styrke pasientens forståelse.....	57
5.3	Utvikle pasientens ferdigheter i grunning	61
5.4	Forutsigbart samarbeid fra dissosiativ tilstand tilbake til nåtid	64
6	Konklusjon.....	71
	LITTERATURLISTE.....	74
	Vedlegg 1: Søkelogg i databaser.....	83
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv til avdelingsledere.....	84
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	85
	Vedlegg 4: Intervjuguide, pilotintervju	87
	Vedlegg 5: Intervjuguide 1, fokusgruppeintervju	88
	Vedlegg 6: Intervjuguide 2, fokusgruppeintervju	89
	Vedlegg 7: Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste	90

1 Innledning

I kapittel 1 presenteres bakgrunn for studiens tema, nasjonale og internasjonale føringer, problemstilling og forskningsspørsmål, begrepsavklaring og avklaring og avgrensninger av oppgaven. Teoretisk fundament redegjøres for i kapittel 2. Beskrivelse av studiens vitenskapelige forankring, metode, analyseprosess og metodiske refleksjoner kommer i kapittel 3. I kapittel 4 presenteres studiens resultat for så å bli drøftet i lys av teori i kapittel 5. Konklusjon av studien er i kapittel 6.

1.1 Bakgrunn for studien

Studiens tema er miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid til pasienter med en kompleks dissosiativ lidelse. Ved en landsdekkende institusjon innen psykisk helsevern tilbys stabiliserende traumebehandling til pasientgruppen. Målet for behandlingen er å hjelpe pasienten til å komme over fobien for tanker og følelser vedrørende traumet (Steele, van der Hart, & Nijenhuis, 2006). Behandlingen er utviklet med bakgrunn i forskning nasjonalt og internasjonalt, som viste at pasientgruppen trengte mer fokus på sine dissosiative symptomer (Jepsen, 2014). Innleggelsene er frivillige og planlagte og har en varighet på ca. tre måneder. Behandlingen er gruppebasert med vektlegging på psykoedukasjon. I tillegg har pasienten individuelle samtaler med terapeut og miljøterapeut. I forkant av en eventuell innleggelse holdes det et fjorten dagers kurs- og utredningsopphold. Hensikten er å vurdere diagnose og gi undervisning på hovedtema som er i den ordinære behandlingen, slik at både den som søker og terapeutene kan få et grunnlag for å vurdere om behandlingen kan være til hjelp. Et år etter utskrivelsen inviteres pasientene tilbake til et «Oppfølgingsopphold». Hensikten er å gjenoppfriske grunntemaer i behandlingen, fokusere på erfaringer pasienten har fått og selvfølgelig at pasientgruppen møtes igjen.

Kompleks dissosiativ lidelse innbefatter diagnosene dissosiativ identitetslidelse (DID) og annen uspesifisert dissosiativ lidelse subtype-1 (DDNOS-1) (Jepsen, 2014). Pasientene har vært utsatt for tidlige relasjonelle traumer, ofte av nære pårørende. Selve tilknytningen og tilliten til andre mennesker er blitt grunnleggende traumatisert ved at de kan ha blitt utsatt for seksuelle overgrep, mishandling og/eller ulike typer omsorgssvikt i barndommen. Når dette har pågått over lengre tid, akkumuleres skadevirkningene (Benum, 2015). Senvirkninger etter tilknytningstraumer er mer komplekse enn ved mer

avgrensede PTSD- symptomer (Blindheim, 2012). Relasjonelle traumer medfører at pasientens utvikling innen en rekke områder påvirkes. Integrering av kunnskap fra felt som «nyere hjerneforskning, utviklingspsykologi, tilknytningsteori, nevrofysiologi, evolusjonspsykologi, stressforskning og klinisk psykoterapi kan belyse hvor komplekst feltet er» (Michalopoulos, 2012, s. 652; Steele, van der Hart, & Nijenhuis, 2008). Det er en vesentlig sammenheng mellom dissosiasjon og varianter av usikker avhengighet (tilknytningsmønster) som det er nødvendig å være klar over i behandlingen av traumeoverlevende (Steele et al., 2008).

Det er en vanskeligstilt pasientgruppe og lidelsen er en av de mest krevende å behandle (Chu, 1988). Fragmenterte utsagn som: ”jeg går med en evig støyende diskusjon i hodet”, ”jeg har ikke kontakt med kroppen fra livet og ned”, ”jeg husker ikke hva jeg gjorde i går, jeg kjenner meg ikke igjen i speilet”, ”jeg vet ikke hvem jeg er eller hva trygghet er”, til ”jeg har ikke følelser” er alle representative for pasientgruppen med denne diagnosen. Tilstedeværelsen og kontrollen over nåtid reduseres (Steele, Boon, & van der Hart, 2017).

Behovet for å kunne regulere og stabilisere sine tanker, følelser og kroppslige reaksjoner er av stor betydning for å oppleve kontroll i sin hverdag. Det er utviklet mye kunnskap på dette feltet spesielt de senere år, men blant annet har Brand (2012) og Jepsen (2014) etterlyst mer forskning på dissosiasjon, ikke minst behandlingsstudier. Samtidig er kompetanse på behandling av traumerelaterte lidelser innen psykisk helsevern mer etterspurt (Anstorp & Bennum, 2014). Miljøterapeuter ved to avdelinger har samarbeidet med pasientgruppen gjennom mange år og har opparbeidet en teoretisk og praktisk kunnskap i stabiliseringsarbeid. Det foreligger begrenset med studier på det miljøterapeutiske stabiliseringsarbeidet med pasientgruppen. Bakgrunnen for denne studien er derfor å rette søkelyset på miljøterapeutenes erfaringer med stabiliseringsarbeid.

1.2 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er studiens overordnede ramme. Psykisk helsearbeid er forankret i den humanistiske tradisjon som vektlegger begreper som verdighet, respekt, gjensidighet, medmenneskelighet og ansvarlighet (HSN, 2017). Et humanistisk menneskesyn

aktualiserer autonomi og frihet i relasjonen mellom det hjelpesøkende mennesket og fagpersonen (Barbosa Da Silva, 1998). Tre forhold som er grunnleggende for alt samarbeid innen psykisk helsearbeid er likeverd, samarbeid og anerkjennelse (Karlsson & Borge, 2013). Helseminister Høie (2016) er tydelig i sin tale, den som behandler og den som blir behandlet skal anerkjenne hverandre som likeverdige parter og utveksle ekspertise. Ifølge Hummelvoll (2012) har psykisk helsearbeid fokus på å styrke folks evne til å møte hverdagens hendelser, både de forutsigbare og uforutsigbare (Hummelvoll, 2012). Studien vil rette søkelyset på miljøterapeutenes erfaringer med å styrke pasientens stabilitet og tilstedeværelse i hverdagen.

1.3 Nasjonale og internasjonale føringer

Retningslinjer for behandling foreligger i The ISSTSS expert consensus guidelines for complex PTSD (Cloitre et al., 2012) og Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision (International society for the study of Trauma and dissociation, 2011). Disse er utarbeidet av interesseorganisasjoner og ikke av nasjonale myndigheter. En årsak kan være mangel på forskning og for lite grunnlag til å utarbeide tydelige retningslinjer fra myndighetenes side. I ny opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering for 2017 skal samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten styrkes med blant annet veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Det skal vektlegges den enkeltes ønsker og behov for å øke mestring, bedre helse og en tryggere hverdag (Regjeringen.no, 2016). Dette er et sentralt tema for å videreføre pasientens arbeid under innleggelsen til hverdagen i hjemkommunen.

I tilknytning til de nasjonale føringene er det naturlig å løfte frem de yrkesetiske retningslinjene. Jeg velger å la yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere representere de ulike profesjoner som utgjør miljøterapeuter. I sykepleiens grunnlag er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Videre skal sykepleien bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert (Sykepleierforbundet, 2011). I møte med en pasientgruppe som opplever at de har blitt krenket i sin verdighet er dette av avgjørende betydning (Kirkengen & Næss, 2015).

1.4 Studiens problemstilling og forskningsspørsmål

Forskning er å utvikle kunnskap, identifisere mønstre og sammenhenger (Thornquisst, 2008). Studiens hensikt er å utforske hvilke erfaringer miljøterapeuter har i sitt stabiliseringsarbeid sammen med pasienter som har en kompleks dissosiativ lidelse. Mål for studien er å øke forståelsen for hvilke faktorer som er viktige for stabilisering sammen med pasienter som har en dissosiativ lidelse og i møte med en pasient som er i en dissosiativ tilstand.

Utgangspunkt for studien er følgende problemstilling:

“Hvilke erfaringer har miljøterapeuter med stabilisering sammen med pasienter som har en kompleks dissosiativ lidelse?”

Studiens forskningsspørsmål er:

Hva vektlegger miljøterapeuten i stabiliseringsarbeidet sammen med en pasient som har en kompleks dissosiativ lidelse?

Hvordan møte en pasient som er i en dissosiativ tilstand?

1.5 Begrepsavklaring

I det følgende vil begreper i oppgaven bli klargjort.

Dissosiativ identitetslidelse (DID). En «identitetsforstyrrelse karakterisert ved to eller flere separate personlighetstilstander. Identitetsforstyrrelsen involverer en markert svekket helhet i selvopplevelsen og opplevelsen av kontroll over egen atferd, sammenfallende med relaterte forandringer i affekt, atferd, bevissthet, hukommelse, persepsjon, kognisjon og/eller sensorimotorisk fungering. Disse tegnene og symptomene kan observeres av personen selv» (American Psychiatric Association, 2013)

Annen spesifisert dissosiativ lidelse subtype-1 (DDNOS -1). Den minner om DID, men har mindre markert oppdeling av personligheten (American Psychiatric Association, 2013).

Integrering. I studien forstås integrering som organisering (eller samling) av alle de forskjellige sidene ved vår personlighet (inkludert selvfølelse). Å være integrert betyr å ha

opplevelse av å fungere på en helhetlig måte. For å utvikle evnen til å integrere er det avgjørende å ha trygge, emosjonelle og fysiske omgivelser under oppveksten. Vår kapasitet til å integrere hjelper oss blant til å skille fortid fra nåtid (Boon, Steele, & Van der Hart, 2015).

Stabilisering. Det er første fase i traumebehandling med fokus på trygghet og tillit (Brand, Loewenstein, & Lanius, 2014). Stabilisering innebærer å overvinne atferd og symptomer som er ødeleggende for pasienten og omgivelsene, for å kunne oppnå en mental kapasitet til å arbeide direkte med traumeminner (Chu, 2011). Dette kan forstås som: «bygging av mentale og somatiske ressurser som gjør det mulig å regulere sterke følelser og kroppslige tilstander» (Anstorp & Bennum, 2014, s. 37). Ved å utvikle ressurser får pasienten verktøy til å håndtere automatiserte reaksjoner, som medfører utvidelse av toleransevinduet. Stabiliseringsarbeid innebærer øvelser som er rettet mot å påvirke nervesystemet. Eksempelvis avspenningsøvelser og egnede sanseøvelser (Ogden, Minton, & Pain, 2006b).

Traume. I denne studien gjelder det psykiske traumer som kan defineres som: «en omstendighet hvor en hendelse overskrider en persons kapasitet til å forsvare sitt psykiske velvære og sin integritet. Det er et sammenstøt mellom en hendelse og en persons ressurser, hvor kraften i hendelsen er større enn de tilgjengelige ressursene for en effektiv respons og bedring». Dette tydeliggjør alvorlighetsgraden av traumet, når et barn blir utsatt for overgrep (Cloitre, Cohen, & Koenen, 2011, s. 3).

Trigger. «Trigger er noe som har en konkret eller symbolsk likhet med et forhold ved en ubearbeidet, traumatisk hendelse» (Boon et al., 2015, s. 170). Den igangsetter reaksjoner som ligner overlevelsereaksjonene, som var under den opprinnelige hendelsen, som ikke bevisst kan kontrolleres. Det kan beskrives som at fortiden «tar over» nåtiden. Triggere kan eksempelvis være et sted, en gjenstand, indre fornemmelser som følelser, ytre sanseinntrykk eller en kroppsstilling (Boon et al., 2015).

Aksjonsplan. Det er en plan over ting pasienten selv kan gjøre når det blir vanskelig i hverdagen og hvordan pasienten vil bli møtt av personalet under innleggelsen. Det gjelder for pasienten å øve på aksjonsplanen i «fredstid». Aksjonsplanen er et forutsigbart samarbeidsverktøy mellom pasient og miljøterapeutene gjennom døgnet. Den utarbeides i et samarbeid mellom pasient, ansvarlig terapeut og miljøterapeut. Aksjonsplanen er et eget dokument som gjøres tilgjengelig for miljøterapeuter gjennom det elektroniske

rapporteringssystemet. Den omtales som «et levende dokument», da den endres ved behov. Pasienten har egen utskrift. Aksjonsplanen har følgende punkter.

- a) Hvordan kan jeg hjelpe meg selv?
- b) Liste opp for eksempel 10 punkter som jeg kan følge før jeg tar kontakt med personalet.
- c) Når jeg tar kontakt, hvordan kan miljøterapeutene hjelpe meg?

Hensiktene er at pasienten skal trene bevisst på grunningsteknikker for å øke mestringen på å være i nåtid og å fremme et forutsigbart samarbeid med miljøpersonalet gjennom hele døgnet. Den synliggjør på hvilken måte pasienten ønsker at miljøpersonalet skal forholde seg til avstand/nærhet, fysisk kontakt og kommunikasjon når hun er i en dissosiativ tilstand.

Miljøterapeuter. Denne studien innbefatter følgende profesjoner; psykiatriske sykepleiere, hjelpepleier og sosionom.

Toleransevinduet. «Den optimale sonen for fysiologisk aktivering» (Siegel, 1999, s. 281-286). «Toleransevinduet er en metafor for hvordan vi tåler ulike kroppslige reaksjoner som nervesystemet styrer» (Holbæk, Moe, Rygh, & Kloumann, 2014, s. 16; Ogden & Minton, 2000). Vi er innenfor toleransevinduet når vi har et aktivitetsnivå vi tåler. Da kan vi blant annet oppdage, lære og være i relasjon til andre. Ved en over- eller underaktivering er vi i mindre grad i stand til dette. Da kommer forsvarsreaksjonene frem (Holbæk et al., 2014).

Grunning. «Teknikker som reduserer dissosiasjon og øker tilstedeværelsen i nåtid» (Brand, Loewenstein, & Spiegel, 2014, s. 172). Traumereaksjoner har en sterk kroppslig komponent, som ofte innebærer opplevelser av at «nåtid» glipper. Grunning kan være enkle handlinger for å minne om nåtid. (Støren & Utgarden, 2014).

I det følgende beskrives metaforer og formuleringer som anvendes. Av mangel på henvisninger er det mine egne beskrivelser.

«Fredstid». Personen er innenfor toleransevinduet i nåtid.

«Fotfestet i nåtid». Styrke pasientens evne til å være oppmerksomt tilstede i nåtid, gjennom blant annet grunning.

«Små skritt». Symboliserer betydningen av å gi pasienten en grad av utfordring som gir en mestringserfaring. Benevnelsen brukes også om; å se etter de små tegn til endring og viktigheten av å være tålmodig.

«Her og nå». Det som skjer i det gitte tidspunktet (Haugsgjerd, Jensen, Karlson, & Løkke, 2009).

«Det som er». Det som blir formidlet av pasienten til enhver tid.

1.6 Avklaringer og avgrensning av oppgaven

I studien blir kompleks dissosiativ lidelse omtalt også som dissosiativ lidelse. Diagnosen inkluderer tidligere omtalt DID og DDNOS -1, disse blir ikke beskrevet spesielt. Utvalget representerer miljøterapeuter som har ulik arbeidstid og arbeidsoppgaver gjennom hele døgnet. I møte med pasienten samarbeider de om å ha lik tilnærming. Skillet mellom dag, kveld og natt ble ikke vektlagt under intervjuene. Miljøterapeutene blir derfor sett på som én gruppe i denne studien. På dagtid samarbeider miljøterapeut og individualterapeut tett med pasienter de har felles behandlingsansvar for. I denne studien vektlegges relasjonen mellom miljøterapeut og pasient. Pasienten omtales vekselvis som hun og han.

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene blir benevnt som informanter, miljøterapeuter, deltakere og utvalg for å variere språket. Når benevnelsen sykepleier er brukt i artikler og litteratur, blir det referert til samme benevnelse i studien. I mangel av forskning på miljøterapi velges det å referere til forskning med individualterapeutens fokus, da brukes terapeutbenevnelsen. Konteksten er ulik fra miljøterapien, men hovedtrekkene i stabiliseringsarbeidet oppleves som en lik tilnærming. I referert litteratur omtales den hjelpesøkende som pasient, klient eller bruker. Utgangspunkt for studien er pasient, derfor velges dette begrepet. I kraft av ulike roller er det en asymmetrisk maktfordeling, men i oppgaven er fokuset på det likeverdige mellommenneskelige møtet mellom pasient og miljøterapeut. Bevissthet i forhold til overføringer og motoverføringer i samhandlingen mellom pasient og miljøterapeut kan gi viktig informasjon til behandlingen, men dette utdypes ikke ytterligere i oppgaven. Bruk av ulike psykofarmaka blir ikke tematisert. Recovery-modellen har mange fellestrekk med fagfeltet som beskrives i studien. Der er også pasientens opplevelse av å få og leve med en psykisk lidelse og hva som pasienten mener hjelper, eller er til bedring, det som er grunnlaget for samarbeidet (Vatne, 2006). Denne modellen blir ikke videre tematisert i studien.

2 Teoretisk fundament

I dette kapitlet presenteres teoretisk forankring til stabiliserende traumebehandling av pasienter med en dissosiativ lidelse og miljøterapi. Deretter fremlegges forskning fremkommet etter systematiske søk.

2.1 Dissosiasjon

Dissosiasjon er «en forstyrrelse og/eller diskontinuitet i den normale integreringen av bevissthet, hukommelse, identitet, følelser, persepsjon, kroppsrepresentasjon, kroppsmotorikk og atferd» (American Psychiatric Association, 2013, s. 291). Forenklet kan vi si at dissosiasjon er: «frakopling eller avspaltning av erfaringer, følelser og kroppslige minner som per definisjon ikke er til å leve med» (Anstorp & Bennum, 2014, s. 28). Å dissosiere er en «ferdighet» som utvikler seg som en reaksjon på traumatiske opplevelser. Pasienter kan få opplevelsen av at deler av personligheten spaltes fra og på en måte lever sitt eget liv inni en selv. Disse delene med sine reaksjonsmønstre omtales med ulike begreper, deriblant dissosiative deler av personligheten, dissosierte selvtilstander eller identiteter. Denne følelsen av «ikke meg» er den dissosiative lidelsens kjerne.

Nijenhuis, van der Hart og Steele (2006) deler de dissosiative symptomene inn i to hovedgrupper: psykoforme og somatoforme. Forfatterne beskriver at begge inneholder negative og positive dissosiative symptomer. Negative symptomer knyttes til tydelige tap av funksjoner. Dissosiativ amnesi med tidstap i nåtid er et kjernesymptom. Videre kan nevnes tidsforstyrrelser, fremmedfølelse for seg selv og kroppen (depersonalisering), fremmedfølelse fra omgivelsene (derealisering) og identitetsproblemer som involverer identitetsforvirring og identitetsveksling (Boon et al., 2015). De positive symptomene er knyttet til dissosiative invaderinger eller intrusjon. Det kan inntreffe i alle deler av virkelighetsoppfatningen i form av blant annet minner, tanker, følelser og sanseopplevelser. Dette inkluderer gjenopplevelser av tidligere traumatiske hendelser, plutselige følelser og handlinger og uforklarlige smerter for å nevne noen få av et stort spekter (Boon et al., 2015).

Tabell 1 Inndeling i negative og positive symptomer (Anstorp, Benum, & Jakobsen, 2006a, s. 78)

	Psykoforme symptomer	Somatoforme symptomer
Negative dissosiative symptomer	Fjernhet, hukommelsestap	Nummenhet, lammelser
Positive dissosiative symptomer	Gjennopplevelse	Smerte, krampe, rykninger

Å «dele opp» personligheten er en måte å overleve traumene på, en forsvarsstrategi. En nødvendig mestringsstrategi når tilværelsen blir for overveldende (Boon et al., 2015). På sikt kan en slik strategi for overlevelse utvikle seg til en psykisk lidelse fordi smertene, angsten og problemene blir for vanskelige å håndtere (Eggen, 2016). Dissosiasjon kan innebære plutselige og midlertidige endringer i bevissthet, identitet og atferd ved skifter mellom deler (Dallam & Manderino, 1997). Dissosiasjon kan også innebære at pasienten mer gradvis mister kontakten med nåtid. Pasienter har beskrevet at de blir numne og langsomt «visner» bort, eller får en spesiell hodepine. Opplevelsene til pasientene er så individuelle (Hagen, Barbosa Da Silva, & Thelle, 2016).

2.2 Teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten

Behandlingen av pasienter med dissosiativ lidelse i avdelingen er forankret i teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten (van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006). Når et menneske blir utsatt for en hendelse eller hendelser som overstiger ens kapasitet til å integrere dem, utvikles en dissosiativ struktur i ens personlighet. Det resulterer i en fragmentering eller oppdeling av personligheten, hvor hovedsakelig en del (the apparently normal part of the personality eller ANP) tar seg av fungeringen i hverdagen og holder de traumatiske minnene på avstand. En annen del (the emotional part of the personality eller EP) inneholder de traumatiske minnene og er fiksert i traumetid (Steele et al., 2017; van der Hart et al., 2006). EP delene er rettet inn mot biologisk overlevelse og forsvar mot farer som kan skje igjen (Anstorp & Bennum, 2014). Ved store belastninger tidlig i barndommen blir disse dissosierte strukturene ofte ytterligere fragmentert.

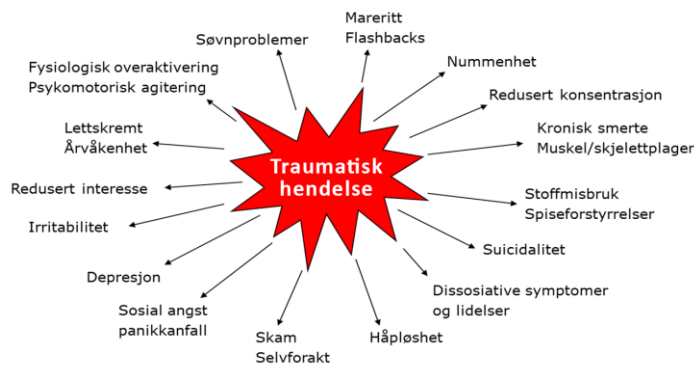
Sammenhengen mellom traumatisering og dissosiasjon er grundig dokumentert (Trickett, Noll, & Putnam, 2011). Sentralt ved fragmenteringen av selvet er at minnene fra fortiden ikke skal overvelde dagliglivet, derfor skjer en ubevisst utkobling. Dette er en ikke

viljestyrt utkobling. Skiftene mellom delene skjer for å trygge personen mot farer (Bailey & Brand, 2017). Når for eksempel barnet sanser at overgripers trinn nærmer seg soverommet, må utkoblingen skje automatisk. Alle delene utgjør en personlighet. Delene har sine særtrekk. Det kan være alt fra redde barnedeler, sinte ungdomsdeler til kritiske voksendeler, som pasienten kan veksle mellom. Stemme og mimikk kan variere og de kan ha ulike tilknytningsstiler (Fisher, 2017). Teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten går ut fra påstanden at om denne fragmenteringen i ANP og EP deler i personligheten ved alvorlige traumelidelser, har en systematisk struktur (Nijenhuis et al., 2006). Forfatterne deler dissosiasjon inn i tre nivåer etter alvorlighetsgrad; primær, sekundær og tertiær strukturell dissosiasjon av personligheten. Primær strukturell dissosiasjon er en mangel på integrasjon mellom de deler av personligheten som styrer handlingssystemene for dagliglivets fungering og handlingssystemer for forsvar mot trusler mot kroppens integritet/trussel mot livet. Primær strukturell dissosiasjon består av én ANP som distanserer seg fra traumet og som utvikler amnesi i varierende grad for traumet. I tillegg er det én EP med vanligvis begrenset omfang. Sekundær strukturell dissosiasjon kan vise seg ved gjentatt alvorlig traumatisering. Det er fremdeles én ANP, men det skjer en ytterligere oppdeling av EP-ene, hvor hver av EP-ene kan karakteriseres gjennom en mer ekstrem tilbaketrekning fra oppmerksomhetsfeltet enn ved bare én EP. Sekundær strukturell dissosiasjon viser seg i mer komplekse traumerelaterte lidelser, som blant annet uspesifisert dissosiativ lidelse subtype-1(DDNOS-1). Tertiærdissosiasjon er den mest alvorlige og brukes når det skjer en oppdeling av ANP i tillegg til dissosiering mellom EP-er. Ved tertiær dissosiasjon vil bevissthetsfeltet til de ulike ANP-ene være mer begrenset enn når det finnes bare én ANP. Betegnelsen tertiær dissosiasjon er begrenset til å gjelde dissosiativ identitetslidelse (DID) (Nijenhuis et al., 2006). I kommunikasjon med pasienten brukes ikke benevnelsene ANP og EP, men de omtales som ulike «deler» eller «sider» av pasientens personlighet. Videre i studien benevnes de dissosiative delene som deler.

De dissosiative symptomene er ofte skjult for terapeuten siden pasienten ikke er klar over dem, er skamfull eller ikke klarer å beskrive sine erfaringer (Steele et al., 2017).

Traumeoverlevende presenterer seg sjelden med dissosiative symptomer, men med mange andre symptomer (se figur 1 symptomoversikt). Forskere mener at det er den underliggende dissosiative struktur av personligheten som er årsaken til mange av disse symptomene (van der Hart et al., 2006).

”Trauma survivors have symptoms instead of memories” (Harvey, 1990)
Traumeoverlevende har symptomer istedenfor minner.



Figur 1 Symptomoversikt

Symptomoversikten i figur 1 (Harvey, 1990) viser dette komplekse bildet av symptomer med blant annet gjenopplevelser av traumer, identitetsvekslinger, kronisk selvskading og suicidalitet (Brand, Loewenstein, & Lanius, 2014). Når pasienten føler seg truet, kan kroppens grunnleggende biologiske forsvar (angrep, flukt, frys, total overgivelse, beredskap eller tilknytningsgråt) bli aktivert (Axelesen & Wessel, 2006). Dette innebærer at når traumeminner trigges av påminnelser, reagerer personen med en forsvarsmekanisme som aktiverer følelser, kroppsforneimmelser og atferd som om man fremdeles er i en truende situasjon (Blindheim, 2012). Det er i dette symptomlandskapet miljøterapeuter arbeider med stabilisering gjennom døgnet.

2.3 Behandlingen

Behandlingen består av en trefasemodell hvor første fase fokuserer på å etablere en terapeutisk relasjon, trygghet, stabilisering og symptomreduksjon (International society for the study of Trauma and dissociation, 2011). Fase to vektlegger bearbeiding av traumeminner og integrering av de ulike delene av personligheten, slik at alle kan erkjenne de traumatiske minnene. Fase tre innebærer personlighetsintegrasjon og rehabilitering, bearbeiding av den alvorlige neglisjeringen som pasienten har vært utsatt for under sin utvikling (Steele et al., 2006). Behandling i fase to og tre blir i denne studien ikke inkludert.

Behandling av dissosiative symptomer krever noe i tillegg til vanlig terapi for kroniske traumelidelser. Kjernevirksomheten i «dette lille ekstra» er arbeidet med å adressere og

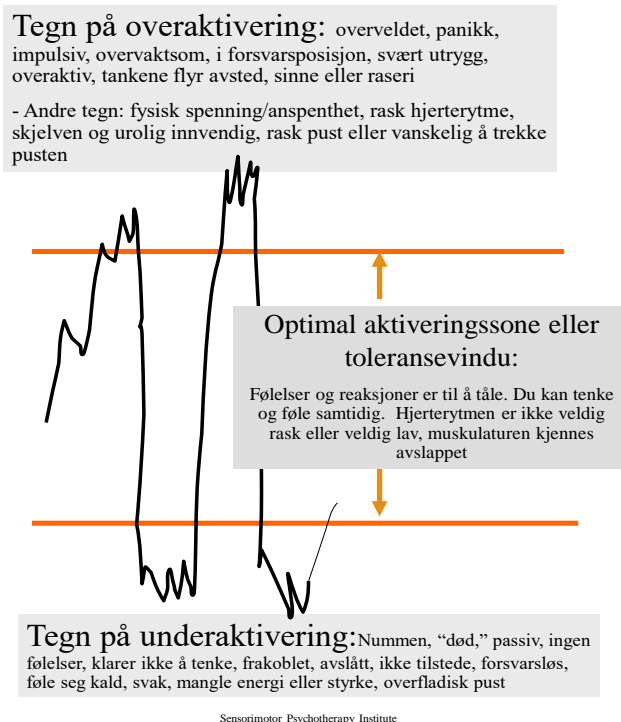
integrere de ulike dissosiative delene av personligheten. Ved å få en oversikt over pasientens «dissosiative kart» over indre avspaltninger kan kartet være en veileder for videre terapi (Weele, 2014). Enhver intervensjon bør enten direkte eller indirekte støtte opp under at pasienten er én personlighet (van der Hart et al., 2006). I samarbeidet er det nødvendig at terapeuten er bevisst at selve tilknytningen og tilliten til andre mennesker er blitt grunnleggende traumatisert, ved seksuelle overgrep, mishandling og/eller ulike typer omsorgssvikt i barndommen (Steele et al., 2008)

Behandlingen i første fase vektlegger å hjelpe pasienten til å komme over fobi for tilknytning og påfølgende tilknytningstap i forhold til terapeuten. Pasienter som har omfattende historier med overgrep og forsømmelser har ofte store vansker med tillit (International society for the study of Trauma and dissociation, 2011). Det er derfor av avgjørende betydning å jobbe mot en «trygg nok» terapeutisk relasjon (Benum, 2015). Et behandlingsprinsipp er trygghet først (Brand, Loewenstein, & Lanius, 2014; Steele et al., 2017). Hensikten med behandlingen er å utvikle evnen til å romme minnene uten å bli overvældet av dem (Steele et al., 2017). Heller enn å utforske traumeminnene som har forårsaket symptomene, er det behov for å modulere og få økt kontroll og større grad av stabilitet inn i pasientens liv (Chu, 2011).

Stabiliseringsarbeid handler om å øke pasientens forståelse for egne symptomer og plager og hva de selv kan gjøre for å mestre dette (Støren & Utgarden, 2014). Det er hensiktsmessig å styrke pasientens daglige fungering før pasienten skal forholde seg til traumeerfaringer som er lagret i avspaltede bevissthetstilstander, omtalt som deler eller sider. Dette kan gjøres med psykoedukasjon og ferdighetstrening. Kjernen i fase en handler om å utvide toleransevinduet, siden endringsarbeid først kan skje når pasienten er innenfor (Støren & Utgarden, 2014). Toleransevinduet utvides ved å utfordre seg selv samtidig som ferdigheter i å regulere seg benyttes (Salvesen & Wæstlund, 2015). Det er viktig å finne nye strategier i å regulere seg inn i toleransevinduet når man er over- eller underaktivert. Betydningen av å trene og etablere gode grunningsteknikker bidrar til bedre muligheter for selvregulering (Holbæk, 2014b). Grunningsteknikker kan hjelpe til å skille fortiden fra nåtiden. Sammen med en kriseplan og eventuelt medisiner kan dette bli alternativer til utrygg atferd (International society for the study of Trauma and dissociation, 2011). Arbeid med stabilisering og trygghet i fase en er det første kritiske punktet i behandling av DID- pasienter og er lett å forsømme i terapien (Brand, Loewenstein, & Lanius, 2014; Michalopoulos, 2012).

Behandlingsmanualen Traumerelatert dissosiasjon ferdighetstrening for pasienter og terapeuter, som benyttes i undervisningen, vektlegger grunnleggende stabiliseringsteknikker til bruk i fase en (Boon et al., 2015). Her er toleransevinduet en sentral modell og metafor for å forklare stabilitet, der vi er konsentrert og forholder oss oppmerksomt til omgivelsene, er her og nå til stede i nåtid, innenfor rammen av følelsesmessig toleranse. Dette kan forstås som et mål for stabilisering (Nordanger, 2014). Beskrivelsen av toleransevinduet er laget som en hjelp til å bli oppmerksom på og forstå egne reaksjoner. Bevissthet på ulike kroppslige fornemmelser kan gi viktige signaler på hva som skjer (Boon et al., 2015). Mennesker med traumelidelser har vansker med å regulere fysiologisk og affektiv aktivering innenfor toleransevinduet. Ved å føle for mye/overaktivering oppleves blant annet: sterk uro, kaosfølelser, utagering og aggresjon. Ved å føle for lite/underaktivering oppleves blant annet: nummenhet i kroppen, tomhet, håpløshet og kraftløshet. Mellom disse aktiveringstilstandene oppleves det svingninger (Ogden et al., 2006b). Jannina Ficher, kursleder for Sensorimotorisk psykoterapi, formidlet dette med følgende metafor: "Husk at for enkelte er toleransevinduet så smalt som en tannstikker". Da er det lite som skal til før forsvarsmekanismene slår til og man er utenfor toleransevinduet.

Autonom (ikke viljestyrt) aktivering



Figur 2 Toleransevinduet: Ogden, Minton & Pain 2006 fra Siegel 1999

Når reguleringssystemet er svakt, er det også vanskelig å forholde seg til toleransevinduet (Nordanger, 2014). Traumeminnene invaderer nåtid gjennom sansene. Dette skjer gjennom lyder, lukter, synsinntrykk og kroppslige fornemmelser som kobles til traumehendelsen. Samtidig kan aktiv oppmerksomhet på sansene være en måte å forankre seg i nåtid på. Det er nyttig å bli kjent med sitt eget toleransevindu. Stabiliseringsarbeid innebærer å øve på å utvide toleransevinduet og bli bedre til å regulere seg tilbake til toleransevinduet fra hyper-(over) eller hypoaktivering (under) (Nordanger, 2014). Det vil si å utvide toleransevinduet skritt for skritt ved å trene opp ferdigheter i regulering til det er stort nok til å håndtere dagligdagse utfordringer. Ferdigheter kan være å bli oppmerksom på kroppslige reaksjoner.

I *Handbook of dissociation* tar Young & Young (1996) opp behandling av dissosiative pasienter som er innlagt i institusjon. Pasienten skal trene på å romme destruktive impulser og regulere grad av følelsesmessig aktivering, ved ulike selvkontrollteknikker. Det er viktig å få kartlagt pasientens ressurser for å finne konkrete stabiliserende aktiviteter. Disse kan skrives på en liste (kalt aksjonsplan i dagens behandling) slik at pasienten kan trene på regulering for vanskelige situasjoner. Det er sentralt at pasienten skjønner at ikke alle kriser er like truende. De reagerer ofte på triggere med “all-or-none respons” (Young & Young, 1996, s. 502). Utvikling av mestringsstrategier er et nøkkelfokus. Det er nødvendig at sykepleiepersonellet har skoleing og spesialtrening for å møte pasientgruppen Kluft (1991) ifølge (Young & Young, 1996).

I *Guidelines for treating dissociative identity disorders in adults* i (International society for the study of Trauma and dissociation, 2011) beskrives traumebehandling med eller uten dissosiative lidelser for pasienter innlagte ved spesialiserte avdelinger. Her vektlegges blant annet ferdighetstrening pasienten trenger for å bli mer trygg og stabil. Eksempelvis nevnes det å bruke fantasien til å finne et «indre trygt sted». Trygt sted kan også være et ytre fysisk sted som er mulig å oppsøke (Strand, 2014).

2.4 Miljøterapi

Det er i det ovennevnte fagfeltet miljøterapeuter befinner seg. Miljøterapi kan defineres som:

« planlagt og faglig begrunnet terapeutisk virksomhet som nyttiggjør seg de til enhver tid tilgjengelige ressursene som omgivelsene gir. Gjennom samhandling

tar man sikte på å legge til rette for fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst- og å styrke brukerens egenomsorg. Dette oppnår man ved å variere mellom støtte og utfordring i en terapeutisk allianse preget av anerkjennelse og respekt for brukerens egenverd og integritet» (Lillevik & Øien, 2014, s. 78).

Denne definisjonen er i tråd med traumeforståelsen som presenteres i studien. Miljøterapi er en selvstendig form for terapi (Sundet, 2016). Den kan forstås som uttrykk for en fagideologisk tenkning (Lillevik & Øien, 2014). Valgene er gjennomtenkte, den fagideologiske tenkningen må være forankret i institusjonens organisering og i grunnprinsippene som hele det miljøterapeutiske arbeidet dreier seg om. Grunnprinsippene er: det systematiske prinsipp, det relasjonelle prinsipp, det strukturelle prinsipp, prinsipp om kunnskap om miljøfaktorer-tilrettelegging og utnyttelse og prinsippet om helhetlige prosesser (Landmark & Olkowska, 2016). I studien *Miljøterapi i psykisk helsevern - et prosjekt verdig* viser Nysveen til funn hvor relasjonen mellom pasient og personale er en grunnleggende faktor i en virksom miljøterapi. Personalets faglige kompetanse, mellommenneskelige kompetanse og personlig egnethet har avgjørende betydning. Det legges til rette for at pasienten kan bruke sine erfaringer og ressurser i bedringsprosessen. Studien viser blant annet at miljøterapeutene har et engasjement og ønske om å nærme seg pasienten, slik at plager lindres og nye ferdigheter utvikles for å sikre en helsefremmende utvikling (Nysveen, Nordby, Brattrud, & Granerud, 2011).

Hagen (2016b) beskriver «trygghet (som innebærer forutsigbarhet), relasjon og affektregulering» som de tre viktigste grunnpillarene i traumebevisst omsorg (Hagen, 2016b, s. 29) . Miljøterapeutenes anerkjennelse omtales som en terapeutisk strategi (Hagen, 2016b). Anerkjennelse innebærer at pasientens indre opplevelse blir fokusert og verdsatt som en selvfølge, med bakgrunn i å være et medmenneske (Schibbye, 2010). Dette omfatter blant annet omsorg, innlevelse, forståelse, respekt og at miljøterapeuten bekrefter pasienten. Anerkjennelse innebærer også å være emosjonelt tilgjengelig for pasienten og at miljøterapeuten har en genuin evne og vilje til å gi pasienten rett til sin egen opplevelse.

2.5 Gjennomgang av tidligere forskning

Gjennom systematisk litteratursøk er det fremkommet begrenset med forskning på studiens tema (Vedlegg 1). Tre studier ble søkeresultatet i forhold til miljøterapi. Det ble valgt å inkludere to studier i forhold til behandlingen. I tillegg ble det funnet to fagartikler. Med tanke på få relevante studier ble det ikke lagt inn noen begrensninger på datasøkene. Mesh-termer ble anvendt der de var tilgjengelige. Databasene som ble valgt er de mest aktuelle innenfor helsevitenskap, etter anbefalinger fra Høgskolens bibliotekarer. Tips fra veileder, assisterende moderator og kollegaer har i tillegg gitt meg relevant litteratur. Likedan har enkelte litteraturlister vært nyttige.

En av tre undersøkelser jeg fant i forhold til miljøterapi og stabilisering belyser betydningen av sykepleierens egen trygghet i stabiliseringssituasjoner med pasienter som er i en dissosiativ tilstand (Heimstad & Biong, 2014). Det er viktig at sykepleieren har oppmerksomhet på egne kroppslige reaksjoner, skape en indre ro i seg selv, for å oppleve trygghet. Ved å ha indre ro er det mulig å kommunisere ro og trygghet til pasienten. Viktig faktor for ro og trygghet er også kommunikasjon med kollegaer, likedan at dissosiasjon ikke er farlig for pasienten. Det er en forsvarsmekanisme. Ikke farlig gjelder også i betydning av sykepleiers sikkerhet. Fokus på her og nå og respekt for pasientens integritet kan utfordre sykepleiernes egne grenser og mulighet til å ha og gi ro. Dette kan for eksempel være ved utagering og sinne eller ved behov for tettere fysisk kontakt enn det sykepleieren kan bidra med. Undersøkelsen viser også til betydningen av skolering på traumer og dissosiative lidelser (Heimstad & Biong, 2014). Disse resultatene viser betydningen av den nødvendige trygghet i form av kunnskap, erfaring og kollegial støtte som bør foreligge i møte med denne pasientgruppen.

Næss og Biong (2014) undersøkte sykepleiepersonellens beskrivelser av sine egne erfaringer med å skape et støttende miljø for pasienten og samtidig utvikle personlige ferdigheter hos pasienten. Funn ble at miljøpersonalet møter pasienten som subjekt, i et gjensidig møte, for å oppnå forståelse for hva pasienten presenterer. Forståelsen ble konkretisert i et bevisst samspill, “den relasjonelle praksisen”, som tilpasses den enkelte pasients behov, forutsetning og erfaringskunnskap. Den kan betraktes som et verktøy. Ved å ansvarliggjøre pasienten åpnet det seg flere muligheter. Omsorg og ansvarliggjøring er to sider av samme sak. Resultatene viser betydningen av sykepleiers

relasjonskompetanse ved å balansere omsorg og gi pasienten ansvar selv. (Næss & Biong, 2014).

McAllister (2001) studerte erfaringer sykepleiere og pasienter med dissosiative identitetslidelser hadde med omsorg under akuttinnleggelser. Studien tok utgangspunkt i *Constructivist self-development theory* (CSDR) som fokuserer på selvet og det intrapsykeiske aspektet i møte med pasienter med en DID- diagnose Deiter & Pearlman (1998) i (McAllister, 2001). Forfatterne vektla behovet for selvets kapasitet til å lage forbindelser, affektregulering og styrke egenverd. Studiens funn fornyer eksisterende teorier ved å undersøke det interpersonlige aspektet mellom pasient og sykepleier. Det er viktig å legge til rette for bedringsprosesser fra tidligere traumer gjennom sosial tilknytning, motstandsstyrke (resiliens) og trygghet.

Pasientene og sykepleierne delte minnerike historier for å formidle lærdom til andre helsearbeidere og traumeoverlevende. Historiene forklarer blant annet hvordan sykepleieren kan;

- være støttende og tilstedeværende for en redd pasient
- regulere og hjelpe pasienten til å romme og overleve ekstreme følelser
- grunne en pasient i her og nå
- dele kontroll i stedet for å redde eller gjøre til offer
- styrke kreativitet og fantasi for å finne alternativer til å mestre kriser

Studien viser til at terapeutisk tilstedeværelse bygger tillit. Sykepleieren lærer å stole på pasienten. Det er viktig å huske på at traumeoverlevende er sterke overlevende. De kan få tillit til at de vil fortsette å overleve. Studien formidler praktisk sykepleierkunnskap som kan forbedre omsorgen til traumeoverlevende.

Jepsen og kollegaer (Jepsen, 2014; Jepsen, 2013) viser til forskningsresultater som indikerer at pasienter med en kompleks dissosiativ lidelse ser ut til å trenge mer spesialisert behandling enn personer med kompleks PTSD, uten kompleks dissosiativ lidelse. Pasienter med kompleks dissosiativ lidelse trenger ytterligere tid etter en tre måneders behandling for å konsolidere sin bedring.

Brand, McNary og Myrick (2013) viser i sin studie til «Topp 10, de mest anbefalte strategier» fra internasjonale eksperter på behandling av pasienter med en DID-lidelse.

Første nivå er stabilisering med hovedfokus på trygghet og stabilitet, med underpunkter: etablere trygt sted, etablere og reparere allianse, undervise og praktisere grunning, psykoedukasjon og behandlingsmuligheter, diagnostisering av psykisk lidelse, undervisning og praktisering av egenomsorg, utvikling av sunne relasjoner, affekttoleranse og impulskontroll, stabilisering for daglig stress og kriser, og til slutt undervisning og praktisering av romming.

Benham (1995) viser i sin fagartikkel til mange av de samme kildene som er dagens forskning. Benham beskriver flere gjenkjennbare mestringsstrategier, som for eksempel en kriseplan til hjelp for impulsive handlinger og dissosiative episoder. Hun vektlegger betydningen av tålmodighet med å trene inn nye ferdigheter og styrking av empowerment og kontroll hos pasienten.

Michalopoulos (2012) fokuserer i sin fagartikkel på betydningen av å tilby stabiliserings- og ferdighetstreningskurs til mennesker med komplekse traumelidelser. Kurset baseres på tre hovedtema: informasjon/psykoedukasjon, øvelser og hjemmeoppgaver. Inklusjonskriteriet er individualterapi, for å kunne jobbe parallelt med temaer i kurset. Kurset har to formål: å tilby informasjon om traumerelaterte problemer og å tilby ferdigheter som kan bedre evnen til å håndtere symptomer. Det fokuseres hele tiden på fysisk og psykisk trygghet, egenomsorg og hva en kan gjøre for å hjelpe seg selv for å utvide toleransevinduet. Gruppene er preget av struktur og forutsigbarhet, hvor målet er å skape en trygg arena for læring. Kursledere søker å stimulere sansene under undervisningen for å fremme tilstedeværelse og redusere dissosiasjon. Teorien om strukturell dissosiasjon ligger til grunn. Schore beskriver «nervesystemet som den glemte faktor i psykoterapi og dissosiasjon som den største hindring for effektiv behandling av traumelidelse. Dissosiasjon forstås som en overlevelsesorientert enpersonpsykologi, hvor personen ikke klarer å bruke relasjonen som hjelp til å regulere seg, noe som blir til hinder for å nyttiggjøre seg den terapeutiske relasjonen» (Schore, 2006) i (Michalopoulos, 2012, s. 654). Perry (2011) hevder at behandling først bør rettes mot regulering av kroppslig aktivering, affektregulering og hvordan kroppen skal bli trygg nok i nåtid. Når pasienten er innenfor toleransevinduet vil vedkommende kjenne på mestring og at mental kapasitet vil øke. De har fått erfaring på at når terapeuten tror på en endring av symptombildet, smitter det over på pasienten. Det bidrar til at de går fra opplevelsen av å være offer til å være agent i eget liv.

3 Metode

I dette kapittelet har jeg valgt å presentere oppgavens metode, vitenskapsteoretiske forankring og forforståelse. Deretter redegjøres det for den valgte kvalitative forskningsmetoden som er benyttet for å få svar på problemstilling og forskningsspørsmål. De ulike trinn i datainnsamlingen og dataanalysen beskrives for så å presentere etiske refleksjoner og avslutningsvis metodiske refleksjoner.

3.1 Kvalitativ metode

Malterud (2013) beskriver kvalitativ metode som en forskningsstrategi for beskrivelser og analyse av egenskaper og kvaliteter ved fenomenet som studeres. Metoden kan bidra med nyanser og et mangfold angående problemstillingen. Spesielt nevnes «menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger». I tillegg nevnes dynamiske prosesser som samhandling og utvikling (Malterud, 2013, s. 27). Kvalitativ metode «bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk)» (Malterud, 2013, s. 26). Med bakgrunn i det ovennevnte, studiens problemstilling og forskningsspørsmål synes det relevant å velge en kvalitativ metode for studien. Forskningsdesignet for studien er deskriptivt (beskrivende) (Malterud, 2013). Fokus for studien er miljøterapeutenes beskrivelser av fenomenene knyttet til erfaringer med stabiliseringsarbeid sammen med pasienter med en dissosiativ lidelse.

3.2 Vitenskapsteori

Det vitenskapsteoretiske grunnlaget for denne studien er en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Thagaard, 2015). Med studiens problemstilling ønsker jeg å få belyst miljøpersonalets subjektive erfaringer. Er det noen fellestrekk og noe særegent med deres erfaringer knyttet til stabiliseringsarbeid med pasientgruppen? Fenomenologi vektlegger forståelse av sosiale fenomener utfra subjektets eget perspektiv (Thornquisst, 2008). Disse subjektive opplevelsene danner utgangspunkt for å søke en mening i informantenes erfaringer (Thagaard, 2015). Slik sett er analysearbeidet fenomenologisk inspirert. Samtidig er det naturlig å bringe inn hermeneutikk som omhandler forforståelse, forståelse og fortolkning av tekst (Thornquisst, 2008). Hermeneutikken er helhetsorientert

med et kontinuerlig samspill mellom forforståelse og erfaringstolkninger, refleksjon og erfaringer, del og helhet. Dette er den hermeneutiske sirkels dynamikk som bidrar til dypere forståelse (Aadland, 2011). Tolkninger har foregått gjennom hele studieforløpet og disse har jeg drøftet med veiledere. Mine tolkninger i perioden mellom intervjuene har jeg lagt frem for utvalget som igjen har gitt meg tilbakemelding og rom for nye tolkninger.

En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming krever en balanse mellom beskrivelser og fortolkninger. For studien innebærer dette å utforske informantenes subjektive erfaringer og se det i lys av datamaterialets helhetsinntrykk.

3.3 Forforståelse og forske på egen arbeidsplass

Forforståelse er et aspekt ved forskerrollen. Aadland beskriver forforståelse som «en forståelse som går forut for erfaringen; en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli (Aadland, 2011, s. 308) Den er preget av forskerens følelser, verdier, holdninger i allmennhet og erfaringer (Haugsgjerd et al., 2009). Malterud (2013) bruker metaforen ”ryggsekk” om forforståelsen. Det er ryggsekkens innhold forskeren bringer med seg inn i forskningsprosjektet og som kan påvirke arbeidet både positivt og negativt. Positivt ved å være bevisst betydningen av egen forforståelse. I samspill med det valgte teoretiske fundament kan ny kunnskap vokse frem mellom empiriske data og teoretiske perspektiver (Malterud, 2013). Det blir et negativt resultat hvis alt handler om det forskeren har med selv.

Jeg har fått arbeide med pasienter som har en kompleks dissosiativ lidelse i 12 år. Parallelt har det vært skolering og veiledning. Dette har resultert i viktig innhold i min ryggsekk. Før oppstart på masteroppgaven skrev jeg ned hovedtrekk i min forforståelse, noe som har vært en viktig kilde til refleksjon underveis i arbeidet. Avgjørende for min trygghet og trivsel som miljøterapeut har vært ledelsens tilretteleggelse for faglig skolering av personalet. Det har medført en innsikt og forståelse som sammen med lærerike erfaringer i samarbeid med en sårbar pasientgruppe har resultert i en verdifull kompetanse. Miljøterapien er basert på spesialkompetanse på dissosiative lidelser, med holdninger som verdighet, empati og respekt og hvor pasienten har et avklart ansvar for egen behandling. Jeg har erfart at en forutsigbar miljøterapi gjennom døgnet har betydd en viktig forskjell i mange menneskers liv.

Blant fordelene ved min forforståelse er at min faglige bakgrunn hjalp meg til å formulere relevante intervjuguider. Under intervjuene ble det tilstrebet å ha en åpen dialog mellom informantene. Videre er konteksten kjent og kunnskap om faget kan medvirke til en raskere erkjennelse og forståelse av nyanser i beskrivelser fra informantene. Ulempen kan være at forforståelsen min kan dominere. Dagligdagse fenomen og uttrykk som er selvsagt innenfor egen kultur kan bli vanskelig å se (Thagaard, 2015). Det kan være lett å rapportere og fortolke ut fra deltakeres perspektiv, siden vi har vært kollegaer i mange år. (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015).

3.4 Fokusgruppeintervju

Med utgangspunkt i studiens problemstilling og ønsket om å kunne utdype beskrivelser valgte jeg å gjennomføre to fokusgruppeintervju i løpet av høsten 2016. Lerdal og Karlsson (2008) mener at flerstegs-fokusgruppeintervju, som er en serie med fokusgrupper over tid med de samme personene, kan gi mer utdyping og presisering av data. Informantene får en syntetisering av materialet fra gjennomført fokusgruppeintervju til refleksjon før neste fokusgruppeintervju utdyper videre. Metoden er velegnet til å beskrive og utvikle klinisk praksis (Lerdal & Karlsson, 2008).

Fokusgruppeintervju innebærer at en moderator guider temaer for diskusjon til en mindre gruppe. Dette fremmer samhandling og medfører en dynamikk mellom informantene som åpner for en annen innsikt enn ved individualintervjuer (Malterud, 2012). Lerdal og Karlsson (2008) hevder at fokusgruppeintervju er velegnet til å få frem erfaringer, holdninger og dominerende verdier. Dataskapning skjer ved at flere personer sammenlikner erfaringer og tolkninger under intervjuet gjennom en dynamisk prosess. Morgan (1998) mener at fokusgruppeintervjuet gir mindre detaljert informasjon fra hver informant, men det engasjerer informantene i aktiv sammenligning av meninger og erfaringer. Moderator var bevisst på å inkludere alle under intervjuene. I etterkant av intervjuene ga informantene tydelig tilbakemelding på at det også hadde vært lærerikt for dem å delta.

Etter nøye overveielse valgte jeg å være moderator, med stor bevissthet på min forforståelse og relasjoner til utvalget i forkant, under gjennomføringen og i etterkant. I tillegg var en nøytral, ekstern assisterende moderator med under intervjuene (Morgan, 1998). Vi foretok en rolleavklaring mellom oss. Malterud (2012) beskriver blant annet i

tillegg til å guide skal moderatoren evne å lytte og improvisere, huske uttalelser for å bringe tilbake, vise fleksibilitet og balansere innlevelse og distanse. Vanlige feil er å snakke for mye og forsvare egne synspunkter. Assisterende moderators oppgaver var å observere, komme med utfyllende spørsmål og minne om tiden.

Antall anbefalte deltakere blir diskutert i referert litteratur. Ved få informanter er det sårbart ved frafall. Antallet på fem ble valgt utfra anbefalinger av Lerdal og Karlsson (2008). De to fokusgruppeintervjuene besto av de samme personene; et utvalg på fem informanter, moderator og assisterende moderator. Dette var en stor fordel for kontinuiteten i gruppa.

Umiddelbart etter hvert fokusgruppeintervju sammenfattet assisterende moderator og moderator hovedinntrykk som også ble tatt opp på lydopptaker for å inkluderes i datamaterialet.

Det ble gjennomført et pilotintervju, bestående av to informanter (tidligere kollegaer) og moderator i forkant av studien. Hensikten var å teste ut intervjuguide, teknisk utstyr og min rolle. Informantene skrev under på samtykkeskjema og at datamaterialet kunne inkluderes i studien. Malterud (2013) mener at den første datainnsamlingsfasen ikke trenger å klassifiseres som pilotprosjekt. Alle empiriske data er viktige bidrag til prosjektet. De kan gi verdifull innsikt og inkluderes i analysen. Dette var noe jeg erfarte og valgte å gjøre.

3.5 Rekruttering av utvalg

De berørte lederne ble informert muntlig og skriftlig om studien og de nødvendige godkjenninger innhentet før informanter ble kontaktet. Informantene ble rekruttert ved en strategisk selektiv utvelgelse for å tilstrebe fyldige og representative data (Thagaard, 2015). Det ble tatt direkte kontakt med fem deltakere som alle ønsket å delta i studien. Alle informantene var kvinner. Inklusjonskriteriet var flere års erfaring med og skoling på fenomenet som skulle studeres. Det ble innhentet skriftlig informasjon om utvalgets utdanning og yrkeserfaring med pasientgruppen. Informasjonen ble oppbevart nedlåst. Deres yrkeserfaring med pasientgruppen varierte fra 2-30 år, med et gjennomsnitt på 16,8 år. Alle hadde relevant videreutdanning. Siden konteksten var en institusjon, ble det naturlig å rekruttere informanter som representerte miljøterapi gjennom hele døgnet for å

få en relevant bredde. Det var også hensiktsmessig for å tilstrebe en balanse mellom homogenitet og variasjon i utvalget (Malterud, 2012). Informantene ble rekruttert fra to avdelinger. Fire av fem informanter hadde erfaring med å jobbe i begge avdelingene.

3.6 Datainnsamling

I forkant av det første fokusgruppeintervjuet ble det formulert en intervjuguide som var en videreutvikling av intervjuguiden brukt under pilotintervjuet (vedlegg 5), med bakgrunn i viktige erfaringer. Malterud (2013) påpeker denne fleksibiliteten ved kvalitative forskningsprosesser ved å korrigere kursen underveis utfra erkjennelser som gjøres. Intervjuguiden som var basert på studiens problemstilling og forskningsspørsmål endte opp med færre og mer åpne spørsmål (vedlegg 6). Dette medførte mer rom til informantenes subjektive opplevelser i tråd med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Thornquist, 2008). Samtidig ga det mer rom for utforskning og samhandling.

Etter det første fokusgruppeintervjuet ble det laget et sammendrag til utvalget for validering av mine tolkninger. Samtidig ble det utformet en intervjuguide med bakgrunn i tema som var ønskelig å få utdypet mer i det kommende intervjuet (vedlegg 7). Her kom fordelene med flerstegs- fokusgruppeintervju tydelig frem.

Intervjuguidene ble delt ut til utvalget i forkant av fokusgruppeintervjuene med tanke på å stimulere til refleksjon og gi forutsigbarhet. Intervjuguidene inneholdt også tidsrammen for intervjuet og spilleregler for gruppa. En tidsplan ga rom for fleksibilitet samtidig som den sikret at nødvendige tema ble inkludert og avsluttet innen avtalt tid. Flerstegs- fokusgruppeintervju ga også en fleksibilitet ved at tema kunne utdypes mer i neste intervju. Fokusgruppeintervjuene varte henholdsvis i 90 og 60 minutter. Hvert fokusgruppeintervju startet med en 15 minutters innledning, som skapte rammen for det sosiale rommet og samspillet i gruppen (Halkier, 2010). Innholdet varierte etter behovet for informasjon. Første gang ble det en presentasjonsrunde. Informantene ble oppfordret til å dele erfaringer fra situasjoner og historier, noe flere gjorde.

Under datainnsamlingene ble det vektlagt å ha en sosial kontekst, møterom som inkluderte kaffe og tørstedrikke, hjemmebakst og blomster, som innbød til en uformell stemning, fortrolighet og ro (Malterud, 2013). De fleste miljøterapeutene kjente godt til

hverandre og alle var deltakende og aktivt engasjerte. Etter hvert fokusgruppeintervju sammenfattete assisterende moderator og moderator hovedinntrykket. Dette ble også tatt opp med lydopptaker for å kunne anvendes som datamateriale.

Halkier (2010) vektlegger planlegging ved bruk av opptaksutstyr. Intervjuene ble derfor tatt opp med to digitale lydopptakere for å sikre mot eventuelle tekniske feil. Dette var nyttig siden den ene lydopptakeren sviktet under det siste intervjuet, og gode lydopptak er avgjørende for videre transkripsjon.

3.7 Transkripsjon

Analysen starter med transkripsjon av intervju. Lydopptak blir omdannet til skriftlig tekst (Malterud, 2012, 2013). Intervjuene ble overført og lagret på datafiler på PC utlånt fra arbeidsgiver. Lydkvaliteten ble god og ved å benytte pedal under avspillingen forenklet det transkriberingen. Transkriberingen ble gjort på bokmål, av hensyn til konfidensialitet. Jan Svennevig sitt oppsett på tegn ble valgt under transkriberingen av intervjuene, for best mulig å synliggjøre intervjusituasjonene med pauser og latter (Svennevig, 2010). Dataen ble ordrett skrevet ut. Det ble fortløpende foretatt en avidentifisering av nødvendige opplysninger, som navn på kollegaer og stedsnavn. Det ble satt av gode marger på begge sider, for å gi rom for notater under analyseprosessen. Jeg valgte å transkribere selv. Det ga meg mer nærhet til teksten, en mer helhetlig oversikt og mulighet for å huske kontekst hvor setninger og uttalelser var hentet fra.

3.8 Dataanalyse

Analysen kan beskrives som å bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattete (Malterud, 2013). Gjennom hele denne analysen skal forskeren gjøre rede for trinn i forskningsprosessen og sikre en gjennomsynlighet, slik at leseren kan følge veien forskeren har gått. Analyseprosessen skal ikke bare gjennomføres, men også formidles (Malterud, 2013; Thornquist, 2008).

Blant flere alternative analysemetoder ble Malteruds systematiske tekstkondensering valgt. Metoden er godt egnet til å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Denne analyseprosessen anbefaler å følge fire trinn: 1. Foreløpig temaer, 2. Koder, 3. Subgrupper og 4. Kategorier (Malterud, 2013, s. 111).

Disse trinnene er forsøkt fulgt i stor grad, siden de er en konkret veiledning for gjennomføringen av analysen.

Foreløpig tema

I første trinn ble det tilstrebet å beskrive et helhetsinntrykk av alle de transkriberte femtiseks sidene, for å få foreløpige representative temaer som ble formidlet fra informantene. I tråd med det fenomenologiske perspektivet skal forforståelse og teoretisk referanseramme aktivt settes til side. Dette er nødvendig for å kunne være åpen for det teksten formidler (Malterud, 2013). Ved første gjennomlesning av de transkriberte tekstene ble det tilstrebet å lese med et åpent sinn. Det ble skrevet notater i margen som ble utgangspunkt for følgende foreløpige tema: Samarbeid mellom pasient og miljøterapeut i et her- og- nå fokus, fremme forståelse, utforsking, ferdigheter og mestringsopplevelser hos pasienten.

Koder

I andre trinn, fra tema til kode, hentes deler av teksten ut fra sin opprinnelige sammenheng, for så å settes sammen og leses med beslektede tekstelementer, en systematisk dekontekstualisering (Malterud, 2013). Med tema fra trinn en i bakhodet ble de meningsbærende enhetene identifisert linje for linje og kodene ble tydeligere. I løpet av en tidkrevende prosess med systematisk arbeid og nøye gjennomgang av materialet fremsto kodene. De fikk ulike fargekoder som de tilhørende meningsbærende enheter ble farget med, samt merket med et symbol for dato for intervju og side i teksten. Deretter ble de meningsbærende enhetene «klippet» ut av teksten og organisert under tilhørende kode. For å få en oversikt over funn ble arkene med kodene og meningsbærende enheter hengt opp på en klessnor, noe som fungerte meget tilfredsstillende. Denne prosessen kalles koding. Hele teksten ble delt inn i meningsbærende enheter (Malterud, 2013). Dette for å sikre at noe som ikke virket relevant for problemstillingen under dette trinnet kunne vise seg å bli relevant senere i analyseprosessen. Disse meningsbærende enhetene ble organisert under kode Annet. Ettersom ingen ble anvendt, blir den ikke presentert. Kodene ble igjen organisert i forhold til hverandre utfra hvilke fenomener de beskrev. Det ble en rød tråd i rekkefølgen, fra det mer grunnleggende i miljøterapien til pasienter som har en dissosiativ lidelse til den konkrete situasjonen hvor pasienten er i en dissosiativ tilstand. Resultatet ble følgende koder : 1) miljøterapeutens rolle, 2) trygge samarbeidet,

3) holdninger, 4) løfte håpet, 5) styrke pasientens forståelse, 6) oppdagelsesferd på her og nå - verktøy og ferdighetstrening, 7) utvikle et forutsigbart samarbeidsverktøy, 8) inntoning på «det som er» hos pasienten og 9) forutsigbart samarbeid gjennom kreativ kommunikasjon.

I tredje trinn, fra kode til mening, fortsatte analysen med å abstrahere kunnskapen som hver kode representerte til subgrupper. Hver kode ble gjennomgått, sortert og det ble skapt en mer abstrakt mening, som representerer innholdet i subgruppene (Malterud, 2013). Dette resulterte i følgende subgrupper: 1) likeverdig samarbeid om pasientens prosjekt 2) styrke pasientens forståelse og utvikle ferdigheter i grunning og 3) forutsigbart samarbeid fra dissosiativ tilstand tilbake til nåtid.

I trinn fire, fra kondensering til beskrivelser og begrep, ble det skapt nye beskrivelser av fenomenet som ble studert. Disse ble vurdert i forhold til det opprinnelige materialet for å undersøke om det var samsvar mellom dem, en rekontekstualisering (Malterud, 2013).

Kategori 1 ble lydende: Miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid: Støtte pasienten i å trene på de små skritt i fredstid for å styrke fotfestet i nåtid. Kategori 2 ble lydende: Møte pasient i en dissosiativ tilstand: Inntoning på «det som er» - et utgangspunkt for forutsigbart samarbeid tilbake til nåtid. Se tabell 2 i kapittel 4, som viser fremstilling av funn.

3.9 Etiske vurderinger

Ved kvalitative studier forutsettes det gjensidig tillit (Malterud, 2013). Jeg har vært leder for enkelte i utvalget. I lys av maktperspektivet og min forforståelse valgte jeg å ha med en nøytral assisterende moderator under gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene (Krueger & Casey, 2000).

Godkjenninger, informert samtykke, konfidensialitet og aidentifisering

Det ble innhentet nødvendige godkjenninger fra personvernombudet, ledere for de to involverte avdelingene og Forskningsinstituttet ved min arbeidsplass. Siden informantene er helsepersonell ble det ikke nødvendig med en vurdering fra Regional Etisk Komitè (REK). Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) før innsamling av data (vedlegg 2).

Deltakernes informerte samtykke er utgangspunkt for ethvert forskningsprosjekt. Deltakelse skal være frivillig, med mulighet til å trekke seg fra prosjektet når det måtte være ønskelig (Thagaard, 2015). Det ble viktig at kollegaene opplevde at de hadde et reelt valg i forhold til å delta og kunne trekke seg fra prosjektet når som helst. Utvalget ble informert muntlig og skriftlig om prosjektets overordnede formål og hovedtrekk i design (vedlegg 4). Informert samtykkeskjema ble underskrevet av informantene før intervjuene.

Det ble utført planlagte og systematiske tiltak for å sikre konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet for behandling av innsamlede data (Personopplysningsloven, 2000). Jeg disponerte en PC fra arbeidsplassen for å jobbe opp mot en sikker server hos min arbeidsgiver. Her ble datamaterialet kun tilgjengelig for meg og lederen ved Forskningsinstituttet. PC-en ble låst med kode og passord. Lydopptak fra fokusgruppeintervjuene ble slettet etter overføring til lydfiler. Utvalget ble aidentifisert ved transkripsjon, navn ble referert til som nummer. Denne koblingen ble skrevet i en kodebok, som ble låst inn i en safe (Malterud, 2013). Opplysninger, ord og dialektuttrykk som kunne kobles til enkeltinformanter ble slettet eller aidentifisert. Når studien ferdigstilles, vil lydfiler med intervjuer og kodebok slettes og makuleres, senest desember 2017. Transkribert tekst og samtykkeskjema slettes senest vår 2019.

Konsekvenser ved deltagelse i studien

Forskningens etiske forpliktelser innebærer dels normer i forskningsprosessen og dels ansvar for forskningens konsekvenser NESH 1999:7 referert i (Everett & Furuseth, 2004). Det ble viktig gjennom forskningsprosessen å vise grunnleggende respekt for menneskeverdet. Jeg forholdt meg til mulige negative konsekvenser og forventede fordeler for informantene ved deltagelse i prosjektet (Thagaard, 2015). Ved å forske på egen arbeidsplass måtte jeg være bevisst på at utvalget ikke ble utsatt for alvorlige belastninger eller ble presset til å ytre seg. Kjennskap til miljøet kunne ha åpnet opp for en fortrolighet utenforstående ikke ville fått. Gjensidig taushetsplikt er en forutsetning for gruppediskusjoner (Malterud, 2012). Det ble derfor utarbeidet grupperegler hvor dette forholdet ble vektlagt (Malterud, 2012, s. 75). Informantene fikk utlevert disse til hvert fokusgruppeintervju.

3.10 Metodiske refleksjoner

Det har vært et overordnet mål for denne kvalitative studien at resultatene fra forskningsmaterialet er reliable, valide og generaliserbare (Kvale et al., 2015). Reliabilitet er knyttet til forskningsresultatenes konsistens og troverdighet/pålitelighet og i hvilken grad forskerens redegjørelse av forskningsprosessen medfører gjennomskiktighet. Et aktuelt spørsmål er om resultatene kan reproduseres på et annet tidspunkt av andre forskere (Kvale et al., 2015). Gyldighet er et annet ord for validitet som vil si hvorvidt studien undersøker det den skal undersøke. Valideringen skal gjennomsyre hele forskningsprosessen. Generaliserbarhet eller overførbarhet er i kvalitativ forskning knyttet til om det er mulig å kjenne igjen meningen og om meningen gir innsikt av betydning (Kvale et al., 2015).

Reliabilitet

Jeg har forsøkt å gjøre forskningsprosessen gjennomskiktig ved å gjøre rede for fremgangsmåten i prosjektet. Det har blitt formidlet detaljerte beskrivelser av vitenskapsteoretisk ståsted, metode med utvalg, datainnsamling, transkripsjon, analyseprosessen og resultatfremstillingen. Dette innebærer også mine refleksjoner rundt relasjonen til utvalget og hvordan det kan ha påvirket resultatene. En selektiv utvelgelse kan ha medført at det var de som var mest positive og interesserte i faget som ble spurt og som påvirket funnene slik at de ble mer ensartet. Thagaard (2015) problematiserer en slik skjevhet i utvalget. Å inkludere en nøytral assisterende moderator under gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene ga meg økt sikkerhet med tanke på kvaliteten på intervjuene. Reliabilitet knyttes også til bruk av lydopptak under intervjuene, siden disse dataene er mer uavhengig av forskerens oppfatninger (Thagaard, 2015). I følge Thagaard (2015) inndeles analyseprosessen i en deskriptiv og tolkende fase. Dette styrker studiens valg av en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. De tolkninger som er foretatt og prioriteringer som er gjort påvirker resultatet. En annen forsker kunne ha sett det med andre øyne.

Validitet

Ifølge Halkier (2010) er det tre ting som har betydning for validiteten: systematikk, systematikk og systematikk. Ved planlegging av prosjektbeskrivelsen for studien og

under selve gjennomføringen har systematikk vært tilstrebet. I forkant av studien ble min forforståelse skrevet ned, en vesentlig forutsetning for å velge en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Aadland, 2011). Halkier (2010) beskriver at man kan flette inn små gyldighetsstrategier i hele prosjektprosessen for å styrke valideringen. Konkrete strategier for validitet ble overveid ved blant annet valg av utvalg og antall, lokalisering, gjennomføring og antall intervjuer. Overveielse om validitet er ekstra viktig ved fokusgruppeintervju (Malterud, 2013) Ifølge Kvale et al. (2015) er kvaliteten på intervjuene avgjørende for den videre kvaliteten i studien, spesielt gjelder det samspillet under intervjuet. Rolleavklaringen mellom moderator og assisterende moderator i forkant medførte nyttig avklaringer (Malterud, 2012). Det ga meg verdifull kunnskap og trygghet i ledelse av fokusgruppeintervjuene. Pilotintervjuet tilførte avgjørende erfaringer. I introduksjonen ble spillereglene for fokusgruppeintervjuene gjennomgått. De la klare føringer for informantenes ansvar for dynamikken i kommunikasjonen. Likedan at alle ytringer var like viktige. Informantene forholdt seg aktive til hverandre og kommenterte hverandres utsagn. Det var positivt at det var de samme informantene i begge fokusgruppeintervjuene. Moderator og assisterende moderator stilte ved behov oppfølgingsspørsmål og fortolkende spørsmål for å sikre at egen forståelse var sammenfallende med informantenes (Kvale et al., 2015). En av gyldighetsstrategiene til Halkier (2010) er å sørge for en god transkribering. Den ble foretatt ordrett, med markering av pauser og latter underveis. Malteruds systematiske tekstkondensering bidro til nødvendig systematikk inn i analyseprosessen. Veileder, assisterende moderator og en tidligere kollega har bidratt med kritiske refleksjoner, noe som har forbedret validiteten til analysen. Studiene til henholdsvis Næss og Biong (2014) og Heimstad og Biong (2014) har noen sammenfallende resultater med studiens resultater, noe som øker studiens validitet. Utfra dette mener jeg studien har oppfylt gyldighetskravet.

Generaliserbarhet

Med utgangspunkt i de kvalitative resultatene produsert av et lite utvalg, som ble dannet ved selektiv utvelgelse, skal man kunne argumenter for at «mønstrene i utvalget representerer kategorier i samsvar med den konteksten som utvalget utgjør eksempler på» (Halkier, 2010, s. 132). Med bakgrunn i dette kan man analytisk generalisere, noe som ifølge Kvale et al. (2015) kan deles i forskerbasert og leserbasert analytisk generalisering. Forskerbasert innebærer rikholdige og spesifikke beskrivelser samt argumentasjon for

resultatenes generaliserbarhet. Leserbasert innebærer at fagpersonen i andre kontekster selv må vurdere studiens mulige representativitet. Overførbarhet kan knyttes til gjenkjennelser, som innebærer at tolkning av teksten vil gi dypere forståelse av allerede eksisterende kunnskap (Thagaard, 2015). Problemstillingen har i liten grad blitt belyst tidligere og funnene kan derfor ansees som relevante for fagpersoner som samarbeider med pasientgruppen. Mine antakelser er at kunnskap og erfaringer som studien har formidlet kan vekke gjenkjennelse og nye fortolkninger for berørte fagpersoner.

4 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres det empiriske materialet, med gjengivelse av utvalgets beskrivelser. Funnene fra de tre fokusgruppeintervjuene presenteres som en helhet. Etter å ha fått en nærhet til tekstene og jobbet med analyseprosessen en god stund, fremsto to kategorier tydelig. Kategori 1 knyttes til stabiliseringsarbeid hvor det var grunnleggende å etablere et likeverdig samarbeid preget av å trygge, etablere tillit, gyldiggjøre og fremme håp, samtidig som pasienten myndiggjøres til å ta ansvar for eget prosjekt. Det var sentralt å styrke pasientens forståelse og invitere til undring og oppdagelsesferd på her og nå-verktøy. Motivere til ferdighetstrening, utvikle et forutsigbart samarbeidsverktøy (aksjonsplan) for å trene på de små skritt i fredstid for å styrke fotfestet i nåtid. Kategori 2 knyttes til stabiliseringsarbeid når pasienten er i en dissosiativ tilstand og hvor kategori 1 danner grunnlaget for samarbeidet. Når pasienten var i en dissosiativ tilstand var det nødvendig med inntoning på «det som er» hos pasienten for å jobbe gjennom forutsigbart samarbeid (aksjonsplan) tilbake til nåtid. Presentasjonen av funnene har en rød tråd fra erfaringer med stabiliseringsarbeid sammen med pasienter som har en dissosiativ lidelse, til erfaringer i møte med én pasient som er i en dissosiativ tilstand spesielt. Disse to kategoriene med tilhørende subgrupper og koder er strukturen for presentasjonen av resultatene.

Tabell 2 Fremstilling av funn

Trinn 4 Kategorier	Kategori 1: Miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid: Støtte pasienten i å trene på de små skritt i fredstid for å styrke fotfestet i nåtid		Kategori 2: Møte pasient i en dissosiativ tilstand: Inntoning på «det som er» - et utgangspunkt for forutsigbart samarbeid tilbake til nåtid
Trinn 3 Subgrupper	Subgruppe 1: Likeverdig samarbeid om pasientens prosjekt	Subgruppe 2: Styrke pasientens forståelse og utvikle ferdigheter i grunning	Subgruppe 3: Forutsigbart samarbeid fra dissosiativ tilstand tilbake til nåtid
Trinn 2 Koder	Kode 1: Miljøterapeutens rolle Kode 2: Trygge samarbeidet Kode 3: Holdninger Kode 4: Løfte håpet	Kode: 5 Styrke pasientens forståelse Kode: 6 Oppdagelsesferd på her og nå - verktøy og ferdighetstrening Kode: 7 Utvikle et forutsigbart samarbeidsverktøy	Kode: 8 Inntoning på «det som er» hos pasienten Kode: 9 Forutsigbart samarbeid gjennom kreativ kommunikasjon
Trinn 1 Foreløpig tema	Samarbeid mellom pasient og miljøterapeut i et her- og nå fokus, fremme forståelse, utforskning, ferdigheter og mestringsopplevelser hos pasienten		

4.1 Kategori 1: Miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid: Støtte pasienten i å trene på de små skritt i fredstid for å styrke fotfestet i nåtid

4.1.1 Subgruppe 1: Likeverdig samarbeid om pasientens prosjekt

Subgruppen inneholder fire koder som omhandler miljøterapeutens rolle, trygge samarbeidsarenaen, holdninger og løfte håpet.

Kode 1: Miljøterapeutens rolle

For å belyse miljøterapeutenes rolle er det hensiktsmessig å vise til to situasjoner som en informant fortalte om. Hun beskrev samarbeid med to pasienter som var i dissosiative tilstander og blant annet betydningen av miljøterapeutens trygghet:

«Det handler om det med erfaring i oss og trygghet i oss selv. Jeg fikk beskjed om at det var en traumepasient, ville dø, ville ta livet sitt, som jeg skulle prate med. Da hadde ikke jeg jobbet så mye med traumepasienter enda og syntes at dette egentlig var ganske skummelt å skulle håndtere det.. ikke kjente jeg pasienten så godt. Så var det veldig turbulent på avdelingen, mye som skulle håndteres og jeg kom ganske raskt frem til at jeg måtte ringe vakthavende lege som heller ikke hadde så mye erfaring og i hvert fall ikke kjente pasienten. Det ble en tvangsinnleggelse og det ble jo ikke noe bra for pasienten i det hele tatt. Det ble i hvert fall en ny dårlig erfaring for pasienten.. i stedet for at jeg kunne ha satt meg ned og forstått mekanismene. For egentlig så ville jo den pasienten leve. Det var jo en del som var framme.. så hvis jeg hadde vært trygg nok til å ha prøvd å samarbeide med henne.. at den delen som ville leve, kunne ha kommet fram. Delen som egentlig håndterte livet, så kunne ting blitt helt annerledes. Men jeg tror jeg ville ha håndtert litt annerledes med mer erfaring..».

«Et annet eksempel.. noen år senere. Da var det ei som ringte, som ville at jeg skulle komme opp. Når jeg da kom opp, lå hun bare som en «krøll» med kramper. Jeg satte meg ned ved siden av henne. Hun hadde en aksjonsplan og jeg kjente henne veldig godt. Jeg pratet rolig og lot henne få tid. Jeg visste hvordan hun ville bli møtt. Det gjorde at den situasjonen ble kjempebra. Hun klarte etter hvert å komme seg på beina og vi gikk en tur. Hun kunne beskrive veldig godt hva som

hadde hjulpet. Det var blant annet at jeg tålte å se det for det var så skamfullt at noen kunne se henne sånn. Ja, trygghet er viktig hos begge parter i et slikt samarbeid».

Disse to episodene viser et bilde av kompleksiteten og hvilken betydning personalets trygget har for samarbeidet, med ulike konsekvenser for pasientene. Informanten viser til sin erfaringsbaserte kunnskap.

Faglig trygghet er et annet tema som informantene vektla som helt grunnleggende.

«Felles holdninger og at vi kan diskutere sammen så vet vi hele tiden hva vi snakker om. Vi har de samme begrepene. Vi har hørt det samme og vi har skjønnet det samme. Får etter hvert mye like erfaringer og ulike erfaringer vi kan drøfte med felles plattform som vi har. Det syntes jeg har vært til god hjelp».

Denne felles plattformen innebar at miljøterapeutene tenkte mer likt om hvordan de skal hjelpe pasienten til best mulig å hjelpe seg selv.

Én informant formidlet at miljøterapeuten skal fokusere på «det som er», evne å få tak i det som er hos den enkelte og så jobbe med det sammen med pasienten.

«Det er en kunst som er viktig å få til, et utgangspunkt for samarbeidet. Det å tune seg inn på det som blir presentert av pasienten. Bare det med endring i blikket. Det er noen skifter vi skal fange opp og se hva som skjer».

Én informant mente at hvis ikke miljøterapeuten hadde mulighet til å klare dette, så var utgangspunktet dårlig for et godt samarbeid.

Miljøterapeutene beskrev sin rolle som støttespiller, medvandrer, medseiler og være i bakhånd. En uttrykte «vi skal være en støtte i pasientens prosess, det tenker jeg er hovedcluet». De var rollemodeller som brukte seg selv som instrument i samarbeidet.

Betydningen av å være tydelig og holde på rammer og struktur ble formidlet av flere miljøterapeuter. En informant mente det viktigste var å være trygg selv og ikke bli redd når pasienten reagerte. For pasienten oppfatter veldig fort hvor de har den andre hen.

«...at jeg står last og brast og tåler å få motbør og sinne tilbake uten å svare med sinne igjen. Men tenke at dette er viktig. De har masse å være sint for, masse å være skuffet for, så her får jeg bare stå».

Én informant formidlet betydningen av å ha is i magen og stole på at pasienten tok ansvar for affektregulering, og for eksempel ikke begynne å løpe etter pasienten. Det ville gjøre det hele utrygt. Ved å tåle kunne det gi pasienten mestringsopplevelser. En annen informant var opptatt av ansvarsforholdet.

«Jeg var tryggere i meg selv i møte med pasienten når jeg visste på en måte hva som var mitt ansvar og hva som var pasientens ansvar.. det er på en måte ikke min jobb å få pasienten ut av dissosiasjonen, som ser kanskje fryktelig ubehagelig ut og som jeg egentlig veldig gjerne vil hun skal komme ut av. I begynnelsen så var det sann.. når jeg skjønnte at det egentlig handler om noe helt annet, da fikk jeg egentlig mer roen. Den roen som er så viktig».

Roen i samarbeidet ble vektlagt av flere informanter. Én uttalte at pasienter som har et så krevende indre liv trenger å møte mennesker med ro. Det er bedre å ta et skritt tilbake enn å være veldig på. «Det tror jeg er veldig avgjørende for at vi skal klare å få til et samarbeid med disse pasientene».

Kode 2: Trygge samarbeidet

Én av informantene beskrev hvor vanskelig og stort ordet trygghet var: «Pasientene vet knapt hva det er, og synes ofte at trygt nok er lettere å bruke». Samtidig var informantene tydelige på at tillit og trygghet var grunnleggende for å jobbe med stabilisering. Det var nødvendig å bruke tid for å bli kjent. De vektla at pasientene skulle få en forståelse av at miljøterapeutene var oppriktig interessert i dem, faktisk var til å stole på og kunne faget sitt. Det var viktig å formidle til traumepasienter at miljøterapeutene var trygge.

Betydningen av at miljøterapeuten var i kontakt med seg selv, «vite hvor jeg selv er» var en forutsetning. Det ble referert til at flere pasienter hadde sagt at det hadde vært trygt nok til å være utrygg, for å jobbe med det som var vanskelig under innleggelsen.

Tilgjengelighet blir beskrevet som en avgjørende faktor for trygghet.

«jeg gjør alt jeg kan for å være tilgjengelig for pasienten, både mentalt og at jeg er der. Jeg vil ha tak i hva de formidler til meg»

Det var viktig å gi pasienten en opplevelse av forutsigbarhet som handlet om stabilisering. Dette fordi de har blitt utsatt for mye uforutsigbarhet. Informantene beskrev hvor grunnleggende det var å gjøre gode avtaler som ble holdt. Videre forhold som ble trukket

frem som styrket tryggheten var forutsigbarhet i samarbeidet med miljøterapeuter gjennom døgnet. Hva pasienten kunne gjøre selv og hvordan pasienten ønsket å bli møtt av miljøpersonalet var formalisert i en aksjonsplan (kommer nærmere tilbake til den). Mestringsstrategi var et alternativt ord til trygghet som ble formidlet. Når pasienten opplevde mestring, så ga det trygghet. Blant annet ga aksjonsplanen mulighet til mestringserfaringer utfra hva pasienten selv hadde bestemt. Flere informanter oppfordret pasientene til å trene på å ta kontakt med miljøpersonalet. Fra å skjule og holde hemmelig, til å våge det store spranget å formidle tanker og følelser her- og- nå.

Noe som også ble nevnt som trygget pasienten var samarbeidet om «Mitt behandlingsfokus». Det var en plan med mål for hva pasienten ønsket å jobbe med og som ble en rød tråd under innleggelsen. Det var et levende dokument som kunne justeres av pasienten underveis. Det var pasientens prosjekt. Miljøterapeuten var med som veileder og var bevisst på ikke å overstyre.

Kode 3: Holdninger

Informantene beskrev gjennomgående, betydningen av å gyldiggjøre erfaringer pasientene hadde, med bakgrunn i pasientens historie. Empati var sentralt i arbeidet deres.

«...at vi er oppriktig interessert i dem som menneske, et medmenneske, der vi er likeverdige».

Å vise respekt for pasienten var avgjørende, ettersom pasienten hadde mye erfaring på det motsatte. Det var pasienten som satt med kunnskapen om sin egen tilstand og hvordan hverdagen opplevdes. Informantene la vekt på å myndiggjøre pasienten til å ta ansvar for eget prosjekt og derved få flere muligheter til å romme hele seg.

«Pasienten må være oppriktig interessert i det selv og det er først da hun kan bli sin egen redningsmann»

Miljøterapeutene beskrev at de jobbet tett med pasienten og støttet henne. De måtte sjekke med pasienten, for å unngå å komme inn i et ekspertvelde der de vet best.

«Det er pasienten som skal lære seg å være stabil, ikke jeg som blir det viktige element her».

Flere miljøterapeuter beskrev betydningen av å styrke den voksne og ikke møte pasientene som et offer. For som en informant satte ord på så var pasientene så mye mer enn traumer og dissosiasjon. Uansett hva livet hadde gjort med dem, så hadde de ressurser. Ressursopphenting var derfor viktig. Likedan vektla de humor og prat som ikke handlet om traumer og dissosiasjon. Latter var en her og nå- opplevelse. Én informant understreket at hvis vi hele tiden skulle ha fokus på problemer og løse de problemene, så ville pasienten gå dukken. Det å legge til rette for mestringsopplevelser utfra hva pasienten hadde bestemt ble også nevnt som et tydelig ønske fra en informant.

Informantene var tydelige på at det var viktig å støtte pasienten til selv å kunne trøste og være til hjelp for den lille delen i seg, som krevde så mye omsorg. Det å finne mulige strategier var sentralt.

Flere informanter satte ord på betydningen av at stabilisering også handlet om å motivere pasienten til å ivareta sine grunnleggende behov og få en struktur på hverdagen. Dette var et viktig forhold for videre terapi. For alt arbeid beskriver informantene betydningen av de små skritt, slik at pasienten kunne klare å bearbeide følelsen.

Kode 4: Løfte håpet

Flere av informantene påpekte betydningen av å styrke håpet i samarbeidet. Håpet lå i deres erfaringer og fagkunnskap.

«Det vi kan, er vel å tro på det vi driver med og at det har noe for seg. Hvis vi klarer å formidle det til pasienten, så godt vi kan, så tenker jeg at det kan løfte håpet og at de kanskje kan få en liten erfaring, som kan være nok til at håpet kan vokse».

Én informant fortalte at pasientene ikke hadde veldig tro på seg selv. De hadde lite håp og de hadde ikke tro på at noen kunne bli glad i dem. De hadde lite erfaring med gode ord, gode øyne, vennlighet og verdi. Det at de var verdifulle.

«.. inntil de kan komme så langt at de kan tro og håpe selv, .. så er vi en del av bærebjelken tenker jeg. Tenke at dette er et fornuftig prosjekt det de går inn i».

Én miljøterapeut ga uttrykk for at det var et krevende arbeid, men kunne pasienten få et håp om en bedre hverdag, var det verdt alt arbeidet.

4.1.2 Subgruppe 2: Styrke pasientens forståelse og utvikle ferdigheter i grunning

Denne subgruppen inneholder tre koder.

Kode 5: Styrke pasientens forståelse.

Utvalget beskrev hvor grunnleggende det var å formidle kunnskap om stabilisering og stabiliserende teknikker til pasienten på en forståelig måte gjennom enkle ord og bilder. Dette var viktig for å kunne håndtere symptomtrykket bedre. Én informant beskrev en metafor for billedliggjøring av forholdet mellom tanker og følelser og hvordan dette samarbeidet kunne knyttes opp mot toleransevinduet». Dette medførte at pasientene ikke ble overveldet, men at de skjønte litt mer av hva og hvorfor de kjente eller ikke kjente reaksjoner i kroppen.

«..se på det psykoedukativt... gi dem mer kunnskap om det som skjer med dem..gyldiggjøre faktisk hvordan de har det, være ganske konkret. Ja, dette er normale reaksjoner på unormale hendelser. ..det er ikke rart at det har blitt sånn for deg, ..med vansker i tidlig barndom. Hele tiden gyldiggjøre det de kommer med, bekrefte.. slik at de får en forståelse av egen kropp og psyke... grunnleggende at det ikke er pasienten det er noe feil med.. De får undervisning om hva dissosiasjon er, hva triggere er. Alle disse begrepene vi bruker, at de virkelig får en grunnleggende forståelse som gir dem større respekt for egen opplevelse».

Informantene ga flere beskrivelser av toleransevinduet som betydning som forklaringsmodell for pasientenes forståelse av seg selv. Én informant fortalte at hun hadde gode erfaringer med å sette seg ned med pasienten og tegne opp toleransevinduet som et verktøy for samtalen. Da beskrev pasienten det veldig fint.

«Det med toleransevinduet som også er fint i forhold til at pasienten kan få innsikt i sitt eget stabiliseringsarbeid. At vi kan gi dem en forståelse av hva slags reaksjoner de får når de er innenfor eller de er overaktivert eller underaktivert. Der er vi ganske viktige. Når de er underaktivert, så kan vi si; hva skjer med deg nå? De er så trøtte og så tunge at de orker nesten ikke stå opp. Eller så overaktivert at de fyker rundt».

Én informant fortalte at de forskjellige dissosiative delene, kan være forskjellige steder i toleransevinduet. Det hadde pasientene ofte merket, men de hadde ikke forstått det før. Så når de fikk undervisning på dette: «så ja selvfølgelig det er derfor jeg er over alt i toleransevinduet».

«... på en måte gi dem mer kunnskap om det som skjer med dem.. du er faktisk så utenfor toleransevinduet ditt at det er faktisk språksenteret og hørsel senteret i hjerne som gjør at det meste er defekt».

Én informant beskrev at pasientenes toleransevindu kunne være så smalt som et knappenålshode. Miljøterapeutene påpekte at en viktig del av behandlingen var at pasienten jobbet for å utvide toleransevinduet. Det ble utvidet ved at pasienten våget å jobbe skritt for skritt. Her hadde pasientene mulighet til å få hjelp når de kom utenfor toleransevinduet. Det var nødvendig å bevisstgjøre pasienten på at et større toleransevindu ga en bedre hverdag. Pasienten mestret da symptomtrykket bedre.

«Der er jo det som er hensikten. Utvide livet sitt»

Kode 6: Oppdagelsesferd på her og nå - verktøy og ferdighetstrening

Miljøterapeutene beskrev betydningen av å undre seg sammen med pasienten med fokus på å se hele pasienten. Pasientene var mye i hodet. Kroppen var et ingenmannsland, den var avstengt. Det ble vektlagt å bruke tid på å bli kjent. Hva var interessene og ressursene? Hva hadde pasienten brukt tidligere for å stabilisere seg? Der lå alltid en del verktøy som man kunne plukke fram. Så det gjaldt at pasienten fant det unike hos seg selv. Det som kunne hjelpe dem til å holde fast i livet her og nå, for eksempel når de var på vei inn i en dissosiasjon.

Én informant fortalte at pasientene «ofte var i fart» eller i en lammende tilstand og beskrev det som «å ha skylapper på». Derfor motiverte miljøterapeutene dem til å stoppe opp, grunne seg og registrere hva som skjedde. Både på «innsiden og utsiden». Se etter forskjeller på her og nå og der og da, skille fortid fra nåtid. Det var viktig å formidle at oppdagelser kun kunne gjøres her og nå, ikke i fortid eller fremtid. Å forske sammen og at pasientene på egen hånd gjorde oppdagelser av tanker, følelser og kroppslige reaksjoner med små skritt. Siden følelsene hadde vært stengt av i kroppen, var det viktig å ta det i små porsjoner for å kunne ta dem inn og bearbeide dem. Miljøterapeutene fortalte

at de fulgte tett på pasientens oppdagelsesprosess ved å være undrende, men absolutt ikke være korrigerende. Én informant vektla sanseapparatets betydning og omtalte det som en skattekiste.

«Det er viktig å ha i bakhodet at det er gjennom sanseapparatet pasientene har fått plagene. Bevissthet på sanseapparatet, både sitt eget og pasientens er sentralt. Gjennom bevisstgjøring av sanseapparatet kunne pasienten få kontakt med egen stabilisering og egen mestring».

Flere miljøterapeuter beskrev betydningen av at pasienten kunne bruke sansene for å holde seg her og nå uten å dissosiere. Hvis det var gjennom hørselen pasienten ble trigget, gjaldt det å gjøre seg erfaringer på hvilke deler av sanseapparater han kunne alliere seg med. Var det syn, hørsel, lukt, smak eller den taktile sansen som gjorde at han kunne stabilisere seg selv. Da kunne pasienten begynne å navigere i egen kropp. De påpekte betydningen av å bruke de sansene som virket tryggende. Så kunne pasienten våge å utvide og prøve andre sanser når han visste hvordan han også kunne trygge seg for eksempel med feste blikket på ting som han hadde erfart var stabiliserende og godt. Det gjaldt å bruke tid på å prøve ut verktøyene, slik at pasienten fikk erfaringer på hva han selv kunne gjøre. Dette kunne hjelpe når følelsene ble sterke og for å unngå at følelsene kunne koble ut tankedelen.

Informantene beskrev litt varierende erfaringer med fokus på pust. Én vektla å bruke litt tid på å snakke om pusten. Pusten var ofte et sårbart tema, knyttet til traumer. Andre fortalte at ved å nevne ordet pust, så kunne pasientene få ulike reaksjoner. Derfor var de mer tilbakeholdene. Et alternativ som ble nevnt var å fokusere på å kunne sukke litt.

Én miljøterapeut fortalte at pasientene lagde en konkret «verktøykasse», en eske der de kunne samle forskjellige ting som kunne minne om noe trygt og godt, «stein, bilder og interesser. Den kunne være til konkret hjelp når pasienten merket at symptomtrykket økte.

«det er jo pasienten som sitter inne med kunnskapen om sin egen tilstand, om hva som er bra og ikke bra. Hva som oppleves trygt og ikke trygt. I det hele tatt hvordan hun opplever hverdagen».

Flere av informantene vektla det å utforske sammen med pasienten på hva som kunne gi pasienten en viss grad av trygghet. De eksemplifiserte det å ha med et bilde av et kjæledyr. Bildet kunne gi pasienten en viss form for stabilisering og kunne minne om her

og nå. Én miljøterapeut beskrev at det kunne være et trygt sted, et sted som de kjenner kunne være trygt å gå til.

«det jo er en del små deler i disse pasientene her som har opplevd noe trygt et sted. Det å prøve å lete opp ferdigheter og trygge steder som kanskje var i barndommen. For eksempel en bestemor som var en god person i pasientens liv, kan gjøre at det går an å få de små delene i ro. Sånn at den voksne pasienten (ANP) kan få være her og nå og ta ansvar».

Én informant fortalte at det hadde vært veldig givende å jobbe med å gjøre soverommet hjemme til et bedre sted. Pasienten fjernet det som ikke var bra. Det at pasienten ble invitert til å sjekke ut disse tingene ble vektlagt av flere miljøterapeuter. Pasienten regulerte seg selv og fant alternative mestringsstrategier til mer destruktive mestringsstrategier. Informantene understreket at de inviterte til å gjøre nye forsøk og ikke gi opp. Informantene var enige om at stabiliseringsarbeidet var helt grunnleggende for å kunne jobbe med symptomtrykket.

Kode 7: Utvikle et forutsigbart samarbeidsverktøy

Det fremkom av intervjuene at aksjonsplanen hadde en avgjørende funksjon i samarbeidet mellom pasient og miljøpersonale gjennom behandlingsforløpet. Den omtaltes som et samarbeidsverktøy og avtaltes individuelt med pasienten på dagtid. Én informant understrekte at dette ansvarliggjorde pasienten og var en sentral del av stabiliseringsarbeidet.

«En viktig ting med aksjonsplanen er at den må være utarbeidet sammen med pasienten i fredstid.. innenfor toleransevinduet».

Én informant beskrev at aksjonsplanen hadde to deler. Den ene omhandlet hva pasienten selv kunne bruke av ulike verktøy og ferdigheter for å øve på regulering i forhold til vanskelige følelser og triggere for gradvis å få mestring av dissosiative symptomer. Hvis ikke dette er tilstrekkelig, oppfordres pasienten til å ta kontakt med miljøterapeutene. Den andre delen beskriver hvordan pasienten ønsker å bli møtt av miljøpersonalet når de selv tar kontakt eller blir kontaktet. Flere av informantene vektlegger at avklaringen er spesielt viktig når pasienten er i en dissosiativ tilstand.

Informantene formidlet at en viktig del av stabiliseringsarbeidet skjer ved å utarbeide og øve på innholdet i aksjonsplanen

Flere informanter ga uttrykk for at en viktig del av stabiliseringsarbeidet skjedde ved å utarbeide og øve på innholdet i aksjonsplanen. Pasienten fikk mulighet til mestringsopplevelser utfra hva de selv hadde bestemt. Miljøpersonalet gjennom hele døgnet kunne lese seg opp på hvordan de skulle forholde seg til den enkelte pasient. Informantene understreket at dette ga forutsigbarhet og trygghet for begge parter. Spesielt understreket de respekten for pasientens grenser. Aksjonsplanen ble beskrevet som et levende dokument. For informantene betydde det at den kunne justeres og utvikles under behandlingsforløpet.

Informantene fremhevet betydningen av at pasienten satt med ansvaret for å trene på aksjonsplanen, for å mestre symptomtrykket bedre. Det ga ringvirkninger til at toleransevinduet gradvis ble utvidet. Én miljøterapeut trakk frem betydningen av at pasienten skulle øve på ferdigheter i fredstid. Miljøterapeutene kunne tilby spesielle ferdighetsøvelser som «verktøy». Det gjaldt å finne noe som fungerte for pasienten. Det var viktig at miljøterapeuten visste at for å øve opp en ferdighet for å få et nytt spor i hjerne, måtte pasienten øve på det fem ganger hver dag for at det skulle kunne sette spor.

4.2 Kategori 2: Møte pasient i en dissosiativ tilstand:

Inntoning på «det som er» - et utgangspunkt for forutsigbart samarbeid tilbake til nåtid

4.2.1 Subgruppe 3: Forutsigbart samarbeid fra dissosiativ tilstand tilbake til nåtid

Denne subgruppen inneholder to koder.

Kode 8: Inntoning på «det som er» hos pasienten

For informantene var det grunnleggende for samarbeidet med pasienten å ha kunnskap om pasienten. Vite hvilke avtaler pasienten hadde og følge opp det som pasienten hadde bestemt. Det var veldig individuelt. Det kunne også gjelde pasientens påkledning. Hvis pasienten gikk med oppsatt hår kunne det være en spesiell side som var fremme. Var

håret løst kunne hun ha det bra. En informant nevnte å ha vissheten på at hun skulle holde avstand, men være nær i form av å bruke stemmen. Flere informanter vektla roens betydning. Det å ha ro og være oppmerksomt tilstede sammen med pasienten på en enkel måte. Én miljøterapeut delte at hun hadde forskjellig fokus om hun møtte en pasient som var innenfor toleransevinduet, om pasienten var dissosiert eller kommet ut av dissosiasjonen og tilbake til her og nå. Det gjaldt å tune seg inn på det som ble presentert på en empatisk måte.

«For hvis jeg møter en pasient når jeg egentlig bare har bestemt meg for hva vedkommende forteller, så er utgangspunktet veldig dårlig for at pasienten skal kunne finne noen nye gode erfaringer. Det er viktig å få tak i det som blir fortalt på den ene eller andre måten...».

Det ble formidlet fra en informant at utgangspunktet for samarbeidet var å fange opp «det som er» hos den enkelte og så samarbeide videre om det.

Kode 9: Forutsigbart samarbeid gjennom kreativ kommunikasjon

Én informant brakte inn et «historisk perspektiv» på hvordan hun opptrådte overfor pasienter i en dissosiativ tilstand tidligere. Det hjalp ikke slik hun praktiserte før med å kave, gjøre en masse og formidle at hun skulle ta fullstendig vare på pasienten. Eller satt og satt for å prøve å få kontakt med pasienten.

«Hvorfor er pasienten dissosiativ? Det er jo fordi det er en mestringsstrategi som skal beskytte dem mot folk som har tatt kontroll over kroppen eller sinnet. Da må hensikten for meg bli at jeg nettopp ikke går inn og overtar kontrollen over kroppen eller over psyken».

Miljøpersonalet beskrev betydningen av å ta på alvor pasientens opplevelser, ansvaret pasienten har og stor respekt for pasientens grenser, hvordan samarbeidet skulle være måtte være klarert med pasienten i forkant og skrevet ned i en aksjonsplan. De gjorde aldri noe uten å ha sagt ifra. Det var en trinnvis prosess.

Når pasienten var fjern og lettere dissosiert så beskrev informantene at det gjaldt å aktivere dem til noe som de klarte. Så pasienten holdt seg her og nå på egen hånd.

«når pasienten er utenfor toleransevinduet, handler det om liv og død. Da er det reptilhjernen som fungerer.. tenkehjernen er ikke i gang. Det er på et annet nivå og da er det viktig at vi prøver ..å ta den tiden det trengs for å prøve å lage ordentlige avtaler med dem... og ikke svikte.. avgjørende i sånne situasjoner der de er veldig langt vekk».

Flere informanter beskrev situasjoner da de kom inn til en pasient som lå i en dissosiativ tilstand. Da satte de seg rolig ned ved siden av på en stol. Presenterte seg, hvorfor man var til stede, sa navnet på pasienten, informerte om tid, sted, dato, årstall og gradvis trygget gjennom en empatisk væremåte. Sjekket ut om pasienten kunne høre stemmen ved å svare eller gi et kroppstegn og på en måte klarlegge situasjonen. Det var ikke nødvendig å gjøre en hel masse. Men minne på grunnleggende ting og prøve å få blikk-kontakt, noe som kan være vanskelig for mange pasienter. Var det kontakt gjaldt det å styrke den og motivere pasienten til å sette seg gradvis opp. Minne om grunning i underlaget og orientere seg rundt i rommet. La blikket søke etter trygghetsobjekter i interiøret. De brukte det som var formidlet i aksjonsplanen som virket tryggende. Hele tiden ble det jobbet tilbake til her og nå.

Det ble beskrevet erfaringer når det ikke oppnåddes kontakt med pasienten.

«Jeg tror du hører, nå må du jobbe selv for å prøve å komme tilbake igjen. Så går jeg, så kommer jeg tilbake til deg om fem minutter og så håper jeg at du har kommet tilbake til her og nå. Vi gir bare korte møter. Så gir vi ansvaret til pasienten med å prøve å jobbe seg tilbake selv. Så snakker vi til den voksne og ikke til alle deler eller den lille».

For som miljøterapeutene satte ord på, kunne pasienten være i en overgrepssituasjon for eksempel som barn. Pasienten var i barnedelen på grunn av at personligheten var så splittet opp. Derfor var det så viktig for dem å snakke og gi ansvaret til den voksne delen.

Én informant satte ord på utfordringen når pasienten ikke hørte. Ifølge skoleringen var det alltid noe i pasienten som hørte. Informanten delte erfaringen med å bruke andre deler av sanseapparatet for å kommunisere. Synssansen ble nevnt, etablere blikk-kontakt og koble på kroppstegn. Miljøterapeutene fortalte at pasientene ikke alltid hadde ord.

Stemmesenteret kunne være påvirket, da var kroppsspråk en mulig kommunikasjonsform, gjerne som små tegn, bevege en finger eller blunke, for å respondere på spørsmål.

Hensikten med tegn var at pasienten kunne få en opplevelse av å kommunisere uten verbalt språk og at han opplevde respekt for grenser.

I samarbeidet med en pasient som var i en dissosiativ tilstand formidlet miljøterapeutene at det gjaldt å prøve seg frem i «terrenget» og snakke med pasienten om erfaringer i etterkant. Samtlige beskrev betydningen av å sjekke ut hele opplevelsen med pasienten i etterkant av en dissosiativ tilstand. Bevisstgjøre pasienten med å invitere til refleksjon rundt erfaringene med samarbeidet.

«...gi tilbakemeldinger på det pasienten gjorde selv. Så de kan forsterke det senere og lære seg å komme tilbake til her og nå».

Flere informanter ga uttrykk for at det skulle bli en mestringserfaring fremfor et stort nederlag. For det er det pasientene skulle, trene på å komme tilbake til nåtid. Det er ikke alltid pasientene så det selv, da måtte miljøpersonalet bevisstgjøre dem. Nye mestringserfaringer kunne brukes som stabilisering videre og bli skrevet inn i aksjonsplanen.

4.3 Oppsummering av funn

I dette kapittelet er det presentert 2 kategorier, som igjen er delt i 3 subgrupper.

Kategori 1: Miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid: Støtte pasienten i å trene på de små skritt i fredstid for å styrke fotfestet i nåtid.

Funn viste at et likeverdig samarbeid om pasientens prosjekt var grunnleggende, der begge parter satt med sin ekspertise. Utgangspunktet for samarbeidet var at miljøterapeuten var tilgjengelig psykisk og fysisk, og empatisk inntonet seg på «det som er»; for å fange opp det pasienten presenterte. Betydning av faglig skolering og klinisk kompetanse var avgjørende for egen trygghet og ro i samarbeidet med pasienten. Tillit og trygghet var essensielt i arbeidet med stabilisering. Miljøterapeutene beskrev sin rolle som medvandrere i pasientens prosess. Det var sentralt å ha «is i magen» og stole på at pasienten kunne ta ansvar for affektregulering. Ved å myndiggjøre pasienten kunne hun få flere erfaringer i å romme hele seg. Det gjaldt å styrke den voksne pasienten til å få mestringsopplevelser ut ifra hva pasienten selv hadde bestemt. Å støtte pasientens evne til å ivareta sine grunnleggende behov og få en struktur ble vektlagt i stabiliseringsarbeidet.

Miljøterapeutene beskrev betydningen av å løfte håpet gjennom prosessen for å styrke pasientens håp.

Studien viste til betydningen av å styrke pasientens forståelse og utvikle ferdigheter i grunning. Det var grunnleggende å formidle kunnskap om stabilisering og stabiliseringsteknikker på en forståelig måte med enkle ord og metaforer. Kunnskap var nødvendig for at pasienten skulle kunne håndtere symptomtrykket bedre og få større respekt for egne opplevelser. Pasienten hadde normale reaksjoner på unormale hendelser. Toleransevinduet ble beskrevet som en sentral forklaringsmodell. Pasienten kunne få økt forståelse for sin egen tilstand og for målet for stabiliseringen som var å utvide toleransevinduet med små skritt. Funn viste betydningen av å undre seg sammen. Pasientene ble invitert til å gjøre sine genuine oppdagelser på grunningsverktøy i sanseapparatet, som ble omtalt som skattekiste. Det var nødvendig å trene på å bruke grunningsverktøy i fredstid for å styrke tilstedeværelsen i nåtid. Det ble vektlagt å finne noe som kunne gi pasienten en grad av trygghet, som kunne erstatte de uhensiktsmessige mestringsstrategiene. Utarbeiding av og øving på aksjonsplanen, et forutsigbart samarbeidsverktøy, var en viktig del av stabiliseringsarbeidet. Aksjonsplanen ble endret med bakgrunn i erfaringer underveis i behandlingsforløpet.

Kategori 2: Møte pasienten i en dissosiativ tilstand: Inntoning på «det som er» - et utgangspunkt for forutsigbart samarbeid tilbake til nåtid.

Funn viste til betydningen av et forutsigbart samarbeid fra pasientens dissosiativ tilstand tilbake til nåtid. Informantene beskrev betydningen av inntoning på «det som er» hos pasienten som et nødvendig utgangspunkt for samarbeid i en dissosiativ tilstand.

Betydningen av å kjenne til pasienten og pasientens aksjonsplan ga forutsigbarhet. Funn tyder på at etter felles skolering på temaet komplekse traumelidelser og dissosiasjon, og ervervelse av klinisk erfaring, etablerte det seg en ny praksis for tilnærming.

Stabiliseringsarbeidet endret seg fra å gjøre en masse for pasienten til å være tilstede sammen med pasienten på en enkel og rolig måte, gi ansvaret tilbake til pasienten og følge opp med stor respekt for pasientens grenser. Kommunikasjonen kunne sikres på mange måter gjennom kroppsspråket, når det ikke var mulig å etablere verbal kontakt. Hele tiden gjaldt det å snakke til og gi ansvaret til den voksne og jobbe tilbake til her og nå. Miljøterapeutene beskrev betydningen av å ta pasientens opplevelser på alvor og sjekke ut og evaluere samarbeidet, i etterkant når pasienten var tilbake i toleransevinduet.

De understreket nødvendigheten av å bevisstgjøre pasienten på nye mestringserfaringer som kunne utvikles videre for å skille nåtid fra fortid og styrke pasientens tilstedeværelse her og nå.

5 Drøfting

Studiens hensikt er å utforske miljøterapeuters erfaringer med stabiliseringsarbeid sammen med pasienter som har en kompleks dissosiativ lidelse. Målet er å utvikle forståelse for hvilke faktorer som er viktige for miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid og i møte med en pasient som er i en dissosiativ tilstand. I dette kapittelet blir de tre subgruppene: 1) Likeverdig samarbeid om pasientens prosjekt; 2) Styrke pasientens forståelse og utvikle ferdigheter i grunning og 3) Forutsigbart samarbeid fra dissosiativ tilstand tilbake til nåtid, drøftet i lys av teoretisk forankring og supplerende litteratur.

5.1 Likeverdig samarbeid om pasientens prosjekt

Samarbeidet med pasienten var helt essensielt i studiens empiriske materiale. I hjelperelasjonen innen psykisk helsearbeid fremstår samarbeid som en av grunnsteinene (Karlsson & Borge, 2013). Steele et al. (2017) anbefaler en samarbeidende modell fremfor en foreldre-barn- tilknytningsmodell i terapi til voksne pasienter med en dissosiativ lidelse. Dette med bakgrunn i at pasienter ofte kan ha utviklet en tilknytningsstil av usikker avhengighet. Et samarbeid stimulerer det interpersonlige ved å styrke den voksnes kapasitet til å ta ansvar med aktiv deltagelse og pasientens intrapersonlige samarbeid med sitt fragmenterte indre landskap. Tilknytningsmønsteret er det nødvendig å være klar over for å forstå behandling av traumatiserte pasienter (Steele et al., 2008).

Samarbeid kan beskrives ved at to eller flere personer skal gjøre «noe», et stykke arbeid sammen (Karlsson & Borge, 2013). Dette «noe» er i studien stabilisering og er nært knyttet til hvordan de som inngår i arbeidet oppfatter hverandre og hvordan dette kommer til uttrykk i konkret væremåte i samarbeidet. Som det fremkommer av det empiriske materialet er opplevelsen av den gjensidige trygghet og tilliten avgjørende for å samarbeide om stabilisering. Hva er det som kan medvirke til at pasienten får tilstrekkelig trygghet og tillit til å våge å bli bedre kjent med seg selv og andre?

Trygghet og tillit

Funn i denne studien viser at ordet *trygt* kunne for pasientene være uten innhold, det måtte reduseres til *trygt nok* for å kunne bli meningsfullt å forholde seg til. Pasienten

jobber i terapien med å kjenne seg trygg (Anstorp, 2006). De kan formidle at de vet at de er trygge i nåtid, men at de ikke føler seg trygge og at de føler at de er tilbake der hvor traumat skjedde (Steele et al., 2017). Dette underbygger betydningen av at terapeuten er bevisst sin sentrale rolle i arbeidet med kronisk traumatiserte pasienter med en utrygg tilknytning (Chu, 1988). Tidlig traumatisering fra nære omsorgsgivere ødelegger «trygghetsreguleringssystemet» og vanskeliggjør det å etablere trygghet i relasjoner (Benum, 2006). I lys av dette gir det mening til studiens funn hvor miljøterapeuten og pasienten jobbet mot en terapeutisk allianse, som var trygg nok til å være utrygg i. Den terapeutiske alliansen kan ikke tas for gitt; den må bygges opp gjennom felles anstrengelser mot et mål, av både pasient og terapeut (Herman, 1995; Sundet et al., 2016). Informantene beskrev dette som en viktig forutsetning for at pasienten våget å jobbe med det som var vanskelig. Ifølge Wallin (2007) må det foreligge tilstrekkelig trygghet for at pasienten kan utvikle evnen til å regulere stress, som igjen gir rom for utforskning og ervervelse av nye erfaringer. Miljøterapeutene vektla å bruke tid på å bli kjent, være empatiske og vise at de var oppriktig interessert i pasienten, at de kunne faget, var trygge og til å stole på. Ifølge Steele et al. (2008) er dette viktige faktorer som stimulerer til utvikling av en trygg tilknytning med pasienten.

I studien representerte mestring et annet ord for trygghet. Ved at miljøterapeutene la forholdene til rette for mestring styrket de pasientens trygghet. Eggen (2016) mener at økt grad av trygghet ga henne økt selvrespekt og selvfølelse. Informantene vektla forutsigbarhet i samarbeid, rammer og struktur gjennom døgnet for å øke pasientens trygghet. Denne vektleggingen på en trygg kontekst er en nødvendighet (Benum, 2015; Steele et al., 2008).

Studien viser til betydningen av at miljøterapeuten faktisk var til å stole på. Tillit kan representere en stor trigger, ettersom pasientene har opplevd grusomme konsekvenser av tillitsbrudd (Loewenstein, 2006). For en pasient med et fragmentert indre liv er det et hardt arbeid å etablere tillit. Det er vanskeligere å forholde seg til følelser som sitter i kroppen enn ord og selvdefinert logikk (Eggen, 2016). Flere pasienter har også utfordringer med å våge å stole på seg selv (Steele et al., 2017). Etablering av tillit i den terapeutiske relasjonen krever tid, forsiktighet og vedvarende oppmerksomhet, på grunn av pasientens frykt for å bli avhengig av en terapeut som ikke er pålitelig (McAllister, 2001; Steele et al., 2008). Det var avgjørende for informantene å vise respekt for pasienten og pasientens grenser, siden de hadde vært utsatt for alvorlig

grenseoverskridende atferd. I dette perspektivet får jeg en forståelse av at miljøterapeutene måtte gjøre seg tilliten verdig gjennom sitt samarbeid med pasienten. For Løgstrup (1999) er tilliten grunnleggende. Når en pasient våger å starte i terapibehandling og vise tillit med sin sårbarhet, resulterer det i en etisk fordring hos miljøterapeuten til å ta vare på, slik jeg forstår Løgstrup (1999). Det er opp til fagpersonen, med sin forståelse, teoretiske kunnskap og kliniske erfaring, å fylle denne fordringen. Tillit etableres ikke med ord, den må erfares (Benum, 2015). Informantene vektla å være tilgjengelig både mental og fysisk for å få tak i det pasienten formidlet. McAllister (2001) hevder at terapeutisk tilstedeværelse fremmer tillit hos begge parter. Terapeutens pålitelighet kan gi pasienten mot til å styrke den trygge tilknytningen, som styrker kapasiteten til å integrere. Dette kan føre til aktivering av følelsessystemet som gir støtte til funksjoner i dagliglivet (Steele et al., 2008). For Eggen (2016) var opplevelsen av tillit starten på et endringsarbeid med å *«komme ut av kaoset jeg levde i, gjennom å erkjenne kroppens rolle i å lære, i å være meg»* (Eggen, 2016, s. 129).

Gjensidighet i trygghet og tillit

Et tema i studien var gjensidigheten i tryggheten og tilliten. Informantene trengte også å ha trygghet og tillit for å oppleve den indre roen i samarbeidet med pasienten. Pasienten, med et krevende indre liv, trengte å møte mennesker med ro. Ifølge Heimstad og Biong (2014) kan miljøterapeutens indre ro kommunisere ro og trygghet til pasientene. Det er grunnleggende å vite at dissosiasjon ikke er farlig for pasienten. Det handler om en overlevelsestrategi i fortiden, som fremdeles sitter i pasientens kropp og system (Heimstad & Biong, 2014). God teoretisk og praktisk kunnskap innen fagfeltet, samt kollegial støtte mente informantene var et nødvendig utgangspunkt for deres trygghet. Dette er funn som underbygges av tidligere forskning (Heimstad & Biong, 2014; McAllister, 2001; Steele et al., 2008). Trygghet hos informantene ble blant annet etablert helt konkret ved å være bevisst ansvarsavklaringen i relasjonen og bli kjent med pasienten. Det nytter ikke å late som man er trygg. Det blir gjennomskuet av sensitive dissosiative pasienter (Eggen, 2016). Betydningen av å være trygg i seg selv, tåle pasientens følelsesmessige reaksjoner, og samtidig forstå og anerkjenne at det var viktig for behandlingen, ble formidlet av informantene. Pasientene hadde en historie hvor det var mye å være sint for. Dette understøttes av studien til McAllister (2001) hvor en pasient forteller hvordan sykepleieren bare var der og tok imot hennes hat og avvisning.

Sykepleieren ga henne rom til å etablere tillit. Ved å vise at man er der uansett hva som formuleres og gjøres, samtidig som man markerer grenser, gir det pasienten en opplevelse av trygghet i samværet med terapeuten (Sætre, 2016). I studiens funn ble metaforen «*is i magen*» brukt. Dette i betydningen av at miljøterapeuten stolte på at pasienten tok ansvar for affektreguleringen selv. Det ble eksemplifisert med at miljøterapeuten tålte at pasienten forlot rommet uten selv å handle ved å løpe etter. Erfaringen kunne gi pasienten viktig mestringsopplevelse. McAllister (2001) understreker viktigheten av at sykepleieren husker at mennesker som har overlevd overgrep er sterke overlevende. Sykepleieren kan stole på at de vil overleve videre.

Likeverd

Ifølge Lerander (2016) innebærer likeverd respekt for den andres rett til sin egen opplevelse. Vesentlige funn i studien var betydningen av å møte pasienten med respekt og oppriktig interesse, som et medmenneske i en likeverdig relasjon. Hubbel, Duncan og Miller (1999) mener det er de mest virksomme elementene i en relasjon. Det oppleves som frigjørende og styrkende for pasienten. Det motsatte å ikke bli tatt på alvor kan oppleves som et nytt overgrep (Talsethagen & Karlson, 2005). Det å møte en pasient innebærer alltid et forhold, en relasjon, mellom den som søker hjelp og den som skal forsøke å hjelpe (Karlsson & Borge, 2013). Forfatterne mener at for å være til hjelp må relasjonen bygges på likeverd, et subjekt-til-subjekt-forhold. For terapeuten innebærer tilstedeværelsen som subjekt å være tilstede som en annen person, med sin bevissthet, sitt eget subjektive senter for selvopplevelse og pasientens opplevelse (Schibbye, 2010). Det innebærer å vise respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte, ikke fastslå hva som er rett og galt. Studien viser til miljøterapeutenes inntoning på pasienten her og nå. Det var en forutsetning for samarbeidet og at korrigering ikke var et tema. Schibbye (2010) bruker begrepet intersubjektivitet om prosessen som innebærer et behov for å dele en opplevelse i et subjekt-subjekt-felleskap, hvor begge kan forstå den andres perspektiv. Affektiv inntoning fra terapeutens side er en forutsetning for å komme innenfor pasientens opplevelsesverden og oppleve intersubjektivitet. Affektinntoning innebærer å vise medfølelse og svare på de følelsene den andre uttrykker. Dette medfører at den andre opplever seg sett og forstått og påvirker en god selvutvikling (Vatne, 2006).

Informantene beskrev at pasienten satt med kunnskap om sin tilstand, hva som var bra og ikke bra, trygt og ikke trygt og hvordan hverdagen opplevdes. Dette kan forstås slik at

pasienten sees på som ekspert på seg selv og innehar kunnskap og ressurser som er viktig for avgjørelser for pasientens behandling (Tilden, 2017). Informantene vektla betydningen av å være en faglig trygg miljøterapeut med bakgrunn i forskningsbasert kunnskap, forankret i teorien om strukturell dissosiasjon og miljøterapeutenes erfaringsbaserte kunnskap. Denne intersubjektive formen for delt kunnskap understøtter tidligere forskning (Ness, Borg, Semb, & Karlson, 2014; Ness, Kvello, Borg, Semb, & Davidson, 2017). Det gjelder å skape en ekspertise sammen, det forandrer utøvelse av makt (Seikkula & Arnkil, 2007). Dette innebærer å inneha en ekspertise i form av kunnskap og erfaring som skal forvaltes med stor bevissthet blant annet i forhold til makt, avmakt, tillit og kunnskap (Karlsson & Borge, 2013). Informantene beskrev at de samarbeidet tett med pasienten og understreket betydningen av hele tiden å sjekke ut at pasienten unngikk å komme inn i et ekspertvelde.

Myndiggjøring

Studiens funn viser at miljøterapeutene vektla å myndiggjøre pasienten til å ta ansvar for eget prosjekt (pasientens mål for behandlingen). Deres rolle var å hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv. Delt makt i form av ansvar og kunnskap er kjennetegn ved myndiggjøring (Vatne, 2006). Ifølge Borg og Topor (2014) sin studie var denne gjensidigheten viktig. Pasienten opplevde å bli behandlet som en person som visste noe om hva som hjalp for seg selv og fikk være med å bestemme over livet sitt. For Herman (1995) er myndiggjøring det første prinsippet i helingsprosessen for traumeoverleveren. Tilnærmingen styrker pasientens fungering i hverdagen. Pasienten kan ønske å bli tatt vare på, men virkeligheten er at pasienten må styre eget liv utenfor terapien (Steele et al., 2008). Dette er på linje med Seikkula og Arnkil (2007) som mener at myndiggjøring innebærer at fagpersonen skal hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv, fremme pasientens autonomi og selvstendighet. Myndiggjøring er en form for makt som fremmer subjektivitet, makt som trenger aktive pasienter fremfor underkastelse (Cruikshank, 1999). Ved at fagfolk stiller spørsmålet: Hva er viktig for deg? (Høie, 2016) setter de seg i pasientens sted. Det blir lettere å se pasientens behov og ressurser. Terapien legger til rette for at pasienten blir et handlende menneske som er agent i eget liv (Schibbye, 2010; Sundet, 2016; Thorød, 2013). Miljøterapeutene beskrev hvordan pasienten utarbeidet sine egne mål og hvordan de sammen kunne arbeide for å nå dem. Begrepet brukermedvirkning blir mindre relevant fordi «hjertet» i tilnærmingen er pasientens

deltakelse og stemme (Bøe & Thomassen, 2017). Ved å ansvarliggjøre pasienten kan det gi pasienten flere muligheter til å skaffe seg nye erfaringer (Næss & Biong, 2014).

Herman (1995) er tydelig på at terapeuten skal ha en empatisk holdning og støtte pasienten til å gjenvinne grepet i livet. Studien viser til hvordan miljøterapeutene vektla empati og tilgjengelighet psykisk og fysisk for at de skulle få tak i hva pasienten formidlet. De beskrev sin rolle som medvandrer, en støttespiller i pasientens prosess. Pasienten utarbeidet sine egne mål og miljøterapeuten var veileder underveis og bevisst på ikke å overstyre. Funn fra studien til Næss og Biong (2014) underbygger dette forholdet mellom myndiggjøring og omsorg. Det er ikke et enten eller, men et både og. Medvandrer er et sentral funn i forskningen til Sommer, Strand, Borg og Ness (2013), hvor praksis også tilstrebet et likeverdig samarbeid. Det var grunnleggende for informantene i studien å legge til rette for mestringsopplevelser utfra hva pasientens selv hadde bestemt. Dette er i tråd med hvordan Andersen (1999) beskriver hjelperrollen. Hjelperen skal legge forholdene til rette for et samarbeid der pasienten kan få brukt sine iboende ressurser, anerkjenne pasientens løsninger og finne konkrete bidrag som kan være til hjelp.

Med bakgrunn i studiens funn viste miljøterapeutene ved å ta pasientens erfaringer, opplevelser og symptomer på alvor med stor respekt en fenomenologisk tilnærming. Det innebærer at alle må gis muligheter til å fremstå som unike personer utfra egne forutsetninger (Aadland, 2011). Fenomenologien søker å forstå mennesket gjennom personens eller subjektets egne beskrivelser av hvordan fenomenet oppleves (Husserl, 1997). Med bakgrunn i hvor krevende det indre fragmenterte livet fremstår, oppleves tilnærmingen som en forutsetning for å kunne samarbeide om stabiliseringsarbeidet.

5.2 Styrke pasientens forståelse

Studiens empiri viser hvor grunnleggende psykoedukasjon var i stabiliseringsarbeidet. Ifølge Benham (1995) har en klar og direkte informasjon om bedringsprosesser stor betydning. Funn i studien viser til hvordan pasienten gjennom undervisning om blant annet dissosiasjon, triggere og følelser fikk et språk og større forståelse for hva traumene hadde påført dem. De fikk også undervisning om hvordan de kunne bli bedre til å mestre symptomene. Dette medførte at pasienten fikk større respekt for seg selv. Ifølge Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) danner god teori grunnlag for empati, et avgjørende

utgangspunkt for miljøterapeuten å inneha i samarbeidet for å styrke pasientens forståelse og empati for seg selv. Shabb (2015) hevder at jo bedre man forstår innvirkninger traumer har, jo lettere er det å utvikle medfølelse, logiske forklaringer og mot til å gjøre forandringene som trygghet og stabilitet krever. Forståelse gir motivasjon til endringsarbeid, men det er krevende å lære med blant annet symptomer som konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, kroniske smerter og dissociative symptomer (viser til fig.1, Symptomoversikt). De dissociative symptomene kan blant komme til uttrykk som å koble fra tilstedeværelsen i nåtid, gå i frys og ikke kunne bevege seg eller oppleve en evig kamp mellom deler i et fragmentert indre (Axelesen & Wessel, 2006; McAllister, 2001). Dette gir mening til «one step at a time» på veien mot mer kontroll over dissosiasjon (Steele et al., 2017, s. 80), eller formulert som «de små skritt» i studiens funn. Hagen (2016a) bruker betegnelsen dosering og betydning av riktig dose til rett tid. Det er viktig å være klar over at det tar tid fra håpet er skapt til pasienten opplever mestring (Vatne, 2006). En pasient lærte meg at repetisjon er hukommelsens mor. En metafor jeg har brukt i samarbeid med pasienter siden.

Metaforer

Informantene var opptatt av å formidle kunnskap om stabilisering og stabiliseringsteknikker på en forståelig måte til pasienten, for å gjøre det mulig å håndtere symptomene bedre. Hva kan gjøre kunnskapen mer forståelig? Informantene brukte mange metaforer i sitt språk til å beskrive samarbeidet og behandlingen. Eksempelvis kan nevnes «fredstid» og «de små skritt». Språket formes i en kontekst og faglige praksiser har egne språkkoder (van Ufford, 2013). Fra egen praksis er min erfaring at språket utvikles i en dynamikk mellom forskningsbasert, erfaringsbasert og pasientens erfaringer og behov. En pasient brukte benevnelsen «dråpeteller» for å beskrive sitt reguleringsarbeid i forhold til toleransevinduet, noe som understreker betydningen av å kunne jobbe i sitt eget tempo. Metaforen har siden blitt brukt i undervisningen. Bruk av metaforer er en naturlig del av språket, kulturbasert og forklarende uten å være konkret (Lakoff & Johnson, 2003). Miljøterapeutene beskrev at metaforer virket mindre overveldende og ga pasienten økt forståelse for reaksjoner i kroppen. Ifølge van der Hart et al. (2006) er metaforer en intervensjon i å overvinne fobi mot indre materiale. Forutsetningen er at pasienten kan anvende dem, begynne å oppdage, vedkjenne seg og sette ord på og regulere mentalt innhold. Biong (2009) viser i sin forskning til hvordan

oppmerksomhet på metaforer i språket gir tilgang til innsideperspektivet og personens erfaringskunnskap. Ved å benytte pasientens språk kan det bygges en bro av forståelse mellom pasient og fagperson (Biong, 2009; McAllister, 2001). For å styrke pasientens tilstedeværelse i nåtid i samtalen og øke forståelse er det en forutsetning at miljøterapeuten er bevisst språket.

I studien fremstår toleransevinduet som en sentral metafor i undervisningen av kroppens stressreguleringsmekanismer. For pasientgruppen som har vansker med å være i nåtid, forholde seg til affekter og affektregulering (Blindheim, 2012), er toleransevinduet et egnet verktøy til blant annet å analysere vanskelige situasjoner (Nordanger, 2014). Miljøterapeutene beskrev at ved aktiv bruk av toleransevinduet i samarbeidet, økte pasientens forståelse av seg selv. Det ble tydelig hvordan pasientens toleransevindu kunne se ut og variere med årsaker og reaksjoner i over- og underaktivering. Dette ble et utgangspunkt for å oppdage tanker, følelser og kroppslige reaksjoner og jobbe med regulering av symptomer. Det å bli mer stabil innebærer i praksis å bli bedre til å regulere seg selv og egne følelser (Nordanger, 2014). De fremkomne funn i studien viser at modellen gjorde det lettere for pasienten helt konkret å forholde seg til hele seg, med kroppens ulike reaksjoner og forstå hva som skjedde med dem. Dette underbygges av erfaringer Nordanger (2014) har; klienter kan lett forstå toleransevinduet og ved å relatere seg til modellen blir det mulig å sette ord på egne vansker. Toleransevinduet er med dette en virksom modell siden den muliggjør for traumeoverlevende å forholde seg til egen kropp.

Studien viser at når pasienten våget å ta skritt for skritt i oppdagelse og forståelser, samt å trene på konkrete ferdigheter i regulering, utvidet toleransevinduet seg. En forutsetning var at dette ble gjort i «fredstid», innenfor toleransevinduet, ikke i fortid eller fremtid. Et mål for stabiliseringsarbeidet er å utvide toleransevinduet og bli bedre til å regulere under- og over aktivering tilbake til toleransevinduet (Nordanger, 2014). Dette medfører at her og nå- bevisstheten blir mer tilgjengelig enn tidligere (Weele, 2006). Nye erfaringer kan gjøres når klienten er innenfor eller på kanten av toleransevinduet, da utvides tålegrensen (Holbæk, 2014a). Evnen til å være tilstede i nåtid styrkes og « tilstedeværelse i nuet er kongeveien ut av gjenopplevelser» (Weele, 2006, s. 58). Miljøterapeutene beskrev hvor viktig det var å bevisstgjøre pasienten om at utvidelse medførte en bedre hverdag, *utvidelse av livet*.

Anerkjennelse og gyldiggjøre

Studiens empiri viser at for informantene var det å være i kontakt med seg selv, «vite hvor jeg er», en forutsetning i samarbeidet med pasienten. Dette underbygger Schibbye (2010) ved å hevde at å ha kontakt med sin egen subjektivitet er nødvendig for å forstå den andres subjektivitet. Dette er en forutsetning for å kunne anerkjenne og evne å sette seg inn i den andres perspektiv. Anerkjenne betyr «at man prøver å delta på pasientens banehalvdel uten å trekke inn egne meninger eller synspunkter» og det å gyldiggjøre opplevelser (anerkjenne, validere) «er å gi tilbake» det pasienten uttrykker (Lerander, 2016, s. 70). Sentralt i studiens funn var å gjøre seg tilgjengelig, fange opp hva pasienten formidlet og ikke møte pasienten med en bestemt mening om hva pasienten ville formidle. Det ville gi et dårlig utgangspunkt for nye gode erfaringer. Dette mener jeg er eksempler på en anerkjennende praksis hvor det var pasienten som satt med kunnskapen om egen tilstand og opplevelsen av hverdagen. Eggen (2016) erfarte at ved å bli møtt med respekt og anerkjennelse lærte hun å respektere og anerkjenne seg selv. Informantene uttrykte betydningen av å ta pasientens opplevelser på alvor. Å gyldiggjøre erfaringer med bakgrunn i pasientens historie var gjennomgående i studien. «*De hadde normale reaksjoner på unormale hendelser*». Det var ikke pasienten det var noe feil med. Ifølge Hagen et al. (2016) er dette ord som kan virke anerkjennende og forløsende for pasienter med mye skam. Informantene beskrev at flere pasienter hadde lurt på opplevelsen av å være flere steder i toleransevinduet på en gang. Dette ble forstått og formidlet tilbake av informantene at dette kunne være flere indre deler som var aktive samtidig. Dette var en forklaring som ga mening for pasienten. Å bli møtt med forståelse innebærer også opplevd anerkjennelse (Vatne, 2006).

Studien viser til informanter som vektla å være undrende sammen med pasientene. I følge Lægreid (2016) kan en undrende holdning åpne opp for «meeting of minds» for å bli kjent og lære mer. Dette kan medføre at miljøterapeuten vil strekke seg for å bli en som kan være til hjelp og gjøre en forskjell i den andres liv. Det å gå sammen i å forsøke å utforske og forstå symptomene er et aspekt ved anerkjennende terapi (Vatne, 2006). Undring kan forstås som en undersøkende og nysgjerrig tilnærming, en subjektiv utforsking i øyeblikket av en selv og den andre (Lægreid, 2016). Ifølge forfatteren er dette en tilnærming som kan være inngangsport for intersubjektivitet og et møte mellom miljøterapeut og pasient. Funn i studien viser til hvordan miljøterapeutene inviterte pasienten til å stoppe opp, grunne seg, registrere hva som skjedde på «innsiden og

utsiden» for å undre seg. Ifølge Steele et al. (2008) leder et subjektsyn til forståelse av opplevelsen, ikke definisjon av problemet. Når samarbeidet er basert på forståelse og anerkjennelse skjer det en intersubjektiv deling mellom pasient og terapeut. Ved at følelser deles blir lidelsen lettere å bære, og på sikt kan det medføre økt innsikt og selvrefleksjon (Steele et al., 2008). Herman refererer til en incestutsatt som hadde uttalt: «de gode terapeuter var dem der virkelig gav mine opplevelse, gyldighet og hjalp mig med at styre min adfærd i stedet for at prøve at styre mig» (Herman, 1995, s. 165).

Psykoedukasjon og ulike ferdighetsøvelser styrker den delen som fungerer i hverdagen (Holbæk, 2014b). I det følgende skal vi se nærmere på hva pasienten kan trene på.

5.3 Utvikle pasientens ferdigheter i grunning

Et tema som var gjennomgående i studien var betydningen av at pasienten trente på å stoppe opp og grunne seg for å styrke tilstedeværelsen i nåtid. For pasienter med dissosiative lidelser hvor stressresponsen er kronisk aktivert og overlevelsesresponsen automatisert etter mange «repetisjoner» er grunning et sentralt terapitema (Støren & Utgarden, 2014). De blir lett trigget av noe i nåtid. Dette medfører at de kan bli invadert av tanker og minner fra traumehendelsen, eller overvældet av kroppslige gjenopplevelser. Dette kan beskrives ved at fortiden fortrenger nåtiden. Siden traumereaksjonene har denne sterke kroppslige komponenten, anbefaler Ogden, Minton og Pain (2006a) at stabiliseringsarbeidet har øvelser som blant annet inkluderer sansearbeid. Det gjelder å finne verktøy til å håndtere disse automatiske reaksjonene for å utvide toleransevinduet (Støren & Utgarden, 2014).

Grunningsøvelser

I materialet fra studien beskrives grunning som noe som kunne hjelpe pasienten til å holde fast i livet her og nå. Benham (1995) forklarer grunningsteknikker som en påminner til pasienten om at de er i nåtid som voksne og er trygge. Grunning kan forebygge en dissosiativ tilstand med gjenopplevelser (McAllister, 2001). Grunning er alternativer til destruktive mestringsstrategier som selvskading av ulike slag (Benham, 1995). Stickley (2006) har en litt annen innfallsvinkel ved å referere til grunning som teknikker som skal bringe pasienten tilbake til virkeligheten fra en dissosiert tilstand. Grunning er tidligere definert som «teknikker som reduserer dissosiasjon og øker tilstedeværelsen i nåtid»

(Brand, Loewenstein, & Spiegel, 2014, s. 172). Disse beskrivelsene med litt ulike nyanser viser grunningsens avgjørende funksjon. Benham (1995) legger vekt på at aktiviteten i grunningen bør tilpasses intensiteten i følelsene som skal reguleres. Når pasienten blir engasjert i en aktivitet, vil følelsenes intensitet ofte reduseres og gi en lettelse. Funn viser at når pasienten regulerte seg selv, fant også pasienten alternative mestringsstrategier til de mer destruktive mestringsstrategiene. Dette er i overensstemmelse med Benham (1995). Det kan høres uvirkelig ut at man med «enkle virkemidler» kan få et bedre liv, men det kommer ikke av seg selv. Her er det mye opp til pasienten selv.

Studiens empiri viser hvordan informantene vektla å forske sammen med pasienten på mulige grunningsverktøy. Respekt er et begrep som går igjen i det empiriske materialet. Respekt betyr å se på nytt, som innebærer å tilstrebe å se pasienten på en ny måte med ressurser og muligheter (Lerander, 2016). Informantene beskrev at det gjaldt å se etter ressurser og interesser, for uansett hva livet hadde påført pasientene av traumer, så hadde de ressurser. De kan være begravd under symptomer og lidelsesuttrykk og være gull verdt i bedringsprosessen (Lerander, 2016). Informantene beskrev betydningen av å legge til rette for mestringsopplevelser. Undre seg sammen på hva pasienten hadde brukt tidligere av grunningsteknikker, uten å korrigere. Finne det unike for den enkelte pasient som kunne holde dem fast i her og nå. Ved å motivere pasienten til å lage sitt eget design av grunningsøvelser, ble også pasientens evne til å ta ansvar styrket. Sanseapparatet ble beskrevet som pasientens skattekasse til å holde seg her og nå. Gjennom en bevisstgjøring av sanseapparatet kunne det være en kilde til mestring og stabilisering. Det gjaldt å navigere i egen kropp etter hvilke sanser som var trygge og ikke så lette å trigge. Så gjaldt det for pasienten å bruke tid på å prøve seg frem.

I studien beskrives trening i «fredstid» som en forutsetning for å etablere ferdigheter som kan gripes til i vanskelige situasjoner. Betydningen av å øve mye og regelmessig for at det skulle dannes nye spor i hjernen, etablere en endring, var nødvendig. Det å utfordre mønstre av automatisert kunnskap med en sterk kroppslig komponent krever møysommelig arbeid (Støren & Utgarden, 2014). Et arbeid som kan beskrives som styrking av de mentale musklene for å kunne tåle reaksjoner knyttet til vanskelig hendelser. Jo mer de brukes, jo sterkere blir de (Benham, 1995; Holbæk, 2014a). Studiens funn viser til informanter som inviterte pasientene til å gjøre nye forsøk og ikke gi opp i dette krevende arbeidet. For det tar tid å lære nye ferdigheter og teknikker (Benham, 1995). Terapeutene på sin side trenger å minne seg selv på hvor vanskelig det er for

pasienten å begynne å rette oppmerksomheten vekk fra fare, til kroppen som mange har fobi mot (Salvesen, 2014). Det å begynne å lære å stole på at kroppslige fornemmelser kan være en viktig informasjonskilde til å påvirke sin tilstand, er derfor et stort skritt (Støren & Utgarden, 2014). Dette er et viktig aspekt siden pasienter får fornemmelser i kroppen i forkant av en dissosiasjon, som de kan kjenne igjen som forvarsel. Dette gjør det mulig å forebygge ved blant annet å grunne seg (Hagen et al., 2016).

Grunningsøvelser bør ifølge Eggen være standardprosedyre og godt kjent for alle som forholder seg til pasienter med dissosiative lidelser. Eggen (2016) har selv trent på dem gjennom flere år og kan garantere at de fungerer, siden hun stadig bruker kortere tid til å orientere seg om tid og sted.

Aksjonsplan

Aksjonsplanen var et gjennomgående tema i studien. Den ble utarbeidet sammen med pasienten og ble omtalt som et samarbeidsverktøy under innleggelsen. For pasienten var aksjonsplanen en viktig del av stabiliseringsarbeidet. Ved selv å trene på grunning i «fredstid», medførte det økte ferdigheter i affektregulering i vanskelige situasjoner. Samtidig fikk pasienten erfaringer i å samarbeide med miljøpersonale om dissosiative symptomer gjennom døgnet, innenfor rammer som pasienten hadde deltatt i å utforme. Kanerva, Kivinen og Lamintakanen (2015) understreker funksjonen aksjonsplanen har med å kommunisere på tvers av avdelingene. Kommunikasjonen sikrer pasientens trygghet gjennom døgnet. Benham (1995) viser til en kriseplan med lignende funksjon som aksjonsplanen. Pasienten oppfordres til å lage en liste over positive mestringsstrategier med ulike vanskelighetsgrad for å tilpasse styrken på følelsene. Benham (1995) understreker betydningen av å trene på sykehuset, siden det gjør pasienten bedre rustet til å håndtere symptomene når de reiser hjem. Aksjonsplanen mener jeg viser hvordan informantene i praksis forholder seg til et likeverdig subjekt-subjekt-fellesskap med pasienten slik Schibbye (2010) beskriver det. Selv under en dissosiativ tilstand tilstreber miljøterapeutene et subjekt-subjekt-fellesskap, siden de kan hvile i rammer som pasienten har bestemt. Empiri i studien viser at trening i «fredstid» gir mestring på pasientens egne premisser og grunnlag for å takle vanskelig situasjoner. Mestring gir mulighet til å styrke selvfølelse, selvtillit og evne til metallisering (Frøyland, 2016). Samtidig styrker mestringen kontroll over symptomer som medfører utvidet toleranservindu (Støren & Utgarden, 2014).

Aksjonsplanen ble omtalt som et levende dokument. Utvikling av aksjonsplanen skjedde med bakgrunn i pasientens erfaring gjennom behandlingsforløp. Ifølge Sundet (2016) har miljøterapien uante muligheter til å drøfte med pasienten hva som er best og bringe det inn i behandlingsopplegget. Her fremstår aksjonsplanen som et viktig og avgjørende samarbeidsredskap i inkludering av pasienten.

I det foregående har faktorer som miljøterapeutene vektla i stabiliseringsarbeidet til pasientgruppen blitt drøftet. Disse oppleves som grunnleggende for hvordan de beskrev samarbeidet med en pasient i en dissosiativ tilstand. Med fare for gjentakelser har det blitt valgt denne todelingen i drøftingen. Funn i studien beskriver miljøterapeutenes rolle som et instrument i pasientens stabiliseringsarbeid. Dette er sammenfallende med forskning til Heimstad og Biong (2014) og Næss og Biong (2014). Denne beskrivelsen mener Lillevik og Øien (2014) er knyttet til «personlig egnethet», en personlig kompetanse en person innehar til å gjøre noe bestemt. Dette er summen av alt vi er, våre personlige egenskaper og karaktertrekk, som innbefatter blant annet vårt menneskesyn og evne til å etablere relasjoner. I dette bildet utgjør teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter bare en liten del. Benum (2006) bruker benevnelsen affektregulator og mener terapeuten til tider må fungere som en affektregulator, slik at pasienten gradvis kan lære å tåle følelser og reaksjoner uten å bli overveldet og forsvinne. Ifølge Steele et al. (2008) er terapeuten både en tilknytningsperson og en personlig trener i å utvikle nye ferdigheter, regulere følelser og kroppslige reaksjoner, og skape ny mening og forståelse. Benham (1995) understreker at sykepleieren med sin tilstedeværelse har en unik mulighet til å støtte pasientene i å lære å romme og mestre symptomene. Videre kan de minne pasientene på å øve på konkrete øvelser de kan gjøre for å få fremgang i behandlingen. Dette er mange hatter å forholde seg til. Hva og hvordan kan dette samarbeidet med en pasient i en dissosiativ tilstand ivaretas?

5.4 Forutsigbart samarbeid fra dissosiativ tilstand tilbake til nåtid

Studiens funn viser til miljøterapeutenes empatiske inntoning for å få tak i «det som er» hos pasienten i et her og nå-perspektiv, som et nødvendig utgangspunkt for samarbeidet. Hvis ikke miljøterapeuten klarte dette, mente de utgangspunktet var dårlig for et godt samarbeid. I studien til Næss og Biong (2014) beskrives inntoning som en

fenomenologisk praksis med stor bevissthet på samspillet mellom partene i møtet, for å få tak i pasientens erfaring og opplevelse i situasjonen. Wampold i (Hageberg, 2012) understreker at relasjonen til hjelperen er blant det som oppleves som aller viktigst for mennesker som trenger hjelp. De ønsker en som er tillitsvekkende, som forstår dem og som de opplever jobber for deres interesser (Hageberg, 2012). Hvis ikke hjelperen klarer å tone seg inn på klienten, er utgangspunktet dårlig for å yte hjelp (Thuen & Dyregrov, 2016). For Schibbye (2010) innebærer affektinntoning en forutsetning for å komme innenfor pasientens opplevelsesverden og oppleve intersubjektivitet. Sundet (2016) bruker benevnelsen det intersubjektive rommet, et sted for terapi med gjensidighet og deling. I en dissosiativ tilstand påvirkes pasienten evne til å være delaktig i det intersubjektive rommet. Informantene beskrev det som en kunst å kunne tune seg inn mot pasienten. Ifølge Hubbel et al. (1999) er det i relasjon til pasienter med en traumehistorie at terapikunsten virkelig blir satt på spill. Dette gir assosiasjoner til hvordan Kierkegaard beskriver hjelpekunsten. Her er et lite utdrag av diktet *Hvem er du: først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheden i al Hjelpekunst*. Kierkegaard (1994) i (Strømstad, 2016, s. 86).

Empati er en mer moderne terminologi på Kierkegaards beskrivelser av hjelpekunst. Det er en tilnærming og en forutsetning at helsepersonell møter klienter med empati og respekt (Thuen & Dyregrov, 2016). Empatisk inntoning er grunnleggende i terapi (van der Hart et al., 2006). Betydningen av å være emosjonelt tilstede i øyeblikket og få tak i det som ble formidlet ble vektlagt av informantene som nødvendig for at pasienten skulle kunne få nye gode erfaringer. Wallin (2007) beskriver at inntoning på pasientens følelser kan gjøres ved å observere kroppsspråket, eksempelvis å studere øynene, øyebryn og stemmeleie. Studiens empiri viser til at måten pasienten valgte å kle seg på ga også verdifull informasjon. Informantene beskrev betydningen av å ha kunnskap om pasienten for å kunne møte ham på en god måte.

Innledningsvis ønsker jeg å ta med en beskrivelse av hvordan det «indre landskapet» kan ta form og fungere. Eggen (2016) beskriver hvordan hun etter å ha vært utsatt for den første gjennomførte voldtekten trodde hun skulle dø, og som resulterte i at hun ikke kunne være Inger lenger, det ble for vondt og ekkelt. En sunn og glad jente som ikke hadde opplevd det Inger hadde ble til som en mestring i hverdagen. Hun ble Ingers drøm om frihet. Flere bilder av gutter og jenter kom til i hennes indre ettersom hun trengte dem til å løse oppgaver i den ytre verden. Oppgaver i rollen som blant annet kjæreste, mor og

yrkesaktiv. Den delen av henne som var på jobb kjente ikke til livet hjemme og omvendt. Alle delene hadde sin funksjon, slik at hun tok vare på hele spekteret av følelser og kunnskap. Det var derfor bedre å være mange enn en. Skiftene mellom delene beskriver Eggen kunne komme brått og uten kontroll. Når kvelden kom, husket hun lite av innholdet i dagen.

Med bakgrunn i egen erfaring fra praksis er det indre landskapet unikt for hver enkelt pasient. «Det som er», det som kommer til uttrykk av pasienten i en dissosiativ tilstand varierer i følelsesuttrykk, energi og atferd.

Studiens empiri viser til hvordan blant annet manglende erfaring, kjennskap til pasienten og trygghet i å samarbeide med en pasient i en dissosiativ tilstand som ønsket å dø, medførte en tvangsinnleggelse. Dissosiative tilstander hos pasienten kan oppleves ukontrollerbare og uforutsigbare, slik at både pasient og personale kan føle seg hjelpeløse og gjort til offer (Benham, 1995). Løgstrup (1999) beskriver omsorg som å holde noe av en annens liv i sin hånd. Omsorg er et handlingsområde hvor mye kan gå galt. Omsorg forstås som respons på menneskets sårbarhet, og pasienten i en dissosiativ tilstand er meget sårbar. Omsorg kan lett oppleves som invadering og overgrep, forstått som både for mye eller for lite omsorg (Karlsson & Borge, 2013). Pasienter som er i en dissosiativ tilstand kan ut ifra egne erfaringer fra praksis ha en redusert tilstedeværelse, noe som påvirker evnen til å formidle seg som et samhandlende subjekt. Utfordringen for personalet blir derfor større for å unngå å objektifisere og potensielt misbruke makt.

Et gjennomgående tema i studien var forutsigbarhet, som handlet om stabilisering. Aksjonsplanen var en kilde til kunnskap om pasienten og forutsigbart samarbeid. Spesielt gjaldt dette respekt for pasientens grenser for avstand og nærhet. Ifølge (Anstorp, 2006) trenger pasientgruppen å lære om hvordan grenser formidles og respekteres for å bli tryggere. De må trene på grenser for å få tilstrekkelig trygghet før de kan øve på nærhet. En utrygg tilknytning påvirker evnen til å balansere mellom avstand og nærhet (Schibbye, 2010). Ved seksuelt overgrep overfor et barn tar overgriper eierskap over barnets kropp som defineres som det mest essensielle og grunnleggende territorium til selvet (Cloitre et al., 2011). Informantene uttrykte at de aldri berørte en pasient fysisk uten at det var planlagt, siden fysisk berøring kan oppleves som et nytt overgrep (Eggen, 2016). De beskrev dissosiasjon som en mestringsstrategi for pasienten til å beskytte seg mot mennesker som hadde tatt kontroll over kroppen og psyken, noe miljøterapeutene ikke

ønsket å bidra til. De hadde en visshet om å holde avstand, men kunne være nær i form av å bruke stemmen. Dette er i tråd med Hagen (2016a) som hevder at når nærhet er vanskelig, kan det heller kommuniseres gjennom stemmen og blikket (Hagen, 2016a).

Studiens empiri beskrev samarbeidet med en pasient i en dissosiativ tilstand som en trinnvis prosess. Miljøterapeutenes fokus varierte etter hvor pasienten befant seg i toleransevinduet. Var pasienten fjern og lettere dissosiert ble vedkommende aktivisert i noe hun kunne klare og ta ansvar for her og nå på egenhånd, med utgangspunkt i aksjonsplanen. Hensikten var å styrke ferdigheten til å være i nåtid. En praksis som også beskrives av Benham (1995) og (Næss & Biong, 2014). Når pasienten var utenfor toleransevinduet, beskrev informantene at det kunne handle om liv og død, og det gjaldt å være tilstede sammen med pasienten på en enkel måte. Det var bedre å ta et skritt tilbake enn å være veldig på. Det gjaldt å observere de små endringene, skifte mellom deler og bruke tid. Lå pasienten i en dissosiativ tilstand med både psykoforme og somatoforme symptomer, grunnet de pasienten gjennom informasjon om hvem som var i rommet, tid og sted, en gradvis trygging gjennom en empatisk væremåte. Dette er også en tilnærming som Benham (1995) viser til og hvor informasjonen gjentas på en betryggende måte. Informantene beskrev at de sjekket ut om pasienten hørte ved å respondere verbalt eller nonverbalt med tegn. Gjennom å bruke kroppsspråket med små tegn, bevegelse av en finger eller blinking ble det mulig for pasienten å respondere på spørsmål. Dette er sentralt siden det kan være vanskelig for pasienten i en dissosiativ tilstand å forstå, snakke og formulere seg, spesielt når traumeerfaringene skjedde før språket var etablert (Steele et al., 2017). Pasienten kan være språkløs og da er kunnskapen om pasienten viktig i videre tilnærming (Heimstad & Biong, 2014). Funn i studien viser at hvis pasienten ikke hørte gjaldt det å bruke andre deler av sanseapparatet, som å etablere blikkontakt, og koble på kroppsspråket. Miljøterapeutene beskrev at hensikten med kroppsspråket var å sikre at pasienten fikk en opplevelse av å kunne kommunisere og at pasientens grenser ble respektert. Miljøterapeutene beskrev betydningen av å bruke tid for å lage ordentlige avtaler med pasienten og ikke svikte i oppfølgingen av dem. På denne måten mener jeg miljøterapeutene tilstrebet å ivareta subjekt- subjekt-fellesskapet i en sårbar situasjon for pasienten.

Å ansvarliggjøre pasienten var et sentralt funn i studien. Var det ikke kontakt med pasienten, så gjaldt det å trygge og styrke pasientens ferdighet til selv å komme tilbake til her og nå, formidlet med ro og empati. Miljøterapeutene understreket betydningen av å gi

ansvaret til den voksne delen siden pasienten kunne befinne seg i andre deler, som blant annet en barnedel. Miljøterapeuten formidlet da en avtale om å forlate rommet for så å komme tilbake etter eksempelvis 5 minutter med en tydelig forventning om at pasienten selv tok ansvar for å komme tilbake til her og nå. De fortsatte med korte møter med fokus på trygging og grunning til verbal kontakt var etablert. Med bakgrunn i egen praksis ble tilnærmingen med korte møter utviklet gjennom felles skolering med kurs og veiledning fra blant annet Boon, Nijenhuis og Van der Hart i teorien om strukturell dissosiasjon. Empirien i studien viser til «historiske» erfaringer før denne skoleringen, hvor miljøterapeuten gjorde en masse for å ta vare på pasienten, eller de satt og satt hos den dissosiative pasienten uten at det hjalp. Det å bli synes synd på med tårevåt medfølelse var for Eggen (2016) en trigger for egen skam og troen på at hun løy for å få oppmerksomhet. Målet for omsorg er å øke pasientens ferdigheter og kompetanse og ikke fremme ytterligere hjelpeløshet (Steele et al., 2008).

De berørte avdelingene som studien inkluderte etablerte etter hvert en felles erfaring utviklet i samarbeid med pasientene. Ved å gi ansvaret til pasienten for å komme tilbake til nåtid innenfor toleransevinduet fikk pasienten selv erfaringer som kunne utvikles videre gjennom undring og refleksjon når pasienten var tilbake til toleransevinduet. I studien til Næss og Biong (2014) vises det til funn hvor en balansegang mellom omsorg og ansvarliggjøring blir utøvd med en intensjon om å bidra til å videreutvikle pasientens ferdigheter. Forfatterne antyder en etisk utfordring ved at sykepleiepersonellens forståelse og forvaltning av ansvaret i felleskap med pasienten handler om å stille forventninger ut ifra individuelle forutsetninger. Som det fremkommer av funn i studien er aksjonsplanen et verdifullt redskap for å skape en ramme for og innhold i samarbeidet med utgangspunkt i pasienten. I følge Sundet (2007) er det hjelperens oppgave å lage en regi hvor de som deltar kan utvikle et delaktig samarbeid og en gjensidig dialog. På denne måten opplever jeg at miljøterapeutene søkte å legge til rette for å utvikle det intersubjektive rommet for gjensidighet og deling (Sundet, 2016).

Var pasienten i kontakt beskrev informantene betydningen av å styrke kontakten ved å bruke grunningsteknikker for gradvis å støtte pasienten tilbake til her og nå. De prøvde å få blikkontakt, noe som kunne være vanskelig for mange pasienter. Det hjelper pasienten å åpne øynene hvis de er igjen og prøve å bevege dem, for ikke å forbli i «tåken» og forbli i den dissosiative tilstanden (Benham, 1995). Ved å be pasienten se etter personalets øyefarge kunne det gjøre det lettere med blikkontakt. Informantene beskrev at de

motiverte pasienten til å bruke synssansen til å orientere seg i rommet, søke etter trygghetsobjekter i interiøret og kjenne grunning i underlaget. Aksjonsplanen var en kilde til pasientens unike grunningsteknikker, og hele tiden jobbet miljøterapeutene tilbake til her og nå og snakket til den voksne. Informantene beskrev at det gjaldt å prøve seg frem i terrenget og evaluere med pasienten i etterkant. Benham (1995) beskriver flere grunningsteknikker som å identifisere farger i omgivelsene, telle stoler i rommet, minne på viktige pårørende og å kjenne ringen på fingeren. Når pasienten kjenner personalet igjen, kan det være til hjelp å invitere til å forflytte seg vekk fra en stilling som minner om flashback-opplevelsene. Ved å gå skjer det en grunning til underlaget gjennom bein og føtter. Slike konkrete intervensjoner gjør en forskjell. Forfatteren beskriver at det som hjalp en kvinne til å skjønne at hun ikke var et barn lenger var å måle høyden hennes på veggen. Grunning mener McAllister (2001) også skjer gjennom dialog med pasienten ved å invitere til å gjøre grunningsøvelser. Stemmen blir mer kjent og den er knyttet til nåtid. Dialog kan også være nyttig for deler som ønsker å samarbeide. Erfaring fra egen praksis viser at ved å anerkjenne og trygge «det som er» i pasienten før man fokuserer på samarbeidet med den voksne, kan man roe ned de indre delene. Det kan også gjøre det lettere for pasienten å akseptere delene selv. For enkelte pasienter er hørselen et sentralt grunningsverktøy. Ved at miljøterapeuten snakker, selv om det blir en monolog, kan det være et anker til her og nå. McAllister (2001) understreker betydningen av å bruke tid sammen med pasienten, støtte ham i at det er mulig å overleve og at pasienten har de ressursene som skal til. Pasienten er en overlever og det er håp. Funn i studien viser betydningen av å løfte håpet gjennom behandlingsprosessen for at pasientens håp kan vokse. Håpet kan vekkes gjennom å se at realisering av noe er mulig og enda mer hvis man selv kan realisere det (Herrestad, 2009). McAllister (2001) hevder at grunning i her og nå kan forebygge gjenopplevelser. Det som hjelper i å skille fortid fra nåtid er ifølge Eggen (2016) å mase om konkrete teknikker og avkreve praktiske øvelser for å få kroppen og tankene tilbake til nåtid. Ved å se seg rundt eller feste blikket på et objekt er hun på vei mot å forstå at hun er trygg og at det vonde hører fortiden til. Hun er ikke lenger et forsvarsløst barn. Spesielt har det hjulpet henne å se på hendene at de er forandret.

Et vesentlig funn i studien var å sjekke ut hele opplevelsen med pasienten når hun var tilbake i toleransevinduet. Miljøterapeuten inviterte pasienten til refleksjon for å øke bevisstgjøringen rundt erfaringene fra samarbeidet. De ga tilbakemelding på det pasienten

hadde gjort selv, slik at pasienten kunne forsterke ferdighetene til å komme tilbake til nåtid. Eventuelt kunne de justere aksjonsplanen. Det å være genuint interessert i pasientens opplevelse er en måte å ansvarliggjøre pasienten på (Næss & Biong, 2014). Pasientens psykologiske vekst og utvikling skjer ikke når vi får vår tolkning riktig, men når vi ser pasienten riktig (Migdow, 2011). Det å utforske og bruke tilbakemeldinger fra pasienten i videre arbeid er «gullstandarden» for terapeutisk arbeid (Sundet, 2007).

Informantene beskrev at det skulle bli en mestringserfaring, ikke et nytt nederlag. Siden pasienten ikke alltid opplevde dette selv, var det nødvendig å bevisstgjøre pasienten på at det var jo nettopp trening på å mestre symptomtrykket bedre og komme tilbake til her og nå som var jobben. Tidligere i oppgaven er trygghet koblet til mestring av symptomer. En gevinst av mestring av symptomer er Eggens erfaring med at jo raskere hun kommer tilbake til nåtid, desto mindre sliten blir hun og desto mindre tærer angstanfallene på psykisk og fysisk helse (Eggen, 2016). Dette er et viktig aspekt å være klar over for å motivere pasienten til å bruke grunningsteknikker. I følge Støren og Utgarden (2014) lærer terapeuten respekten for de små skritt gjennom pasientens erfaringer. Eggen beskriver betydningen av de små skritt i sin behandlingsprosess «jeg tok etter hvert til meg at det var de små skrittene som var de største terapeutisk sett» Eggen (2016, s. 136). Ved at en hindring har latt seg bevege gir det overføringsverdi til å ta nye grep. Fra å være passiv og styrt av meningsløse krefter kan pasienten få erfaringer på at symptomene lar seg håndtere og de er mulige å endre. Pasienten er da kommet et skritt nærmere tilhørigheten i verden og virkeligheten her og nå (Støren & Utgarden, 2014).

6 Konklusjon

Bakgrunn for studien er å få mer forskningsbasert kunnskap på hvilke erfaringer miljøterapeuter har med stabilisering sammen med pasienter som har en kompleks dissosiativ lidelse. Hensikten er å undersøke miljøterapeutenes erfaringer med et mål om å utvikle forståelse for hvilke faktorer som er viktige for miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid og i møte med en pasient som er i en dissosiativ tilstand. Studiens empiri gir svar på forskningsspørsmålene. Sentralt i studiens funn er hvordan miljøterapeutene tilstreber: å være tilgjengelig psykisk og fysisk, empatisk inntone seg på «det som er» hos pasienten, trygghet og tillit, å løfte håpet, forutsigbarhet og et likeverdig samarbeid gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon, uavhengig av pasientens tilstedeværelse i nåtid. Videre er det sentralt at miljøterapeutene sitter på felles fagkunnskap, er medvandrere og at pasienten har sin unike kunnskap. Sammen skaper de en felles forståelse for stabiliseringsarbeidet gjennom å undre seg og oppdage hva som kan være hensiktsmessige grunningsverktøy for pasienten å trene på. Det skapes en ekspertise som forandrer utøvelse av makt. Pasienten blir ansvarliggjort ved å delta i utarbeidelse av aksjonsplan, trening på grunningsøvelser samt deltakelse i en kontinuerlig evaluering av aksjonsplanen. Ved å trene på de små skritt i fredstid styrker pasienten fotfestet og tilstedeværelsen i nåtid.

Selvrefleksjon

Avslutningsvis har jeg noen betraktninger til mitt arbeid. Jeg har tilstrebet hardt å ha et forskerblikk under studiens prosess og ha med meg «fugleperspektivet» for å se det hele litt fra «oven». Noe jeg har opplevd å klare bra til tider. Under skrivingen av drøftingen har jeg spesielt undret meg på hvordan mitt engasjement for fagfeltet har påvirket min evne til å være kritisk. Jeg har registrert at siden det er begrenset med forskning innen temaet miljøterapi og stabilisering, har dette medført at det er vanskelig å begrense seg i drøftingskapittelet. Det har vært en spennende reise å arbeide med studien, med alle de ulike elementer som inngår i et forskningsprosjekt. En lærerik prosess både personlig, faglig og på forskningsmetode. I en klinisk hverdag oppleves studien som inspirerende påfyll og investering rent faglig.

Implikasjoner for praksis

Funnene i studien tilsier at det er hensiktsmessig at personalet som arbeider med denne pasientgruppen får felles skolering i komplekse traumelidelser og dissosiasjon. Dette for å etablere en felles plattform bygget på teoretisk kunnskap og utvikling av klinisk erfaring. Studiens funn gir videre grunnlag for følgende anbefalinger for klinisk praksis:

- Personalet bør legge til rette for et likeverdig gjensidig samarbeid for å etablere trygghet og tillit og løfte håpet. Det synes viktig å åpne opp for felles undring og forståelse for å styrke pasientens grunningsferdigheter.
- Aksjonsplanen er et forutsigbart samarbeidsverktøy i stabiliseringsarbeidet. Personalet myndiggjør pasienten til å trene på sine unike grunningsteknikker og mulighet til mestringsopplevelser. Personalet får mer forutsigbare rammer å kommunisere og samarbeide i, noe som kan redusere misforståelser og uheldige grenseoverskridelser.
- I samarbeid med pasient, som er i en dissosiativ tilstand, bør personalet være oppmerksomt tilstede på en enkel, rolig måte og med empatisk inntoning for å fange opp det som pasienten presenterer. Dette skjer ved å jobbe tilbake til her og nå gjennom et forutsigbart samarbeid (aksjonsplan).
- Personalet bør myndiggjøre pasienten til å ta de «små skritt» fra å være et offer til å bli en aktør i eget liv. Dette tenker jeg er mål for alle som arbeider innen psykisk helsearbeid.

Funnene er på linje med det som er beskrevet i klinisk litteratur og kliniske anbefalinger av de fremste eksperter som arbeider med kroniske traumatiserte pasienter (Cloitre et al., 2012; International society for the study of Trauma and dissociation, 2011; Steele et al., 2017). Ifølge Eggen, som har brukererfaring, hjelper trygge miljøterapeuter som anerkjenner, viser respekt og har kompetanse i praksis mye mer enn de fleste er klar over (Eggen, 2016).

Videre studier

Det foreligger lite forskning på miljøterapi og stabilisering til pasienter med en komplekse dissosiative lidelse. Bailey og Brand (2017) oppfordrer klinikere til å gå inn i forskning for å avdekke og løfte opp tause kunnskaper for å bringe faget videre, forske på effekt av behandling og symptomreduksjon. Fagfeltet trenger å utvikle mer kunnskap for

å bedre behandlingen. Det ville være relevant å gjøre flere kvalitative studier for å undersøke hvilke erfaringer pasientene selv hadde med stabilisering. Hva var det som faktisk hjalp/ikke hjalp dem under en innleggelse og hvordan erfarer de at stabiliseringsarbeidet påvirker deres hverdag etter utskrivelse. Det ville også være interessant å undersøke nærmere hvilke erfaringer både personale som arbeider innenfor psykisk helsearbeid har med pasientgruppen i lokalsamfunnene og pasientene selv har med behandling lokalt, det er der livet leves. Videre forskning er en forutsetning for å kunne gi bedre behandling i fremtiden i å styrke pasientens fotfeste i nåtid.

LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual and Mental Disorders DSM-5* (5. utg.). Washington: American Psychiatric Association.
- Andersen, T. (1999). Et samarbeid - av noen kalt veiledning. I M. H. Rønnestad & S. Reichelt (Red.), *Psykoterpiveiledning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Anstorp, T. (2006). Hvordan skape trygghet hos klienter med alvorlig dissosiativ lidelse? . I T. Anstorp, K. Bennum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon i relasjoner? Integrering av det splittede jeg* Oslo: Universitetsforlaget.
- Anstorp, T., & Bennum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I T. Anstorp & K. Bennum (Red.), *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anstorp, T., Bennum, K., & Jakobsen, M. (2006). Å arbeide med traumer er å arbeide med dissosiasjon. I T. Anstorp, K. Bennum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer Integrering av det splittede selv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Axelesen, E. D., & Wessel, E. (2006). Den traumatiske hukommelse IT. Anstorp, K. Bennum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bailey, T. D., & Brand, B. L. (2017). Traumatic dissociation: theory, research and treatment. *American Psychological Association*, 24(2).
- Barbosa Da Silva, A. (1998). Et holistisk paradigme i psykiatri i utvikling - Hummelvoll's holistiske sykepleiemodell og dens menneskesyn. I A. J. W. Andersen & B. Karlson (Red.), *Psykiatri i endring - forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Benham, E. (1995). Coping strategies: A psychoeducational approach to post-traumatic symptomatology *Journal of Psychosocial Nursing & mental health services*, 33(6), 30-35.
- Bennum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. I T. Anstorp, K. Bennum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer Integrering av det splittede jeg* Oslo: Universitetsforlaget.
- Bennum, K. (2015). Tidlig traumatisering og heling i den terapeutiske relasjon. I T. Anstorp & K. Bennum (Red.), *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Biong, S. (2009). Metaforer noen dør av. *Socialmedicinsk tidskrift*, 4, 324-331.

- Blindheim, A. (2012). *Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. NOU 5 Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
- Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2015). *Traumerelatert dissosiasjon*. Modum Bad: Modum Bad.
- Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Brand, B. L. (2012). What we know and what we need to learn about the treatment of dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(4), 387-396.
- Brand, B. L., Loewenstein, R. J., & Lanius, R. A. (2014). Dissociative Identity Disorders. I G. O. Gabbard (Red.), *Gabbard's treatments of psychiatric disorders* Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Brand, B. L., Loewenstein, R. J., & Spiegel, M. D. (2014). Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: an empirically based approach. *Psychiatry interpersonal and biological processes*, 77(2), 169-189.
- Brand, B. L., McNary, S. W., & Myrick, A. C. (2013). A survey of practices and recommended treatment interventions among expert therapists treating patients with dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Psychol Trauma*, 5, 301-308.
- Bøe, D. B., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid å skape rom for hverandre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Chu, J. A. (1988). Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors. *Dissociation*, 1(4), 24-32.
- Chu, J. A. (2011). *Rebuilding shattered lives Treating complex PTSD and dissociative disorders*. New Jersey: John Wiley & sons ,Inc.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2011). *Treating survivors of childhood abuse Psychotherapy for the interrupted life*. New York, London: Guilford Press.
- Cloitre, M., Courtois, C., Ford, J., Green, B., Alexander, P., Briere, J., . . . van der Hart, O. (2012). The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. Hentet 08.07.17, fra International society for traumatic stress studies
http://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf
- Cruikshank, B. (1999). *The will to empower*. Cornell University, USA: Cornell University Press.
- Dallam, S., & Manderino, M. (1997). "Free to be" peer group supports patients in MPD/DD. *Journal og Psychosocial Nursing*, 35(5), 22-27.

- Eggen, I. (2016). Vold i nære relasjoner fra en pasients perspektiv - Et barn fjerner seg fra virkeligheten, fornekte egne erfaringer og blir en syk voksen. I M. B. Hagen, A. Barbosa Da Silva & M. I. Thelle (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Everett, E. L., & Furuseth, I. (2004). *Masteroppgaven Hvordan begynne- og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors: Overcoming internal self-alienation*. New York: Routledge.
- Frøyland, T. G. (2016). Eksempler på transteoretisk bruk av relasjonsverktøy. I J. V. Strømstad, A. B. E. Torbjørnsen & A. M. K. Aasland (Red.), *Hvem er du*. Stavanger: Hertvig forlag.
- Hageberg, A. O. L. (2012). Heilt forelska i Modum Bad. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49(1), 86-89.
- Hagen, M. B. (2016a). Den ensomme og lange veien ut av "berget det blå" - hensiktsmessige holdninger og handlinger i miljøterapeutiske intervensjoner. I M. B. Hagen, A. Barbosa Da Silva & M. I. r. Thelle (Red.), *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, M. B. (2016b). *Traumebevisst miljøterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, M. B., Barbosa Da Silva, A., & Thelle, M. I. r. (2016). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Harvey, M. (1990). An ecological view of psychological trauma and recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 3-23.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlson, B., & Løkke, J. (2009). *Perspektiver på psyksik lidelse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Heimstad, G. F., & Biong, S. (2014). Pasienter med dissosiative lidelser: Sykepleieres erfaring med stabiliseringssituasjoner. *Klinisk Sygepleje*, 4(28), 5-14.
- Herman, J. L. (1995). *I voldens kjølvand*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Herrestad, H. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, 14(1), 16-20.
- Holbæk, I. (2014a). Hvordan kan vi skape bevegelse i fastfrosset sorg? I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holbæk, I. (2014b). Indre samarbeid - faseorientert arbeid med dissosiative lidelser. I T. Anstorp & K. Bennum (Red.), *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Holbæk, I., Moe, A., Rygh, J., & Kloumann, M. (2014). *Tilbake til nåtid en manual for håndtering av traumereaksjoner*. Vikersund: Traumepoliklinikken - Modum Bad Oslo.
- HSN. (2017). Studieplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid. 2015-2017. Hentet 10.06.17 https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/studyplan/VPH_2015H
- Hubbel, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). Directing attention to what works. I M. A. Hubbel, B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.), *The heart & soul of change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Husserl, E. (1997). *Fænomenologiens idè*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Høie, B. (2016). Det magiske spørsmålet. *Sykepleien* 11, 28-29.
- International society for the study of Trauma and dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 188-212.
- Jepsen, E. K. K. (2014). *Inpatient Treatment of Early Sexually Abused Adults: Dissociation and Outcome* (Doktoravhandling). Medisinske Fakultet Universitetet i Oslo.
- Jepsen, E. K. K., Langeland, W., Sexton, H., & Heir, T. (2013). Inpatient Treatment for Early Sexually Abused Adults: A Naturalistic 12-Month Follow-Up Study. *American Psychological Association*.
- Kanerva, A., Kivinen, T., & Lammintakanen, J. (2015). Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 298-305.
- Karlsson, B., & Borge, M. (2013). *Psykisk helsearbeid Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focusgroups A practical guide for applied research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2003). *Metaphors we live by*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Landmark, B., & Olkowska, A. (2016). Hva gjør miljøterapi til terapi? I A. Olkowska & B. Landmark (Red.), *Miljøterapi Prinsipper, perspektiver og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Lerander, C. (2016). Å jobbe i team er godt relasjonsarbeid. I J. V. Strømstad, A. B. Thorbjørnsen & A. M. K. Aasland (Red.), *Hvem er du?* Stavanger: Hertvig Forlag.
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien forskning*, 3(3), 172-175.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Loewenstein, R. J. (2006). DID 101: A hands-on clinical guide to the stabilization phase of dissociative identity disorder treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 305-332.
- Lægred, E. (2016). Menneskelege møte. I A. Olkowska & B. Landmark (Red.), *Miljøterapi Prinsipper, perspektiver og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Løgstrup, K. E. (1999). *Den etiske fordring*. Oslo: J.W. Cappelens forlag a/s.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McAllister, M. e. a. (2001). Dissociative identity disorder and the nurse-patient relationship in the acute care setting: An action research study. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 20-32.
- Michalopoulos, I. (2012). Stabilisering - det viktigste leddet i traumebehandling. *Tidsskriftet for norsk psykologforening*, 49, 652-657.
- Migdom, J. (2011). The problem with pleasure: part 2. The research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 549-572.
- Morgan, D. L. (1998). *The focus group guidebook*. Thousand Oaks, California: Sage publication, Inc.
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlson, B. (2014). "Walking alongside:" collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(55).
- Ness, O., Kvell, Ø., Borg, M., Semb, R., & Davidson, L. (2017). "Sorting things out together": Young adults' experiences of collaborative practices in mental health and substance use care. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(2), 126-142.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., & Steele, K. (2006). Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten Teoretisk forståelse og begrepsavklaring. I T. Anstorp, K. Benum & M.

- Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordanger, D. Ø. (2014). Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid. I T. Anstorp & K. Bennum (Red.), *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nysveen, K., Nordby, K., Brattrud, T. L., & Granerud, A. (2011). *Miljøterapi i psykisk helsevern - et prosjekt verdig*. Vallset: Opplandske Bokforlag.
- Næss, H. E., & Biong, S. (2014). Sykepleiepersonells beskrivelser av helsefremmende miljøterapi kveld, natt og helg i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11, 24-33.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy. One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 1-20.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006a). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006b). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Perry, B. D. (2011). Anvendelse af neurologiske udviklingsprincipper i det kliniske arbejde med mishandlede og traumatiserede barn. I S. Hart (Red.), *Neuroaffektiv psykoterapi med børn*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger. 04-14-31*. Oslo: Justis- og politidepartementet.
- Regjeringen.no. (2016). *Statsbudsjettet for 2017: ny opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering* Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>
- Salvesen, K. T. (2014). Traumesensitiv mindfulness - øvelser i oppmerksomt nærvær. I T. Anstorp & K. Bennum (Red.), *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Salvesen, K. T., & Wæstlund, M. (2015). *Mindfulness og medfølelse en vei til vekst etter traumer*. Oslo: Pax forlag.
- Schibbye, A. L. L. (2010). *Relationer Et dialektisk perspektiv på eksistentiel og psykodynamisk psykoterapi*. København: Akademisk Forlag.
- Schore, A. N. (2006). Landvindinger i neuropsykoanalyse, tilknytningsteori og traumeforskning: implikationer for selvpsykologien. I P. Fonagy, A. N. Schore, D. N. Stern & J. H. Sørensen (Red.), *Affektregulering i utvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget

- Shabb, O. (2015). Considering psychoeducation on structural dissociation for dialectical behavior therapy patients experiencing high-risk dissociative behaviors. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(1), 55-66.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M., & Ness, O. (2013). Medvandrers og hverdagshjelpers fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukeres medborgerskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(1), 36-45.
- Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2017). *Treating trauma related dissociation a practical integrative approach* New York - London: W.W. Norton & Company.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. (2006). Faseorientert behandling av kompleks traumatisering - IT. Anstorp, K. Bennum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer - Integrering av det spittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. (2008). Dependency in treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 79-116.
- Stickley, T. (2006). Becoming one person: living with dissociative identity disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 180-187.
- Strand, A. (2014). Veien ut av dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID) - klientens stemme. I T. Anstorp & K. Bennum (Red.), *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Strømstad, J. V. (2016). Livshistorie, mening, forforståelse og ny forståelse. I J. V. Strømstad, A. B. E. Torbjørnsen & A. M. K. Aasland (Red.), *Hvem er du? Miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Støren, T., & Utgarden, R. (2014). Stabiliseringsarbeid i gruppe. Erfaringer fra Modum Bads traumepoliklinikk i Oslo. I T. Anstorp & K. Bennum (Red.), *TRAUMEBEHANDLING komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sundet, R. (2007). Brukerperspektiv og den terapeutiske relasjon - betydninger for terapeutisk arbeid. I A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten - den glemte terapeut Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Sundet, R. (2016). Ambulant arbeid: En psykoterapeutisk arbeidsform inspirert av miljøterapi. I A. Olkowska & B. r. Landmark (Red.), *Miljøterapi - Prinsipper, perspektiver og praksis* Bergen: Fagbokforlaget.

- Sundet, R., Kim, H. S., Ness, O., Borg, M., Karlson, B., & Biong, S. (2016). Collaboration: suggested understanding. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 93-104.
- Svennevig, J. (2010). *Språklig samhandling, Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Sykepleierforbundet. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler.
- Sætre, A. (2016). *Å bli likt? Relasjonsarbeid i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Talsethagen, G., & Karlson, B. (2005). Livsnervens uendelige betydning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4, 346-348.
- Thagaard, T. (2015). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2008). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorød, A. B. (2013). Kritisk realisme - en bro til dypere forståelse av sosiale fenomener? I A. J. W. Andersen, I. B. Larsen & A. B. Thorød (Red.), *Engasjement i praksis*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Thuen, F., & Dyregrov, K. (2016). Krevende liv, krevende jobber Utfordringer og suksesskriterier for hjelperne. I K. Underlid, K. Dyregrov & F. Thuen (Red.), *Krevende livserfaringer og psykiske lidelser*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tilden, T. (2017). *How do i know whether my efforts are helpful for client? Implementing feedback in Norway*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and psychopathology*, 23, 453-476.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New-York: W.W. Norton & Company.
- van Ufford, J. Q. (2013). Pierre Bourdieus betydning for profesjonell praksis. I A. J. W. Andersen, I. B. Larsen & A. B. Thorød (Red.), *Engasjement i praksis*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Weele, J. v. d. (2006). *Styrk den indre veggen Arbeid med stabilisering og kontroll av gjennopplevelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Weele, J. v. d. (2014). Arbeid med dissosiative symptomer - noe i tillegg til vanlig god terapi. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon* Oslo: Universitetsforlaget.
- Young, W. C., & Young, L. J. (1996). Inpatient treatment of dissociative disorders. I L. K. Michelson & W. J. Ray (Red.), *Handbook of dissociation, Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum Press.

Vedlegg 1: Søkelogg i databaser

SKJEMATISK FREMSTILLING AV SYSTEMATISKE LITTERATURSØK I DATABASER

(sist oppdatert 31.07.17)

Søkeord	Cinahl	PubPsych	PubMed	Psychinfo
1) Dissociative disorders	1 052	1 797	4 856	4 944
2) Emotional regulation	339	4 935	20 940	7 889
3) Stabilization	6 260	932	81 036	4 802
4) Nurses	288 213	11 514	223 300	47 934
5) Inpatients psychiatric unit	67 503	7 791	12 743	45 569
6) Safety	163 589	12 946	462 624	56 750
7) Milieu therapy	55	2 288	6 753	421
8) Collaboration	49 494	3 949	6 051	35 489
9) Non verbal communication	2 624	0	13 451	22 996
10) Hope	14 083	3 945	14 915	32 115
11) Grounding	478	372	1 523	3 473
Kombinasjoner:				
12) 1. AND emotional regulation	0	28	72	10
13) 1. AND stabilization	2	12	13	26
14) 1. AND nurses	17	6	26	33
15) 1. AND inpatients psychiatric unit	31	79	168	203
16) 1. AND safety	13	11	60	44
17) 1. AND milieu therapy	0	3	9	2
18) 1. AND collaboration	5	3	10	21
19) 1. AND non verbal communication	1	0	22	8
20) 1. AND hope	4	6	5	42
21) 1. AND grounding	2	0	7	7

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til avdelingsledere

Orientering om rekruttering av utvalg til fokusgruppeintervju.

I tilknytning til Gerd-Ellen Øverbys masterprosjekt

Denne informasjonen sendes ut til ledere i Traumeavdelingen og Fellesavdelingen i forbindelse med at jeg ønsker å rekruttere informanter til mitt masterstudie fra disse to avdelingene. Kopi sendes til Terje Tilden.

I forbindelse med at jeg er masterstudent i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Sørøst Norge skal jeg gjennomføre et studie med fokus på miljøterapeuters stabiliseringsarbeid i forhold til pasienter med en kompleks dissosiativ lidelse. Miljøterapeutene innehar en spisskompetanse innen feltet som jeg ønsker å undersøke. Jeg ønsker å få belyst stabiliseringsarbeid som utføres gjennom hele døgnet. Det er lite publisert på miljøterapeuters rolle i forhold til temaet.

Spørsmål vil dreie seg om hvordan miljøterapeuter arbeider konkret med stabiliseringstiltak, hva som vektlegges av faktorer og hvilke holdninger som er viktige i forhold til pasientgruppen. Hvordan miljøterapeuter beskriver erfaringer de har og hvilke opplevelser og tanker de har med seg knyttet til temaet.

Jeg ønsker å invitere ca. 6 miljøterapeuter til to fokusgruppeintervju, med et tidsspenn på ca. en måned. Etter første intervju blir data transkribert og samlet slik at jeg ved gjennomføringen av andre intervju kan få utfyllende data. Ved eventuelt behov for ytterligere informasjon vil jeg invitere til individuelle intervju. Hensikten med å velge fokusgruppeintervju er å invitere til diskusjon rundt sentrale temaer innen feltet. Intervjuperioden blir i overgangen august/september til utgangen av oktober 2016.

Det er et lite gjennomsliktig miljø ved de to avdelingene med relativt få ansatte. Jeg vil ta direkte kontakt med miljøterapeuter som har lang erfaring med å jobbe med pasientgruppen. Jeg vil vektlegge at de som blir forspurt kan takke nei, og at det ikke følger noen forventninger til å måtte delta. Jeg vil være bevisst at det kan være ubehagelig å takke nei siden studien skal foregå på egen arbeidsplass og av en kollega. Derfor vil jeg understreke at deltagelsen skal oppleves som frivillig. Det er viktig at jeg skiller tydelig på mine to roller, som student og miljøterapeut og er bevisst min forforståelse. I den anledning har jeg invitert Gry Bruland Vråle til å delta som en nøytral assisterende moderator. Hun har jobbet ved Modum Bad for noen år siden og kjenner institusjonen.

Med vennlig hilsen Gerd-Ellen Øverby

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid sammen med pasienter som har en kompleks dissosiativ lidelse"

Bakgrunn og formål

Det er forsket lite på miljøterapeuters holdninger og konkrete arbeid med stabilisering i forhold til pasienter med komplekse dissosiative lidelser. For å finne mer ut av dette er dine erfaringer viktige.

Formålet med studien er å få beskrevet miljøterapeuters erfaringer til temaet og hvilke opplevelser og tanker de har i den forbindelse, gjennom døgnet. Studien er en del av en masteroppgave i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Dette er en invitasjon til deg om å delta for å belyse temaet.

Deltagere blir forespurt muntlig og skriftlig, ved "strategisk utvelgelse". De er blant miljøpersonalet som arbeider med pasientgruppen på dagtid og i fellesavdelingen (kveld, natt og helg) ved Modum Bad.

Hva innebærer deltakelse i studien?

For å undersøke det som er nevnt over inviteres du med dette til to fokusgruppeintervju av ca. 1 1/2 timers varighet. Tidsspennet mellom fokusgruppeintervjuene blir ca. en måned. Hensikten ved to fokusgruppeintervju er å kunne utdype ytterligere enkelte tema i det andre intervjuet av det som ikke kom tilstrekkelig frem i det første. Gruppen vil bestå av ca. seks miljøpersonale fra dag og felles avdeling, hvor aktuelle temaer vil bli drøftet. Ved behov for ytterligere informasjon vil jeg invitere til individuelle intervju.

Spørsmål vil dreie seg om konkrete stabiliseringstiltak, hva som vektlegges av faktorer og hvilke holdninger som er viktige i forhold til pasientgruppen. Det vil ikke komme spørsmål av personlig karakter. Jeg vil være moderator for fokusgruppeintervjuene og lede gjennomføringen av intervjuene. Det er viktig at jeg skiller tydelig på mine to roller, som student og miljøterapeut og er bevisst min forforståelse. Jeg har derfor valgt å ha med en nøytral assisterende moderator, Gry Bruland Vråle. Hun kan komme med tilleggsspørsmål og skal ha fokus på den etiske ivaretagelsen av deltagerne. Intervjuene vil finne sted på Modum Bad. Nærmere tid og sted vil bli avtalt på et senere tidspunkt. Hvis det i etterkant er behov for mer informasjon fra enkelte deltakere vil studenten invitere til dybdeintervju.

Hva skjer med informasjonen du har gitt?

For å ta vare på data blir det brukt lydopptaker. Data blir lagret på en sikker server på Modum Bad, hvor kun jeg, forskningsleder og eventuelt en databehandler har tilgang. Lydopptak og

lydfiler slettes etter transkripsjon. Utvalget blir aidentifisert ved transkripsjon, navn blir referert til som nummer. Denne koblingen blir skrevet i en kodebok, som låses ned i en safe som står på Forskningsinstituttet. Utvalget er anonymisert i det endelige produkt og i en eventuelt senere publikasjon. Dette innebærer at indirekte personidentifiserende opplysninger (som sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som for eksempel: yrke, alder og kjønn) fjernes eller endres. Opplysninger, ord, uttrykk og dialekt som kan kobles til informanter skal slettes eller aidentifiseres. Det er kun jeg, veileder, en eventuell databehandler og leder av Forskningsinstituttet som har tilgang til de innsamlede data. Rådata vil bli slettet senest 31.12.17. Jeg forbeholder seg retten til å benytte dataresultatet til en eventuell artikkel på et senere tidspunkt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Hvis du ønsker å delta har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på deg. Du har rett til å korrigere eventuelle feil som er registrert. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Data som gjelder deg vil bli slettet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Student: Gerd-Ellen Øverby, epost: GerdEllen.Overby@modum-bad.no , tlf:48036656

Veileder: Rolf Sundet, epost: Rolf.Sundet@hbv.no, tlf: 31008832, 91706211

Hvis du velger å være med i fokusgruppeintervjuene, skriver du under på samtykkeerklæringen og returnerer den til undertegnede personlig eller ved internpost.

Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Personvernombud ved Modum Bad.

Høgskolen i Sørøst-Norge er databehandlingsansvarlig for studien.

Med vennlig hilsen
Gerd-Ellen Øverby
Jellumveien
3340 ÅMOT

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon skriftlig og muntlig om studien, og er villig til å delta
Jeg samtykker til at innsamlede data kan publiseres i et fagtidsskrift.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om forskningsprosjektet.

(Signert av prosjektmedarbeider, dato)

Vedlegg 4: Intervjuguide, pilotintervju

PILOTINTERVJU Sted: Senatet

Forsknings tema 1, stabiliseringsarbeid:

Hvordan arbeider du med stabilisering?

Hva legger du i begrepet stabiliseringsarbeid?

Hvilke erfaringer vektlegger du i stabiliseringsarbeidet og har du noen verktøy?

Kan du beskrive erfaringer du har fra situasjoner der pasienter dissosierer og hvordan du intervensjonerer?

Hva opplever du kan fremme pasientens evne til å være mer tilstede i nåtid?

Hva har du av erfaring knyttet til pasienters mestringsstrategier?

Hvilke erfaringer har du med å trygge pasienten til å være mest mulig innenfor toleransevinduet?

Forsknings tema 2, miljøterapeut rollen:

Hva tenker du ligger i miljøterapeutrollen?

Hvilke erfaringer vektlegger du i din rolle som miljøterapeut til pasientgruppen?

Har du noen opplevelser knyttet til din væremåte i forhold til pasientgruppen?

Hvis du skulle veilede en nyansatt medarbeider i stabiliseringsarbeid hva ville du vektlagt (verdier og holdninger)?

Vedlegg 5: Intervjuguide 1, fokusgruppeintervju

FOKUSGRUPPEINTERVJU NR. 1, 29.08.16. Sted: Senatet

Kl. 14.15 – inntil kl. 16.30

Kl. 14.15 Innledning

- Velkommen og presentasjonsrunde
- Kort info om intervjuet, moderator og assisterende moderators rolle, lydopptaker, behov for pause.

Kl. 14.30 Start intervju.

INTERVJUGUIDE:

Problemstilling: Hvilke erfaringer har miljøterapeuter med stabilisering i relasjon til pasienter som har en kompleks dissosiativ lidelse?

Forskningstema 1, stabiliseringsarbeid:

- 1) Hva legger dere i begrepet stabiliseringsarbeid?
- 2) Hvilke faktorer vektlegger dere i stabiliseringsarbeid og har dere noen verktøy?
- 3) Hvilke erfaringer har dere med å trygge pasienten til å være mest mulig innenfor toleransevinduet, gjerne konkrete situasjoner?

Forskningstema 2, miljøterapeutrollen:

- 1) Hva tenker dere ligger i miljøterapeutrollen?
- 2) Har du noen opplevelser knyttet til din væremåte i forhold til pasientgruppen?

Kl. 16.00 Avslutt intervju

Avrunde

Vedlegg 6: Intervjuguide 2, fokusgruppeintervju

FOKUSGRUPPEINTERVJU NR. 2, 31.10.16. Sted: K-2000

Kl. 14.30 – inntil kl. 15.45

Kl. 14.30 Innledning

Velkommen

Formål med intervjuet: gyldiggjøre foreløpige funn og få mer utfyllende erfaringer. Som det fremgår av intervjuguiden er det noen områder som jeg ønsker mer utdypende erfaringer på, disse er det veldig fint å få eksemplifisert.

Kort info om intervjuet, moderator og assisterende moderators rolle, lydopptaker, behov for pause.

Kl. 14.45 Start intervju

Intervjuguide:

Problemstilling: Hvilke erfaringer har miljøterapeuter med stabilisering i relasjon til pasienter som har en kompleks dissosiativ lidelse?

- 1) Toleransevinduet ble tematisert i forrige samling. Kan dere utdype mer hvilke formål toleransevinduet har i behandlingsprosessen og hva er pasientens ansvar i denne sammenhengen, fint med eksempler på ansvar?
- 2) Trygghet ble nevnt som en viktig faktor for å kunne jobbe med stabilisering i forrige samling. Har dere eksempler på situasjoner der trygghet har vært av betydning.
- 3) Det ble nevnt i forrige fokusgruppe at pasienten som er i en dissosiativ tilstand kan kommunisere med miljøterapeuten ved å bruke tegn, f.eks. løfte på en finger. Kan dere dele noen praktiske erfaringer, som kan utdype hensikten med å bruke tegn.
- 4) Det ble i forrige møte nevnt at dobbel oppmerksomhet på her og nå ble anvendt på dagtid. Kan dere beskrive hva det innebærer? Bruk gjerne eksempler på hvordan det blir brukt.
- 5) Det ble nevnt forrige gang vi var sammen at pasienten ble oppfordret til å øve på ferdigheter, kan dere beskrive noen konkrete?

Kl. 15.45 Avslutt intervju

Rolf Sundet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge

Papirbredden - Drammen

3045 DRAMMEN

Vår dato: 06.07.2016

Vår ref: 48911 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.06.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48911	<i>Miljøterapeutisk stabiliseringsarbeid i relasjon til pasienter med en kompleks dissosiativ lidelse</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Rolf Sundet</i>
Student	<i>Gerd-Ellen Øverby</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2019, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

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



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48911

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er i utgangspunktet godt utformet, men dato for anonymisering må rettes til 20.06.2019, jf. meldeskjema.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet.

Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personopplysninger om pasienter/brukere, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

En transkriberingsassistent vil kunne være databehandler for prosjektet. Høgskolen i Sørøst-Norge skal inngå skriftlig avtale med transkriberingsassistent om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

Forventet prosjektslutt er 20.06.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler (transkriberingsassistent) må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer.