

En kvalitativ studie

”Jeg er i verden på nytt”

Fra passiv tilpasning til egen lidelse, til aktiv deltakelse i eget liv.

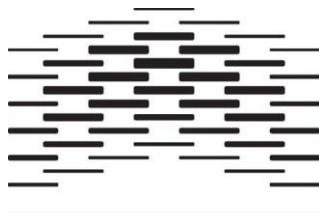
av Lise Berglund

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

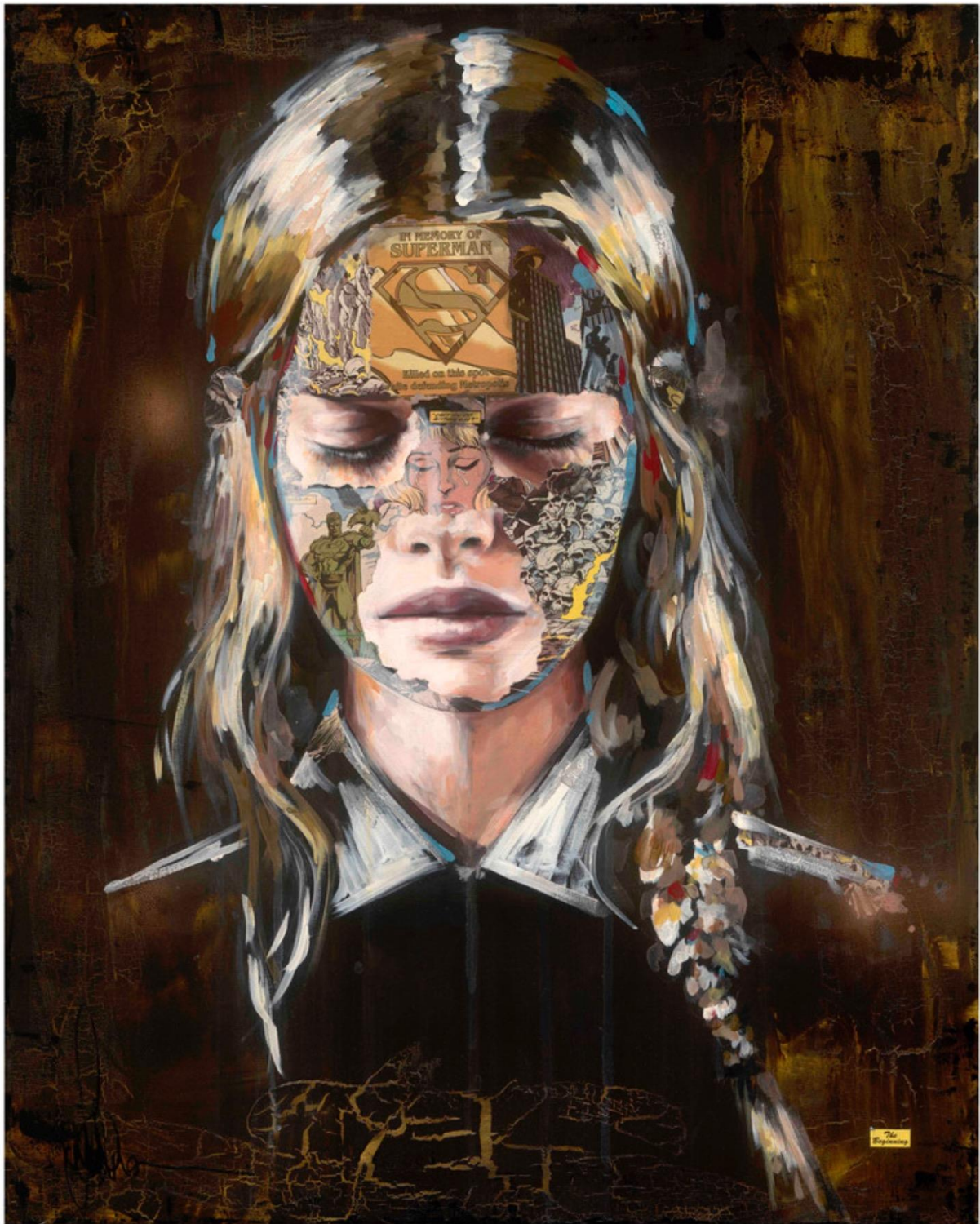
Fakultet for helsefag,

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

September 2017



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS



Figur 1. Cage: The Beginning (Urban Art Sandra Chevrier). Hentet fra graffitiprints.com. Gjengitt med tillatelse.

En fortelling om huslyd.

Mitt hus har så mange rom,
flere mellom-værelser
og en stor kjeller.
Mitt hus rommer mange lyder,
fra det tilsynelatende normale, så panikk
og til den tankeløse tåka på dagen.

Et rom søker interesse,
ett annet forståelse og empati,
for i mitt hus er det så mange rom.

Rommet som søker interesse
ønsker å rive ned veggen
til rommet som søker empati,
for interesse vil ha større plass.

Rommet som søker forståelse
ønsker seg en vatermaskin,
slik at mitt hus skal kunne stå stødig
selv når rom blir omorganisert.

Mitt hus mangler noen farger
i enkelte rom.
Rød kjole,
røde hjerter,
rødt dukkehus
og blå papirseddel med tallet 10 på.

Lydene er sterke i mitt hus
og kjelleren er veldig mørk.
Men av og til blir kjelleren opplyst
av et annet hus i gata.
Slik blir det lyst nok
til å rydde ned bilder av skyldfolk fra veggene,
bilder som ikke lenger skal ta plass.
For mitt hus ønsker seg åpenhet
og ingen hemmelige rom.

anonym, 2014.

SAMMENDRAG

Denne oppgaven er skrevet i forbindelse med min master i psykisk helsearbeid, Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid. Det er en kvalitativ studie med et utforskende design. Datamaterialet er samlet inn ved hjelp av et halvstrukturert dybdeintervju og det er 6 informanter med i undersøkelsen. Systematisk tekstkondensering (STC) er ansett å være et redskap som egner seg for tverrgående analyse og utvikling av beskrivelser relatert til menneskelige erfaringer (Nilsen, 2015). I tråd med en fenomenologisk tilnærming, anser jeg erfaringsbasert kunnskap som en levende kunnskap slik kunnskapen ser ut for den som lever det livet jeg ønsker å utforske. Oppgavens problemstilling er følgende:

Hvordan opplever pasienter med komplekse traumeerfaringer det miljøterapeutiske perspektivet ved en 5-døgnsenhet?

Stortingsmelding 15 (2012-2013), ”Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner”, skriver at helsearbeidere som er i direkte kontakt med traumeutsatte, må ha tilstrekkelig kunnskap for å kunne gi god og målrettet helsehjelp. Den faseorienterte behandlingsmodellen er anbefalt i mye av traumelitteraturen. Det finnes lite systematisk forskning på erfaringsbasert kunnskap og det er motstridende meninger om denne type behandling blant profesjonsutøvere. Sosial- og helsedirektoratet (2006) fremmer at ett overordnet mål innen psykisk helsearbeid er brukermedvirkning.

Studien viser kort oppsummert at informantene vektlegger trygghet som avgjørende for tilknytning og ferdighetstrening som nøkkel til følelsesregulering. Informantene støtter den faseorienterte behandlingsmodellen i en psykodynamisk miljøterapi.

Forfatter: Lise Berglund
Tittel: ”Jeg er i verden på nytt”-fra passiv tilpasning til egen lidelse, til aktiv deltakelse i eget liv.
Veileder: Hanne-Sofie Johnsen Dahl
Biveileder: Liv Nilsen

FORORD

Siden 2008 har jeg viet mye faglig oppmerksomhet til traumefeltet. Kompetanseutviklingen er basert på kunnskap gjennom utdanning og erfaringer fra klinisk praksis. I 2015 leverte jeg min kliniske spesialisering i psykisk helsearbeid, hvor jeg hadde fokus på hvordan psykisk helsearbeider kan bidra til økt affektregulering for mennesker med tilknytningstraumer. Fra 2012 til 2017 arbeidet jeg også klinisk ved en døgnenhet som er spesialisert i behandling av psykiske lidelser som følge av komplekse traumeerfaringer. Min kunnskapssøken i traumefeltet har stadig ført til nye spørsmål. Det er medvirkende til at jeg i dette studiet ønsker å utforske pasienter med komplekse traumers opplevelser og erfaringer med den helsehjelpen de har mottatt.

Aller først vil jeg begynne med å få takke hver og en av informantene som har deltatt i denne undersøkelsen. Takke for ærlige møtepunkter, viktige bidrag og levd visdom.

Takk til

Liv Nilsen

Randi Hojem Røthe og Per Hojem

Arne Blindheim, Lars Weisæth, Ellen Jepsen, Ellert Nijenhuis

Takk til varme kollegaer, familie og venner

Hanne-Sofie Johannesen Dahl

Alle landets engasjerte bibliotekarer

Det er mange som skal takkes i denne kunnskapssøken. Jeg hadde ikke klart meg uten noen av dere, så takk!

Lise Berglund
Høgskolen i Oslo og Akershus,
September 2017

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	8
1.1 Traume	9
1.1.1 Komplekse traumer.....	10
1.2 Kunnskapsinteresse	11
1.3 Traumeomfang	11
1.4 Formål og problemstilling	13
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER	14
2.1 Tilknytningsteori	15
2.2 Miljøterapi	15
2.2.2 Psykodynamisk miljøterapi	16
2.2.3 Projeksjon og splitting	16
2.3 Tilknytningsmønstre	17
2.3.1 Kjerneselvev	18
2.3.2 Teorier om strukturell dissosiasjon av personligheten (TSD)	19
2.3.3 Relasjonsforståelse	21
2.4 Den faseorienterte behandlingsmodellen	22
2.4.1 Trygghets sirkel-modellen	23
2.4.2 Toleranse vindu-modellen	24
2.4.3 Den indre veggen - å overkomme frykten for kontakt med personalet	24
2.4.4 Psykoedukasjon - å overkomme frykten for det mentale innholdet vedrørende traumet	25
2.4.5 Ferdighetstrening - å overkomme frykten for avspaltede affekter.....	26
3.0 BESKRIVELSE AV PRAKSIS	27
3.1 Presentasjon av 5-døgnsenheten	27
3.1.1 Planlagte innleggelse i serier (PLIS)	29
3.1.2 Avlastningsopphold	29
3.2 Et godt sted å være – et godt sted å lære	30
4.0 METODE	31
4.1 Design	31
4.2 Vitenskapelig fenomenologi	31
4.3 Utvalgsstrategi	32
4.3.1 Rekruttering	34
4.3.2 Utvalget	35
4.4 Innsamling av data	36
4.4.1 Intervjuguide.....	36
4.4.2 Individuelle intervjuer	37
4.5 Transkripsjon	38
4.6 Analyse og tolkning	39
4.6.1 Helhetsinntrykk – fra rådata til temaer	39
4.6.2 Identifisere og sortere meningsbærende enheter – fra temaer til koder	40
4.6.3 Kondensering – fra koder til mening	41
4.6.4 Sammenfatning – fra koden til beskrivelser og konsepter	42
4.7 Etikk	42
4.7.1 Forskers rolle	43
5.0 RESULTATER	44
5.1 Trygghet	44
5.1.1 Rammer	45
5.1.2 Betydningen av personalets tilstedeværelse	46
5.2 Relasjoner	47

5.2.1 Å bli sett og møtt	48
5.2.2 Opplevde at jeg ble tålt	49
5.3 Følelser	50
5.4 Traumeforståelse.....	52
5.4.1 Undervisning	53
5.4.2 Konkrete verktøy	54
5.4.3 Håndtering	56
6.0 HVORDAN OPPLEVDE PASIENTENE BEHANDLINGSTILBUDET?.....	57
6.1 ”Det viktigste for meg var at jeg følte meg trygg”	58
6.2 Relasjoner og følelser	59
6.3 Kompetanse	60
6.3 Oppsummering.....	62
6.0 VEIEN VIDERE.....	63

1.0 INNLEDNING

Stortingsmelding 15 (2012-2013), ”Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner”, skriver at helsearbeidere som er i direkte kontakt med traumeutsatte, må ha tilstrekkelig kunnskap for å kunne gi god og målrettet helsehjelp. Helsehjelp er i pasient- og brukerrettighetsloven (§ 1-3 bokstav c) definert ”som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsevarende, rehabiliterende eller pleie- omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell” (Bahus, 2012). Helsepersonell er en ”fellesbetegnelse på personer som har fått autorisasjon etter å ha gjennomgått lov- eller forskriftsbestemte helsefaglig utdanning” (Braut, 2006). Denne oppgaven er skrevet i forbindelse med min master i psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er et offentlig tilbud for mennesker med psykiske lidelser. Sosial- og Helsedirektoratet fremmer at målsettingen med klinisk praksis skal bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Arbeidet skal også motvirke diskriminering og negativ stempling av mennesker med psykiske lidelser (Larsen, Nordal, Aasheim, 2006). Jeg er meget kjent med at det finnes flere behandlingstilnærminger for helsearbeidere som er i direkte kontakt med traumeutsatte, men denne oppgaven vil imidlertid ha sitt hovedfokus på det miljøterapeutiske behandlingstilbudet.

Miljøterapi kan betraktes som en jeg-styrkende psykoterapi som har sin hensikt i å skape størst mulig grad av trygghet og forutsigbarhet. Det er en behandlingsform som legger vekt på de terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og igangsettes i det miljøet pasienten befinner seg i (Egidius, 2005, s. 325).

Ettersom denne studien vil handle om behandling av alvorlig traumatiserte individer, vil jeg i kapittel 1 begynne med å beskrive begrepet traume. Deretter vil jeg redegjøre for hensikten med undersøkelsen, før oppgavens problemstilling legges frem. Eksisterende kunnskaper på området vil bli presentert fortløpende gjennom dette kapittelet. I kapittel 2 introduseres en faglig referanseramme for oppgavens problemstilling. I kapittel 3 presenteres enheten der pasientene i studien var innlagt. Deretter vil jeg i kapittel 4 introdusere metoden som ble brukt i undersøkelsen og beskrive analyseprosessen som førte meg frem til resultatene. Resultatdelen blir presentert i kapittel 5 og datamaterialet er illustrert med kondenserte sitater som jeg mener er beskrivende for pasientenes opplevelser. Videre vil jeg i kapittel 6 drøfte

resultatene i sammenheng med teorien som er fremlagt, før jeg avslutningsvis gir en kort oppsummering.

1.1 Traume

Ingen andre psykologiske fenomener enn traumer har satt større søkelys på sammenhengen mellom ytre påkjenninger og utviklingen av psykiske lidelser (Anstorp & Benum, 2014). I Verdens helseorganisasjons diagnosesystem International classification of diseases (ICD-10) (Statens helsetilsyn & World Health Organization, 1999), under kriteriene for posttraumatisk stresslidelse (PTSD), defineres en traumatisk opplevelse som ”en stressende hendelse eller situasjon (av enten kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, og som sannsynligvis ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste” (s. 146). Som det her kommer frem er det per i dag vanlig å vektlegge den ytre objektive stressbelastningen i definisjonen av en potensielt traumatiserende hendelse. Potensielt fordi ikke alle, men det store flertall, vil reagere med sterke stressreaksjoner på denne type hendelser (Weisæth, 2016). Det er slike sterke stressreaksjoner som igjen vil kunne skape psykologiske traumer (Anstorp & Benum, 2014).

Psykologiske traumer defineres blant annet som ”*en hendelse eller vedvarende betingelse som overvelder personens kapasitet til å integrere den emosjonelle opplevelsen, og som oppleves som en trussel mot eget, eller nære andres, liv eller kroppslige integritet*” (Nordanger & Braarud, 2017, s. 18). I denne beskrivelsen er den traumatiserende hendelsen mer integrert med individet. Fra dette perspektivet tas det utgangspunkt i at uutholdelige hendelser skaper sterke stressreaksjoner som overvelder sentralnervesystemet. Dette innebærer at stressreaksjonene som følger med en traumatisk hendelse ikke er blitt stabilisert (Anstorp & Benum, 2014). Da klarer ikke den det gjelder å bearbeide erfaringen, eller for å sitere ovennevnte sitat, *integrere* det som skjer. På den måten utvikles traumereaksjoner som symptomer eller smerteuttrykk på ikke-integrerte hendelser. Det er disse reaksjonene i en traumatisk hendelse, som kan føre til utvikling av en traumelidelse (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006). Litt forenklet betyr det at kroppen vil fortsette å varsle fare, selv etter at man er kommet seg i sikkerhet og situasjonen er trygg. Noen individer kan oppleve alvorlige *enkeltraumer* som kan avgrenses i tid og sted, som eksempelvis krigsopplevelser, tortur, voldskriminalitet som overfall og voldtekt, naturkatastrofer, ulykker, operasjoner og andre

voldsomme hendelser. Slike minner er ofte svært intense og reaksjonene vil kunne spille seg ut som gjenopplevelser, mareritt, ubehagelige følelser eller kroppsforfølelser, overaktsomhet, skvettenhet, følelsesmessig nummenhet, samt unngåelse av steder og situasjoner som kan minne om traumat. Slike reaksjoner identifiseres i ICD-10 som symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Weisæth (1993) sier at det avgjørende for utvikling av traumelidelse hos et individ vil være forholdet mellom hendelsens art og grad, samt individets subjektive tolkning og motstandskraft.

1.1.1 Komplekse traumer

Traumer som repeteres over tid, kombinert med manglende reguleringsstøtte i oppveksten, refereres ofte til som komplekse traumer (Courtois & Ford, 2009; Herman, 1995). Noen anvender også begrepet tidlige relasjonstraumer, der hvor tilknytningspersonen ikke evner å gi små barn trygghet, forutsigbarhet og trøst (Anstorp et al., 2006; Nijenhuis, 2015; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

De siste årene har det kommet en økende mengde kunnskap som avdekker de alvorlige konsekvensene dårlig oppvekstvilkår kan ha for barn. Flere internasjonale studier viser en klar sammenheng mellom traumeerfaringer i barndommen, tidlig stress, og omfattende både psykiske og fysiske vansker senere i livet (Appel & Holden, 1998; Felitti et al., 1998; Kaufman, Plotsky, Nemeroff & Charney, 2000). Gjennom nevrofysiologisk forskning har det også kommet ny kunnskap om psykisk helse generelt og om traumefeltet spesielt (Ford, Courtois, Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005; Fosse, Moskowitz, Shannon & Mulholland, under utgivelse; MacLean, 1985; van der Kolk, McFarlane & Weisæth, 1996). Funnene viser blant annet at konsekvensene av gjentagende og alvorlige stressbelastninger tidlig i livet ser ut til å påvirke hjernen og skape et dysregulert nervesystem.

Kort oppsummert knytter begrepet *komplekse traumer* seg først og fremst til ulike former for vold, overgrep og forsømmelse av barn, som hindrer utvikling av den mentale kapasitet som er nødvendig for å mestre stress og regulere affekter på en hensiktsmessig måte (Anstorp & Benum, 2014; Anstorp et al., 2006; Courtois, 2008; Hagen, Silva & Thelle, 2016; Herman, 1995, 2001). Dette skaper store reguleringsproblemer i forhold til relasjoner, egen kropp, tanker, følelser og atferd (Nordanger & Braarud, 2017). Det argumenteres for at komplekse

traumer gir en økt emosjonell reaktivitet på dagligdagse hendelser, som kan vare inn i voksen alder (Waade, Hagen & Fosse, 2013).

1.2 Kunnskapsinteresse

Bath (2017) hevder at det i dag finnes mye god evidensbasert forskning på at alvorlige belastninger over tid påvirker hjernens utvikling og organisering, men at det finnes mindre forskning på effekten av traumbasert terapeutiske metoder og teknikker. Borge, Martinsen, Hoffart og Larsen (2003) hevder at miljøterapi er den mest ressurskrevende terapiformen ved institusjonsbehandling og likevel den minst dokumenterte. Enheten jeg før arbeidet ved, støtter seg til en faseorientert behandlingsmodell som er anbefalt i mye av traumelitteraturen (Anstorp & Benum, 2014; Anstorp et al., 2006; Brand & Loewenstein, 2014; International Society for the Study of and Dissociation, 2011; Nijenhuis, 2015; van der Hart et al., 2006). Det er imidlertid motstridende meninger om denne type behandling (Dalenberg et al., 2014; Lesley & Varvin, 2016). Lesley & Varvin (2016) argumenterer blant annet for at den faseorienterte behandlingsmodellen både er mekanisk og bestående av forutinntatte holdninger. Videre hevder de at tenkningen har et systemisk syn på mennesket som er forenkende og kan være direkte skadelig. Forskning viser imidlertid at den faseorienterte modellen bidrar til å forbedre et bredt spekter av pasientens symptomer og funksjon, redusere forekomster av sykehusinnleggelse, samt kostnader for behandling (Brand & Loewenstein, 2014). Hva som blir ansett å være tilstrekkelig kunnskap i møte med traumeutsatte er gjenstand for vedvarende debatt blant profesjonsutøvere. Sosial- og helsedirektoratet fremmer at et overordnet mål innen psykisk helse-arbeid er brukermedvirkning (Larsen, Nordal, Aasheim, 2006). Hvordan pasienter med komplekse traumeerfaringer selv opplever den faseorienterte behandlingsmodellen vil derfor være et viktig perspektiv.

1.3 Traumeomfang

Verdens helseorganisasjon argumenterer for at vold og overgrep er så vanlig at det kan betegnes som et folkehelseproblem (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). Forekomststudier bekrefter det høye omfanget av vold i nære relasjoner også i Norge (Thoresen & Hjemdal, 2014). Funnene kan på den ene side fremme empati og politisk handling, men på en annen side kan dette også føre til en alminneliggjøring av vold, overgrep og forsømmelse av barn. I ytterste konsekvens kan dette medføre en økt forekomst (Raundalen, 2008). I dag er det imidlertid både forskning, klinisk erfaring, bilder og videoer

med overgrepsmateriale som gjør det svært vanskelig å benekte omfanget av seksuelle overgrep, mishandling og omsorgssvikt (Dalenberg et al., 2014; Blindheim & Straume, 2016). Flere studier viser til at slike erfaringer har sterk korrelasjon med både psykisk og fysisk helse (Felitti et al., 1998). Det er også et kjent fenomen at vold og overgrep kan ha en generasjonsovergripende effekt, hvor krenkede foreldre repeterer sine oppvekstbetingelser ovenfor egne barn (Kirkengen & Næss, 2015). Rasmussen, Vennemo, Sverdrup og Strøm (2012) hevder at vold i nære relasjoner koster det norske samfunn mellom 4 til 6 milliarder årlig. Dette tydeliggjør hvor viktig det er med forebyggende arbeid og her vil pasientenes erfaringer utgjøre en viktig stemme.

Fosse og Dersyd (2007) har undersøkt traumeomfanget blant pasienter som ble behandlet ved et DPS på Østlandet. Forskerne hevder at undersøkelsen er relevant for spesialisthelsetjenesten i Norge generelt. Tallene spriker, men forskerne forsvarer at omfanget av enten seksuelt eller fysisk overgrep i barndommen lå på 26-47 % av alle pasientene, uavhengig av diagnose. Videre hevder forskerne at 32-48% av pasientene kan ha hatt PTSD. Studiene inkluderer ikke traumatisering i voksen alder eller psykiske former for traumatisering. Det kan derfor være grunnlag for å anta at omfanget av posttraumatiske lidelser kan være større. Andre studier viser at opptil 40% av pasienter som har opplevd overgrep i barne- og ungdoms år, strever med en dissosiativ lidelse (Jepsen, Svagaard, Thelle, McCullough & Martinsen, 2009). Ytterligere studier viser at opptil 50% av pasienter med psykoselidelser rapporterer om overgrep i barne- og ungdomsår (Morgan & Fisher, 2006). Tallrike studier viser også en sterk korrelasjon mellom barndomstraumer og utvikling av personlighetsproblematikk, særlig emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Brown & Anderson, 1991; Herman, 2001; McGowan, King, Frankenburg, Fitzmaurice & Zanarini, 2012). I forlengelsen av dette er det også forskning som antyder at emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og PTSD er nært beslektet (Gunderson JG & Sabo, 1993), og andre studier viser til at 50% av individer diagnostisert med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse rapporterer stemmehøring (Pearse, Dibben, Ziauddeen, Denman & McKenna, 2014). Det er derfor nødvendig å ha grundig kjennskap til forskjeller i symptomatologi mellom tilstandene for å gi best mulig behandling, og ikke basere diagnoser på omfanget av individets eventuelle traumatiske opplevelser (Nordanger, Braarud, Albæk & Johansen, 2011). Berg og Bækkerund (2014) har beskrevet hvordan man kan forvente at

viktige symptomer kommer til uttrykk i de forskjellige tilstandene. Disse har jeg samlet i en enkel oversiktstabell som ligger som vedlegg 1, *Overlappende symptomer ved traumelidelser*.

Jepsen (2014) gjorde i sin doktoravhandling en evaluering av ulike behandlingstiltak som et ledd i å tilrettelegge for helsehjelp ved komplekse traumer. Funnene viser at det er viktig å kartlegge pasienter med komplekse traumeerfaringer for dissosiasjon før oppstart av behandling, fordi dissosiasjon viser seg å ha stor negativ innvirkning på bedring. Den faseorienterte modellen er en behandlingsform som blir ansett å være rettet spesifikt mot dissosiasjon i traumer (Brand & Loewenstein, 2014; Coons & Bowman, 2001; Nijenhuis, 2015; van der Hart et al., 2006). Begrepet dissosiasjon defineres i denne undersøkelsen som en forstyrrelse av den normale integrasjonen av bevissthet, hukommelse, identitet, følelser, sansning, motorisk kontroll og atferd (DSM-5, 2013, s. 291).

Helsedirektoratet (Larsen et al., 2006) understreker at forskning på psykisk helsefelt må ha en høyere grad av brukerfokus, gjennom blant annet dokumentasjon av brukernes erfaringer. 5-døgnsenheten, som jeg tidligere har arbeidet ved, støtter seg til den faseorienterte behandlingsmodellen, men også her mangler det systematisk forskning av pasientenes erfaringer. Det er derfor svært aktuelt å undersøke pasientenes opplevelse av den behandlingen de har mottatt. En slik innsikt vil kunne gi viktig kunnskap om hva som bør vektlegges i møte med pasienter som strever som følge av komplekse traumeerfaringer.

1.4 Formål og problemstilling

I denne undersøkelsen ønsker jeg å utforske pasientens opplevelse av behandlingstilbudet ved en 5-døgnsenhet som tilbyr en faseorientert behandling. Litteraturgjennomgangen viser at det per i dag mangler empirisk forskning på erfaringer med traumebehandling generelt og den faseorienterte behandlingsmodellen spesielt. 29.08.17, gjorde jeg et ekstra databasesøk i PsycINFO, med variasjoner av "phase treatment" som måtte forekomme sammen med trauma OG miljøterapi, som ga 0 treff (Vedlegg 2: PICO skjema; tabell 1 & 2). Stige med kollegaer (2013) bekrefter at det er begrenset med forskning knyttet til hva individer med komplekse traumeerfaringer selv opplever som virksomt for bedring. Det er derfor av stor interesse å få mer kunnskap om pasientenes erfaringer med traumebehandlingen i en 5-døgnsenhet som har implementert den faseorienterte tenkningen. Målet er å forstå mer av pasientenes erfaringer, opplevde fordeler og utfordringer ved enhetens etablerte behandlingsmodell. Hva opplever

pasienter med komplekse traumer å trenge hjelp til og hva erfarer de at de blir tilbudt? Ny kunnskap vil kunne bidra til å implementere pasientens perspektiv og på den måten utvikle en helhetlig behandlingsmodell i en kunnskapsbasert praksis (Bjørk & Solhaug, 2008).

På bakgrunn av ovennevnte ble problemstillingen følgende: *Hvordan opplever pasienter med komplekse traumeerfaringer 5-døgnsenhetens miljøterapeutiske behandlingstilbud?*

I neste kapittel vil jeg med bakgrunn i oppgavens problemstilling presentere en teoretisk referanseramme for miljøterapi og for moderne tilknytningspraksis i møte med traumeutsatte. Jeg vil også presentere den faseorienterte modellen. Dette for å kunne tolke pasientenes tilbakemeldinger opp i mot disse teoretiske perspektivene.

2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

Det finnes ingen enkle forklaringsmodeller på psykiske lidelser. Imidlertid finnes det ulike risiko- og årsaksfaktorer, både sosiale, psykologiske og biologiske (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). ICD-10 beskriver spesifikke personlighetsforstyrrelser som *alvorlige forstyrrelser i personlighet og atferdsmønster hos et menneske*. Forstyrrelsene vil som oftest ikke være utløst av sykdom eller skade i hjernen, men heller som følge av store personlige og sosiale vanskeligheter (Statens helsetilsyn & World Health Organization, 1999). Som beskrevet innledningsvis, er det i dag nokså velkjent at de aller fleste mennesker med personlighetsproblematikk, særlig emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, har vært utsatt for omfattende traumatiske opplevelser i oppveksten. Ettersom denne undersøkelsen søker å utforske pasientens erfaringer og opplevelser fra det miljøterapeutiske behandlingstilbudet, vil begrepet miljøterapi bli belyst i dette kapittelet. På bakgrunn av at enheten som informantene i undersøkelsen har vært innlagt ved, har etablert en moderne tilknytningsrelatert praksis, vil det være naturlig at jeg presenterer noe av det rådende kunnskapsgrunnlaget som er eksisterende på området per i dag. Avslutningsvis vil den faseorienterte behandlingsmodellen bli presentert.

2.1 Tilknytningsteori

Tilknytningsteorien oppsto i kjølvannet av andre verdenskrig, med alle dens oppbrudd, adskillelser og evakuerte barn. Holdningen var at det ikke var noen spesiell betydning hvem som passet barnet, da det viktigste med barnets utvikling var fysisk pleie, renslighet og god oppførsel. De følelsesmessige båndene til omsorgspersonen ble ikke ansett som spesielt viktig (Hart & Schwartz, 2008). Moderne tilknytningsteori har sitt utgangspunkt i pionerarbeidet til psykoanalytikeren Bowlby (1907-1990), som var den første som systematisk brukte begrepet tilknytning (Nijenhuis, 2015). Det er flere anerkjente teoretikere som har bidratt til utviklingen av tilknytningsteorien som eksempelvis Winnicott (1896-1971), Stern (1934-), Schore (1943-) og Fonagy (1952-). Det overordnede fellestrekket til teoretikerne, er deres beskrivelser av barnets tidlige relasjoner, og hvordan de betrakter prosessen hvor barnet blir forbundet med omsorgspersonen som avgjørende for barnets psykologiske utvikling. Det er med andre ord prosessen som fører til dannelsen av personligheten det er snakk om (Hart & Schwartz, 2009).

2.2 Miljøterapi

Miljøterapi er en viktig del av det psykoterapeutiske behandlingstilbudet ved en døgnenhet (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Larsen (2015) sier at miljøterapi er todelt, da det handler om organisering og å legge til rette, mens terapidelen handler om forandring og utvikling. Vatne (2012) hevder at det er i spennet mellom fokuset på et stabilt og forutsigbart system og relasjonelle tilnæringsformer at et terapeutisk miljø utvikles (s. 31). Systemet vil i denne undersøkelsen representere 5-døgnsenhetens organisering, som vil bli beskrevet nærmere i kapittel 3. Det handler om å utnytte de mulighetene som ligger i daglig samvær, rutiner og aktiviteter (Ahlin, 1974). Vatne (2012) angir at dersom miljøarbeidere skal kunne utøve vekstfremmende relasjonsarbeid, er en viss grad av struktur og trygghet nødvendig. Målet for behandlingen er personlig vekst gjennom helende mellommenneskelig læring. Vekstfremmende relasjonsarbeid skal bidra til at pasienten får en større forståelse av sine symptomer (Strømstad, Torbjørnsen & Aasland, 2016).

Det finnes i dag en rekke ulike miljøterapeutiske behandlingsmodeller. Delaney (1997) sier at miljøterapi er inspirert av både psykodynamisk, kognitive og systemiske forståelsesmodeller og omfatter relasjonsarbeid, lærings- og endringsprosesser, samt behandling og organisatoriske prinsipper. Miljøterapi blir ofte forklart med aktiviteter basert på grupper,

kontaktpersons-ordninger, trening av pasienters praktiske og sosiale ferdigheter og relasjonsarbeid (Schjødt & Heinskou, 2007). Skårderud og Sommerfeldt (2013) hevder at det å samle en rekke mennesker med alvorlige lidelser og relasjonsskader innenfor fire vegger, tjuetimer i døgnet, kanskje syv dager i uken, er en åpenbar høyrisikoaktivitet. Derfor trengs det gjennomtenkte metoder. Psykoanalytikerens Winnicott (1896-1971) var den første til å snakke om betydningen av en god nok omverden (Hart & Schwartz, 2009).

2.2.2 Psykodynamisk miljøterapi

I Winnicott sin utviklingsforståelse tas det utgangspunkt i mor-barn-enheten, det vil si utvikling av relasjoner til foreldre og andre mennesker, såkalte objektrelasjoner. Han anså pålitelige, stabile og speilende omgivelser som sentralt for barnets modningsprosess. Han mente speiling var en forutsetning for å kunne utvikle seg, da barnet internaliserer opplevelsen av å ha blitt sett (Hart & Schwartz, 2009). Nyere forskning viser også at evnen til å oppfatte og imitere andres atferd og intensjoner trolig har et nevrofysiologisk grunnlag i nevrosystemet (Nordanger & Braarud, 2017, s. 42). Gode objektrelasjoner innebærer at man har en grunnleggende god selvfølelse og kan forholde seg til at andre mennesker både har gode og mindre gode, sier Skre (2016).

2.2.3 Projeksjon og splitting

Miljøterapi blir av noen beskrevet som en projeksjonsskjerm (Schjødt & Heinskou, 2007). Begrepene projeksjon og splitting har begge sin opprinnelse fra objektrelasjonsteorien (Vatne, 2006). Dårlige objektrelasjoner kjennetegnes litt forenklet ved splitting, at man deler mennesker i enten helt gode eller helt onde objekter (Skre, 2016). Projektiv identifikasjon beskrives som en primitiv forsvarsmekanisme hvor et individ blir kvitt et uønsket aspekt av seg selv ved å projisere det over på en annen person og få denne til å handle, tenke og føle i overensstemmelse med det projiserte. Dette er intrapsykiske og relasjonelle prosesser og kan vekke følelsesmessig press i miljøterapeuten. I psykodynamisk miljøterapi legges det vekt på enhetens eller miljøpersonalets evne til å romme eller transformere psykisk smerte og projeksjoner (Haugsgjerd & Bonnevie, 1985). Når miljøterapeuten har toleranse for sine egne reaksjoner, og klarer å stå i dem, kan dette komme til nytte i behandlingen. Dersom det derimot oppleves for tungt å romme de negative affektene, kan dette føre til empatisk tretthet (Hesse, 2002) og pasienten kan lett bli stemplet med negative begreper som eksempelvis splittende eller personlighetsforstyrret (Hagen et al., 2016).

Ut i fra Winnicott sitt begrep om relatering, peker han på barnets primære behov for å være forbundet, og for at utviklingen foregår i det psykiske rommet som oppstår mellom barnet og den gode nok moren, som på samme tid holder om barnet og gir det tid til å fornemme seg selv. Han hevdet at mors evne til å dekke barnets behov, som eksempelvis sult, styrket fornemmelsen av seg selv gjennom barnets indre virkelighet: ”Jeg er sulten og blir mett” (Hart & Schwartz, 2009). Arnold Modell (1990) har beskrevet rommende overføring, som er kjennetegnet med at pasienten ikke primært projiserer forventninger, følelser eller tanker på terapeuten som person, men at pasienten relaterer seg primært til terapeuten som en rommende funksjon, som en som tar i mot vedkommende og tenker som henne (Stănicu, 2014).

Ut fra objektrelasjonsteorien snakkes det om en risiko for at barnet utvikler et ”falskt” selv, som skal virke som et skjold mot omverdenen og beskytte det samme selvet mot inntrykk som det ikke kan bearbeide (Skre, 2016; Hart & Schwartz, 2009). Betydningene av en slik utvikling kan også føre til at barnet søker å innfri andres forventninger uten spontanitet eller emosjonalitet i kontakten (Hart & Schwartz, 2009).

I følge Vatne (2006) viser utstrakt forskning til at miljøterapeuter ofte evaluerer pasienter på ulike måter, som vil si at en stempler andre ved bruk av positive og negative begreper. Vatne hevder for eksempel at en generell bruk av begrepet splitting, ofte blir anvendt når personalgruppen har ulike meninger om pasienten, hvorav dette blir omgjort til et avvik hos pasientene. I en slik sammenheng kan begrepet splitting forstås som en beskyttelsesmekanisme hos ansatte, og derav tatt ut fra sin opprinnelige teoretiske sammenheng.

2.3 Tilknytningsmønstre

Ainsworth var tilknyttet Bowlbys forskningsprosjekt, og i de tidlige pionerstudiene oppdaget man at barn på grunn av ytre omstendigheter utviklet fire ulike reaksjonsmønstre. En så at barnet kunne etablere enten en trygg-, avvisende- eller en ambivalent tilknytning, samt en direkte utrygg- eller desorganisert tilknytning (Raundalen, 2008; Hart & Schwartz, 2009). Ainsworth fant gjennom egne studier ut at det var kvaliteten på samspeillet mellom mor og barn som var av betydning. Denne funksjonen ble definert som morsomsorg og vektla det

sensitive og følsomme samspillet som kommer til uttrykk i ulike omsorgsoppgaver. De hevdet at det er kvaliteten på omsorgen som er avgjørende for utviklingen av barnets tilknytningsatferd (Grøholt et al., 2008). Bowlby mente at alle levende menneskelige relasjoner hadde en gjensidig innflytelse på hverandre som bidro til å forandre begge parters personlighet. Etter Bowlbys oppfatning var tilknytning en nødvendighet gjennom hele livet og han mente at mennesker med en trygg base, det vil si, at man har noen man kan regne med og som vil komme til hjelp, vil være tilpassede individer og utnytte evnene sine best (Hart & Schwartz, 2008). Bowlby vektla slik sett at samspill med omsorgsmiljøet utvikler et emosjonelt bånd eller tilknytning mellom barnet og omsorgspersonen. Hos Bowlby oppfattes tilknytning som en medfødt beredskap hos barnet, som sikrer det beskyttelse og regulerer samspillet med omsorgspersonen. Med sin tilknytningsatferd, som eksempelvis smil og gråt, opprettholder barnet nærhet til omsorgspersonene, og med tilknytningen som en trygg base, bygger det opp en indre modell av verden og seg selv i samspill med den. Han vektla at det en omsorgsperson vanemessig gjør, tas for gitt og derfor oppdager man ikke betydningen av det (Hart & Schwartz, 2008). I motsetning til Winnicott, ble ikke den følelsesmessige tilknytningen ansett som et objekt, men som en faktisk sikkerhet som gir en følelse av trygghet gjennom et dynamisk samspill (Hart & Schwartz, 2008). I Nyere tid ser man gjennom forskning at kvaliteten på tilknytningen ser ut til å påvirke hjernens utvikling og fungering (Anstorp, 2006; Blindheim, 2008; Siegel, 2012).

2.3.1 Kjerneselvet

Wennerberg (2011) skriver at evnen til å forstå de inntrykk og hendelser vi møter, utvikles gjennom tilknytning i løpet av barne-, ungdoms eller tidlige voksenår. Denne evnen refereres ofte til som individets integrative kapasitet (Anstorp et al., 2006). Hvor stor tåleevnen er, har sammenheng med individets kapasitet til å integrere sine sanseinntrykk i hjernens modne strukturer (Blindheim, 2008). Innen moderne tilknytningsteori snakkes det gjerne om det tidlige førbevisste selvet, core self, eller kjerneselvet (Karterud, 2017). Kjerneselvet har først og fremst en koordinerende funksjon. Sanseopplevelser som det taktile, syn, hørsel, lukt og smak skal koordineres med kroppspositur og bevegelser, samt med affekter som sult, tørst og kulde. Utviklingen av dette systemet gjenoprettes eller reguleres gjennom søking mot tilknytning. Tilknytningsmønsteret lagres i kjerneselvet, som skaper et sett handlingsmønstre i ulike situasjoner (Blindheim, 2008). Disse mønstrene krever ikke språk- eller refleksjonsevne

(Karterud, 2017). Kjerneselvet er det stedet subjektivitet og eierskap springer ut fra, og som lager en opplevelse av at en er den samme over tid. På denne måten bidrar det tidlige samspillet og formen som tilknytningen får, til å danne kjerneselvets koordinerende funksjon, som besitter noen betingede egenskaper i utviklingen med de store strukturene som identitet, selvbilde, egenverdi, opplevd mental helse og livskvalitet (Raundalen, 2008).

2.3.2 Teorier om strukturell dissosiasjon av personligheten (TSD)

Franskmannen Pierre Janet gjorde begrepet dissosiasjon kjent på 1800-tallet, mens Barach (1991) var den første til å kategorisere dissosiative lidelser som ”relasjonelle lidelser”.

Ledende eksperter på traumefeltet i dag hevder at dissosiasjon er nøkkelbegrepet i forståelsen av traumatisering (Douglas, 2010; Herman, 2001; Nijenhuis, 2015; van der Hart et al., 2006). Disse teoriene bygger henholdsvis på Pierre Janet (1859 – 1947) og Charles Myers (1873 – 1946) og Bowlby sitt teoretiske kunnskapsgrunnlag og omtales i traumelitteraturen som teorier om strukturell dissosiasjon av personligheten (TSD). Terminologien er imidlertid korrigert og videreutviklet (Nijenhuis, 2015) og refereres i litteraturen ofte til som teorier om strukturell dissosiasjon av personligheten (TSD). Jeg har laget et enkelt tankekart som vedlegg 3, for den historiske utviklingen. TSD er forankret fra forskjellige fagfelt som nevrobiologi, tilknytningsteori, kognitiv-, nyere psykodynamisk-, narrativ- og kropporientert teori og tilnærming.

TSD tar utgangspunkt i personligheten som et samlet biopsykososialt system med såkalte handlingssystemer (van der Hart et al., 2006). Handlingssystemene organiserer og regulerer viktige funksjoner som oppmerksomhet, følelser, (nevro)fysiologi eller energiregulering og ikke minst atferd. Det hevdes at dette strukturerer vår personlighet (Anstorp og Benum, 2014 (Anstorp & Benum, 2014). TSD bygger på kunnskapsgrunnlaget fra blant annet Panksepp (2004) sine teorier om de primære emosjonelle systemer. Grunnet oppgavens rammer velger jeg ikke å gå dypere inn på dette i denne sammenheng.

I TSD fremkommer det at det sentrale når en blir traumatisert, er at det skjer en deling i ens personlighet mellom den delen av personligheten som styrer handlingssystemene for dagliglivets fungering og handlingssystemene som er viet til forsvar mot trusler til eget liv og kroppens autonomi (Blindheim, 2008). Anstorp og Benum (2014) hevder at det å klare seg i det daglige er et rent biologisk behov, som fører oss mennesker til handling, selv når den det

gjelder bokstavelig talt ligger nede. Blindheim (2017) sier det slik: De ulike delene av ens personlighet kan da ha flere ”jeg” som kommer i konflikt (dissosiasjon), eller en kan ha flere konfliktfylte mål som et jeg (ambivalens).

Bowlbys tilknytningsteori var i liten grad opptatt av atferds-systemer som eksempelvis sosialfunksjon. Slik sett kan tilknytningsteorien oppfattes som smalere enn objektrelasjonsteorien (Winnicott), da den fokuserer på tilknytningssystemet som motivasjon bak og utvikling av nære følelsesmessige relasjoner. Den tar ikke med aspekter som seksualitet og aggresjon, som på sin side spiller en viktig rolle i objektrelasjonsteorien (Hart & Schwartz, 2008).

I TSD kan atferd for eksempel betraktes som en del av en handlingssekvens i et koordinert tanke-følelse-persepsjons-atferds-system for å oppnå et mål (handlingstendens). Individet har et mål, og dets ”jeg” setter i gang med å utføre mentale og atferdsmessige handlinger for å oppnå målet. Atferd blir da den motoriske delen av denne prosessen (Blindheim, 2017). Det kan for eksempel være smerte – tendens til å fjerne seg, frykt – tendens mot flukt, sinne – tendens til å angripe og så videre (Janet, 1925 s. 682). Nijenhuis (2015) påpeker at det er avgjørende å gjenkjenne hvordan traumeerfaringer setter seg i kroppen og i nervesystemet (dissosiasjon) til de som er utsatte. Nijenhuis hevder videre at dissosiative symptomer kan gi seg til kjenne på følgende måter:

	Kognitive (tanker)	Følelsesmessige	Kroppslige (persepsjon)	Atferd
Negative	Minnetap	Nummenhet	Anestesi	Fornektet oppførsel
Positive	Påtrengende bilder og minner	Påtrengende affekter	Påtrengende følelser og bevegelser	Veksling av dissosiative ”systemer av ideer og funksjoner”

Tabell 1: Oversikt av dissosiative symptomer (Nijenhuis 2017).

Nijenhuis (2015) hevder videre, litt forenklet, at personligheten deles opp i 3 ulike bevissthetstilstander ved et traume: The ”Apparently Normal part of the Personality” (ANP), den tilsynelatende normale delen av personligheten, som stiller seg uvitende til traumet og til ”Emotional parts of the Personality” (EP), eller emosjonelle deler. EP¹ omtales som den traumbærende del som er fiksert i traumet, med emosjoner, sansninger, motorikk og atferd som om en fortsatt er i en truet situasjon. EP² beskrives som en kontrollerende del, som er

fiksert i et forsvar mot at traumeminnene skal nå frem til ANP. Disse emosjonene vil være fastlåste i ulike typer grunnleggende biologiske forsvar eller handlingssystem som angrep, flukt, frys, total overgivelse, beredskap eller tilknytningsgråt (Blindheim, 2008). Det vil si at en del av personligheten (ANP) vil fortsette å leve ”her og nå” og med dagliglivets oppgaver, mens EP¹ og EP², vil være fiksert i traumet (Nijenhuis, 2015). Denne treenigheten i personlighetssystemet (ignorance ANP, fragility EP¹ and control EP²) beskrives som selve kjernen i traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten (Nijenhuis, 2015). Videre hevder den nederlandske forskeren og teoribyggeren at det ikke forekommer et overordnet ”jeg” i dissosiasjon av personligheten, men at dissosiative deler inkluderer ubevisste handlinger. Jeg har illustrert et eksempel på ovennevnte dynamikk ut fra Nijenhuis sin teori som ligger som vedlegg 4.

Blindheim (2017) skriver at traumatiserte mennesker kan ha dette mønsteret i seg på ulike måter og vektforholdet mellom de ulike sidene i en kan variere. Videre hevder han at mennesker som får diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse får denne diagnosen, da de ofte har en ganske skjør utviklet dagliglivside (ANP). Blindheim påpeker at traumeutsatte ofte er svært utrygge på andre mennesker og derfor kan blir nokså emosjonelt ustabile. Anstorp med kollegaer (2014) støtter denne påstanden og hevder videre: ”der selve tilknytningen og tilliten til andre mennesker er blitt så grunnleggende traumatisert, vil klientene trenge mer utviklingshjelp og nærvær av en stabil terapirelasjon for at endring skal være mulig” (Benum, 2014, s. 55).

2.3.3 Relasjonsforståelse

Pasienter med komplekse traumeerfaringer vil ofte være ”programmert” til å få problemer i relasjoner (Hagen et al., 2016; Karterud, 2017). Utveksling av affekter mellom pasient og miljøterapeut kan brukes aktivt til støtte i behandling. Innenfor psykoanalytisk tradisjon kalles dette for overføring og motoverføring (Zachrisson, 2008). Van der Hart et al., (2006) hevder at mye av traumebehandlingen ligger i den negative overføringen og mye av den positive overføringen kan være et uttrykk for et intenst behov for hjelp, som baseres på å tilfredsstille hjelper. De mener videre at traumatiserte pasienter kan ha multiple og motstridende overføringer overfor terapeuten. Dahl (2014) hevder i sin doktoravhandling at det vil variere hvem sitt bidrag som vil veie tyngst i terapeutiske relasjoner. Forfatteren mener at det å

studere motoverføring er å forsøke å fange terapeuters bidrag til relasjonen og hvordan det påvirker teknikken. Opprinnelig understreket psykoanalytisk terapi at analytikerens rolle for å fremme overføring skulle være som "et speil". Med det mente de at analytikerens rolle skulle innta en tilbaketrukket holdning. Pasienten får på den måten færre signaler fra terapeuten og blir henvist til å strukturere situasjonen (Schibbye, 2012). Gabbard (2016) påpeker at postmoderne perspektiver som relasjonelle, konstruktivistiske og interpersonlige teorier som for eksempel mentaliseringsbaserte tilnærminger (Fonagy, 2001) har påvirket det psykodynamiske synet på blant annet nøkkelbegreper som overføring, motoverføring og motstand som fenomener. Å ta i mot andres smerte kan være krevende (Hagen et al., 2016, Anstorp & Benum 2014). Skårderud & Sommerfelt (2013) hevder at det derfor er helt vesentlig med veiledning for miljøpersonalet, for å kunne utforske slike fenomener. Forfatterne fremmer at personalets samlede reaksjoner vil kunne bidra til en mer helhetlig forståelse av pasienten.

2.4 Den faseorienterte behandlingsmodellen

Anstorp med kollegaer (2006, 2014) beskriver at den faseorienterte modellen er en sirkulær behandlingsform, hvor kjernen dreier seg om å *skape trygghet*. De store overskriftene for de tre behandlingsfasene kan kort beskrives som at fase 1 konsentrerer seg om alliansedannelse og stabilisering, fase 2 handler om traumebehandling og fase 3 har fokuset rettet mot funksjonell re-integrering (Nijenhuis, 2015). Hver fase involverer både relasjonelle og problemløsende tilnærminger og skal bidra til å gi mot til å øke toleransen for følelser, tanker og handlinger som blir aktivert når noe minner om traumeopplevelser. Disse tilnærmingene har som mål at pasientene skal klare å sortere egne reaksjoner ved å øke bevisstheten om hva som ble aktivert før, under og etter traumeepisodene. Miljøterapiens kjernefunksjon er å støtte pasienten i arbeidet med å øke kapasiteten til å regulere disse følelsene. Kort sagt handler det om bevisstgjøring av, toleranse for og regulering av egne reaksjoner. Behandlingen i fase 1 vil alternere periodisk med fase 2 og 3. Dette spiral-forløpet oppstår når høyere nivåer av integrerende kapasitet oppstår (Holbæk, 2014).

Fase 1 har tre overordnede fokus som vil være de sentrale ved en døgninnleggelse (Hagen et al., 2016). Første hovedfokus innebærer at pasienten skal overkomme frykt for kontakt med personalet (tilknytning). Videre vil det å overkomme frykten for det mentale innholdet

vedrørende traumet stå sentralt. Deretter vil frykten for avspaltede affekter med kognitive og somatiske komponenter stå i fokus. Behandlingen i fase 1 vil alternere periodisk mellom de tre overordnede fokusene. I miljøterapeutisk traumebehandling blir det ansett som helt avgjørende å ha fokus på det regulerende perspektivet, som vil ha sine intervensjoner på daglige reguleringer og sanseintegrerende erfaringer (Nordanger & Braarud, 2017, s. 31). I miljøterapi er stabilisering grunnleggende for å oppnå endring, og under en døgninnleggelse vil pasientene eksponeres for både ansattes og medpasienters ønsker og forventninger. Her er det mange muligheter til å trene på å takle følelser som oppstår, teste ut grenser og til å øke evnen til kommunikasjon i utfordrende situasjoner. Gjennom de miljøterapeutiske intervensjonene som skjer kontinuerlig hele døgnet, er målet at pasienten skal finne mer bærende måter å samarbeide med seg selv på (Hagen et al., 2016).

2.4.1 Trygghets sirkel-modellen

I lys av blant annet tilknytningsteori har det miljøterapeutiske arbeidet et ønske om å kunne fungere som en trygg base for nye og korrigerende psykososiale erfaringer.

Barns iboende motivasjon for å delta i et sosialt fellesskap, motiverer det til å søke nærhet til omsorgsgiveren (Nordanger & Braarud, 2017). Helt fra fødselen av har barnet sin egen måte å møte verden på, noe som vanligvis betegnes som temperament (Hart, 2011). Barnets medfødte temperament og miljøet omkring det inngår i samspill med hverandre og modifierer hverandre (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011). Trygghets sirkelen (vedlegg 5) er en modell som gjenspeiler menneskets behov for trygg base som forutsetning for trygg tilknytning. På samme måte som man kan forstå mikroseparasjoner som stress skapende i det tidlige samspillet mellom barn og omsorgsgiver, vil frykten for mikroseparasjoner også kunne stå sentralt i det miljøterapeutiske arbeidet. Trygghets sirkelen fremstilles som en sirkel der barnet beveger seg bort fra den trygge basen som en omsorgsperson representerer, for å utforske verden, og tilbake til den trygge havnen, når barnet er redd eller trenger trøst. Barnets behov kan blant annet være å få støtte for utforsking, erfare delt glede, opplevelse av å være ønsket og velkommen, bli beskyttet, trøstet og få hjelp til å organisere følelsene sine (Brandtzæg et al., 2011). På denne måten kan miljøterapi ses på som en moderne tilkyningsrelatert praksis (Strømstad et al., 2016).

2.4.2 Toleransevindu-modellen

Mennesker med komplekse traumeerfaringer strever ofte med store problemer i forhold til daglig fungering, nettopp på grunn av reguleringsvansker på mange områder i livet (Nordanger et al., 2014). Det finnes flere modeller med ulike navn som omhandler variasjoner i aktivering og behovet for regulering eller reguleringsstøtte. Toleransevindu-modellen (Vedlegg 6) refererer til spennet av aktivering som er optimalt for et individ, ikke for høyt og ikke for lavt, men hvor vi kjenner oss trygge nok og hvor vi er i stand til og klare både å føle og tenke klart på samme tid (Siegel, 2012). Metaforen illustrerer kroppslig aktivering ved fryktreaksjoner og angår derfor oss alle. Modellen beskriver nervesystemet, som både kan være under- og overaktivert. Ut i fra modellen til Sigel, som er nært knyttet til nyere nevrovitenskap, kan ikke integrering skje uten at nevroner fra ulike sentrale deler av hjernen aktiveres samtidig. Blindheim (2008) skriver det slik:

Dette impliserer at verken en full reaktivering av traumet gjennom sanser og affekter uten kontakt med kortikale funksjoner (spesielt medialt prefrontalt cortex), eller kun en kognitiv aktivering uten aktivering av dypere strukturer, vil føre til integrering av traumatiske minner. Denne doble oppmerksomheten regnes som vesentlig av en rekke sentrale personer på feltet... Både hippocampus og prefrontal cortex ser ut til å ha sentrale integrerende oppgaver... og begge disse områdene er blant de som ser ut til å kunne bli påvirket og skadet av store mengder stress (s. 177).

Nordanger med kollegaer (2014) hevder at regulering er et nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi og at toleransevinduet fanger dette reguleringsperspektivet på en lettfattelig måte. Når behandlingen foregår innenfor pasientens toleransevindu, vil en kjenne mestring og pasientens mentale kapasitet vil øke. Som beskrevet ovenfor hevdes det at først når pasienten er innenfor sitt toleransevindu, vil hun være i stand til å tenke og føle på samme tid (Anstorp & Benum, 2014).

2.4.3 Den indre veggen - å overkomme frykten for kontakt med personalet

Nordanger & Braarud (2017) hevder at menneskets utvikling drives frem i samspill med det regulerende felleskapet vi har rundt oss. Det blir derfor ansett som betydningsfullt å forstå pasientens frykt mot tilknytning og jobbe med denne (Hagen et al., 2016). Det kan manifestere seg både som et ønske om nærhet til terapeuten og på samme tid et sterkt ønske om distanse eller unngåelse. Pasienter vil gi uttrykk for dette på ulike måter, ut i fra den enkeltes personlige stil og relasjonshistorie. Trygging blir et nøkkelord i behandlingen og det

essensielle i traumearbeid er at pasienten i samarbeid med en *aktiv og empatisk hjelper* kan støttes til å finne alternativer til de mestringsstrategiene de har brukt tidligere, men som ikke lenger er hensiktsmessige (Anstorp et al., 2006). Tilstrekkelig grad av forutsigbarhet, trygghet og tillit er nødvendige forutsetninger for at pasientene skal kunne øve opp evnen til å oppleve følelser som sinne, frykt, skam, ensomhet, men også glede. God nok trygghet og tillit er nødvendig for å kunne erfare at de ikke er i livsfare selv om de kjenner på kroppslige reaksjoner som eksempelvis hjertebank, høy puls, eller kanskje ikke kjenner at hjertet slår i det hele tatt (Hagen et al., 2016). Den indre veggen er en metafor som illustrerer ett av de viktigste målene med miljøterapi, nemlig å støtte pasienten til å oppnå økt kontroll i eget liv. Metaforen har til hensikt å synliggjøre konkrete tiltak for å bygge en mental vegg eller styrke den indre veggen og bidra til å holde vonde ting litt på avstand. På den måten kan pasienten støttes til å sortere i vanskelige følelser som utløser individets reaksjoner. Slik vil pasienten kunne trene på å lære seg selv bedre å kjenne, og på den måten ta aktive valg i forhold til konkrete tiltak som oppleves stabiliserende (Anstorp et al., 2006). Miljøterapi blir ansett som et terapeutisk relasjonsarbeid som skal bidra til at pasienten får en større forståelse av sine symptomer (Strømstad et al., 2016) og på denne måten øke egen affektregulering og – toleranse (Anstorp & Benum, 2014). Antonovsky (2000) hevder at mening er det motiverende elementet i opplevelsen av sammenheng, som igjen er nøkkelen til mestring. Normalisering og forklaring kan bidra til å skape mening, redusere skam og gi motivasjon for å hjelpe seg selv (Strømstad et al., 2016). Kåver (2012) fremmer at tidlig symptomforbedring skaper god allianse, da pasienten som raskt får hjelp, opplever håp og ser mer positivt på terapeuten, enn de som må vente på at noe skjer. Nettopp dette mener hun er et argument som speiler hvor vanskelig det er å separere allianse og terapirelasjon fra teknikk.

2.4.4 Psykoedukasjon - å overkomme frykten for det mentale innholdet vedrørende traumet
Benum (2014) anbefaler derfor at helsearbeidere som er i direkte kontakt med traumeutsatte underviser om kroppens reaksjoner på fare. Holbæk (2014) hevder at skammen vil kunne reduseres hvis pasienten forstår at det en strever med er der av en god grunn. Pasienter som sliter som følge av mangelfull eller fiendtlig emosjonell involvering fra tilknytningspersoner, har ofte vanskeligheter med å sette ord på egen frykt og dette krever oppmerksomhet og sensitivitet fra helsearbeider. Derfor anbefaler den faseorienterte modellen at personalet har kunnskaper om ikke-verbal form for tilnærming og anbefaler at både miljø- og

individualterapeuter må lære å ta i bruk mange forskjellige ”verktøy” i møte med traumatiserte pasienter. Disse øvelsene kan da tas i bruk både i enheten, gruppetimer eller i individualterapien (Hagen et al., 2016). Oftest er det enkle øvelser som har til hensikt å holde pasienten fast i nåtid (Anstorp et al., 2006, 2014). Dette kan være ulike type sansestimuli. For eksempel kan personalet oppfordre pasienten til å ha føttene godt plantet i gulvet, at de kan berøre stolen de sitter på, se seg rundt i rommet, eventuelt finne noe godt å feste blikket på dersom hjelpers blick oppleves for nærgående. Pasienten kan også velge å holde noe i hånden, en sten, eller en ball. (Hagen et al., 2016). Hart (2011) hevder at en språkliggjøring av kroppslige og sansemessige opplevelser tillater normalt pasienten å integrere intense sansemessige og følelsesmessige tilstander bevisst. Ved å aktivt bearbeide gjennom bevisst kontroll av tanker og følelser støtter denne tilnærmingen en mer positiv vurdering og gir en forståelse av følelsesmessige reaksjoner som får innflytelse på følelser og atferd. Formålet med en slik intervensjon, er å gi pasienten en opplevelse av å kunne forstå og styre sine symptomer ved å aktivere kretsløp i prefrontal korteks, slik at pasienten kan forbinde seg med og eventuelt hemme impulser fra de subkortikale nivåene (jf. 2.4.2) (Hart, 2011).

Det psykopedagogiske arbeidet på en institusjon vil bestå av både individuelle arbeidsoppgaver tilpasset hver enkelt pasient og psykoedukative gruppetilbud (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). I dette arbeidet finnes det flere manualbaserte undervisningstilbud (Boon, Steele & Van der Hart, 2011; Holbæk & Modum, 2014; Salvesen & Wästlund, 2017).

2.4.5 Ferdighetstrening - å overkomme frykten for avspaltede affekter

I denne fasen har pasienten ofte tilegnet seg noen verktøy som har sin hensikt i å bedre kunne regulere sine affekter på egenhånd. Kognitiv restrukturering innebærer at personalet støtter pasienten til å orientere avspaltede affekter til nåtid og informere om hvor de befinner seg. Alt som kan minne pasienten på at en ikke er i fortiden, kan være nyttig. Det kan for eksempel være å la pasienten øve på å bruke sansene til å registrere forskjeller på nåtid og fortid (Holbæk, 2014). Det påpekes at hjelper hele tiden må være oppmerksom på at en side av pasienten vil prøve å unngå disse affektene eller dissosiative delene på en rekke ulike måter. Det anbefales derfor at hjelper utøver stor tålmodighet og ikke presser disse affektene eller dissosiative delene frem. Spesielt er det viktig å være oppmerksom på de aggressive og straffende delene. Deres oppgave er å mestre vanskelige emosjoner som raseri og sinne i

forbindelse med tap, hjelpeløshet, fortvilelse, sårhet, frykt eller skam (Hagen et al., 2016, s. 112). Schibbye (2012) skriver at man i terapeutisk arbeid må veksle mellom å være i pasientens opplevelsesverdener og å ha et mer reflektert, observerende forhold til pasienten og til hva som skjer i relasjon. En gradvis eksponering må hele tiden ha den enkelte pasientens toleransegrense med seg. Ofte vil ulike manifesteringer av pasientenes uro og forvirring bli mest synlig i miljøet, og miljøterapeutenes tilstedeværelse og grundige kunnskap om så vel fasemodellen som tryggingmetoder blir nødvendig. Det anbefales også at både terapi- og grupperom har et utvalg av forskjellige gjenstander og tryggingobjekter som kan roe ned engstelige pasienter og hjelpe dem til å holde seg fast i øyeblikket her og nå (Hagen et al., 2016).

På denne måten skal den faseorienterte modellen bidra til at tidligere uutholdelig, dissosiert materiale kan bli integrert. Det vil si, husket som et minne plassert i tid og rom med andre sammenfallende episoder. Det kan hentes frem og bearbeides uten at det ledsages av de samme følelser av angst og smerter som den gang det hendte (Holbæk, 2014).

Jeg har i dette kapittelet beskrevet et metodisk rammeverk i møte med pasienter som strever som følge av komplekse traumeerfaringer. I neste avsnitt vil jeg skissere et bilde av enheten som informantene tidligere har vært innlagt ved. Dette med utgangspunkt i oppgavens problemstilling, hvor jeg søker å få en større forståelse av pasientenes erfaringer med behandlingen de har mottatt.

3.0 BESKRIVELSE AV PRAKSIS

3.1 Presentasjon av 5-døgnsenheten

5-døgnsenheten er tilknyttet et distrikts-psykiatrisk senter (DPS) som tilbyr spesialiserte tjenester innen psykisk helsevern for cirka 125000 innbyggere på Østlandet. Enheten tilbyr utredning og behandling til mennesker med funksjonssvikt som følge av psykisk lidelse, og har cirka 250 innleggelser per år. Enheten har en allmennpsykiatrisk profil med 9 behandlingsplasser. Målgruppen er pasienter over 18 år med kompleks problematikk med behov av døgnbehandling og som kan fungere innenfor seksjonens åpne rammer. Krise-traumeproblematikk, stemningslidelser, interpersonlige vanskeligheter og

personlighetsproblematikk, problemer med identitet, somatisering, posttraumatisk stresslidelse-symptomer (PTSD), dysregulering gjennom rus, selvskading, spiseforstyrrelser, suicidalatferd og andre tvangshandlinger, er en del av det komplekse bildet. Det er ikke uvanlig å se en viss overlapping mellom de ulike tilstandene (Haugsgjerd, et.al., 2009; (Berg & Bækkerund, 2014; Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009; Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Enheten støtter seg til de nasjonale faglige retningslinjer fra helsedirektoratet når det gjelder hvilke pasienter som skal få rett til prioritert helsehjelp og hvilke som må vente (Sæbø, 2012). Fagmiljøet er tverrfaglig sammensatt av sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, leger og psykologer, alle med ulike spesialiseringer og videreutdanninger innen psykisk helse. 5-døgnsenheten har som mål å bidra til at pasientene skal oppleve bedret livskvalitet og økt evne til å mestre livet i egen bolig.

Inntak til 5-døgnsenheten skjer etter henvisning fra fastlege, poliklinisk behandler, legevakt eller andre avdelinger i klinikken. Hver enkelt pasient har en unik historie og livssituasjon. Dette må det tas hensyn til i vurderingen av behandlingstilbudet, slik at det blir best mulig tilpasset pasienten. Derfor gjennomføres det alltid et vurderingsmøte sammen med pasienten før innleggelse, for å identifisere behandlingsbehovet, kartlegge om 5-døgnsenheten har et egnet tilbud til pasienten, samt om pasienten vil kunne nyttiggjøre seg av dette tilbudet. Enheten har 7 ordinære behandlingsplasser og innenfor rammene av en felles ukeplan (vedlegg 7) arbeides det tverrfaglig med individuelle behandlingsopplegg ut fra den enkeltes behov og ønsker. Dette skjer praktisk gjennom blant annet en tilrettelagt oppholds- og behandlingsplan for den enkelte (vedlegg 8). Behandlingsstrukturen er lagt opp slik at pasientene har sitt eget miniteam gjennom hele behandlingsforløpet. Å jobbe i team blir ansett å være en god tilnærming i relasjonsarbeid (Strømstad et al., 2016, s. 50). Et team består av minimum 4 personer. Pasienten selv, en individualterapeut (psykolog/psykologspesialist eller lege/psykiater) og to miljøterapeuter (teamkontakter). Team-modellen har til hensikt å sikre pasientens medvirkning og åpne opp for at pasientens mestringserfaringer og ressurser inkluderes i behandlingen (Strømstad et al., 2016) Enheten tilbyr videre samtaleterapi, gruppeterapi, psykoedukativgruppe, miljøterapi, medikamentell behandling, samt familiesamtaler og psykoedukasjon til pårørende i forhold til pasientens lidelse. Innleggelsestiden er vanligvis 2 - 3 måneder, men tilpasses etter individuelle behov. Det er en forutsetning at pasienten har egen bolig, da enheten er stengt i helgene. Enheten er opptatt av

å sikre overgangen fra innleggelse tilbake til livet i egen bolig. Behandlingsprosessen skjer derfor i et tett samarbeid med bydeler, pårørende, ressurspersoner i og utenfor DPS. Noen eksempler på dette er fastleger, psykiske helsetjenester i bydelene, akuttpsykiatriske avdelinger, NAV, barnevern, bedriftshelsetjenester, skoler og arbeidsplasser. Dette vil kunne skape trygghet for pasienten og gi personalet som skal følge pasienten videre, mer informasjon om pasientens behov og kompetanseheving gjennom blant annet veiledning og undervisning. Alle enhetenes pasientsamarbeid er bygd på frivillighet, slik at ingen er innunder loven om tvunget psykisk helsevern.

3.1.1 Planlagte innleggelser i serier (PLIS)

2 av enhetens 9 behandlingsplasser er forbeholdt pasienter med avtale om planlagte innleggelser i serier (PLIS). Tilsammen utgjør dette cirka 15 behandlingsplasser i året og tilbudet skiller gjerne på funksjonsnivå og nytteverdi, fremfor diagnose. Utgangspunktet for avtalen (se vedlegg 9) er at pasienten forplikter seg til et gjensidig samarbeid i forhold til egen bedringsprosess. PLIS-innleggelsene har en varighet på inntil 5 døgn per opphold med intervall på 4, 6 og 8 uker. Innleggelsene inngår som en del av det helhetlige behandlingstilbudet pasientene får poliklinisk og i bydel. Dette krever et tett samspill med alle involverte parter og forutsetter at pasienten har poliklinisk oppfølging og egen bolig. Hensikten med tilbudet kan være å støtte den enkelte til å holde seg rusfri, unngå akuttinnleggelser, støtte til å mestre livet i egen bolig og arbeidet med å komme tilbake i jobb. Bedring kan være en livslang prosess, ofte i form av å få mest mulig ut av livet til tross for at man lever med symptomer (Strømstad et al., 2016). Fokuset i disse oppholdene ligger hovedsakelig på stabilisering gjennom å opprettholde og videreutvikle stabiliseringsteknikker, samt utvikling av nye og mer hensiktsmessige mestringsstrategier. Dette kan eksempelvis konkretiseres i en plan for mestring (se vedlegg 10). Dersom pasienten ikke følger behandlingsplanen eller ruser seg i forbindelse med innleggelse, skrives pasienten ut, men følger så programmet videre. Samarbeidet med enheten varer vanligvis over ett til to år. Ved avslutning av PLIS gjøres det ofte avtaler om 3-4 innleggelser det neste året, og pasienten overføres deretter til kommune eller bydel.

3.1.2 Avlastningsopphold

Pasienter som tidligere har vært i et samarbeid med enheten og som av ulike årsaker er inne i en vanskelig fase av livet, kan søke om et avlastningsopphold eller øyeblikkelig hjelp på inntil

5 døgn. Det er igjen en forutsetning at pasienten har poliklinisk behandler, egen bolig, samt at enheten har kapasitet til innleggelsen. Det antas å være cirka 10 slike innleggelses i året ved 5-døgnsenheten. Fokuset i disse oppholdene ligger hovedsakelig på stabilisering gjennom å øve på eller å bli påminnet kjente mestringsstrategier ervervet gjennom det ordinære- og/eller PLIS-samarbeidet. Klinisk erfaring viser at det å kunne gi pasientene et tilbud de er kjent med fra tidligere, bidrar til at prosessen med å gjenvinne kontrollen i eget liv går raskere. Enheten har inntrykk av at denne kontinuiteten gir større muligheter for å lykkes med rehabiliterings- og habiliteringsløpet i kommune eller bydel. Noen hevder imidlertid at 5-døgnsenheten kun er forbeholdt økonomiske betingelser som ikke har sitt hovedfokus på pasientens behov. Ut i fra klinisk praksis er modellen faglig forankret og får støtte fra mentaliseringsbaserte tilnærminger (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Ved 5-døgnsenheten er noe av hensikten å kunne utnytte dynamikken mellom det å være innlagt i enheten og samtidig være hjemme i helgene eller ukene mellom innleggelsene. Arbeidet med å få testet ut nye mestringsstrategier i hjemmesituasjonen, ervervet under innleggelsen, blir ansett å være et viktig bidrag til økt kontroll i eget liv. Disse strategiene konkretiseres gjerne gjennom en plan for mestring.

3.2 Et godt sted å være – et godt sted å lære

5-døgnsenheten verdigrunnlag støtter seg til et holistisk menneskesyn og derav en helhetlig tilnærming til pasientens utfordringer og symptomer. Enheten ønsker å forstå mennesker i lys av hva de har opplevd. Pasientene som inngår i et samarbeid med enheten har forskjellige utviklingshistorier, etnisk bakgrunn, nåværende vansker, diagnoser og terapeutiske behov. En reflektert praksis kjennetegnes gjennom en stadig pågående kunnskapssøken, som tar utgangspunkt i pasientenes tilbakemeldinger. Slik sett er brukervedvirkning en ledestjerne i behandlingssamarbeidene. Systematisk brukervedvirkning på individnivå kommer til uttrykk gjennom vektlegging av likeverdighet, minst mulig forutinntatthet og tro på menneskets egenkraft. På denne måten skapes grunnlaget for å la pasientenes egne tanker om endring komme til uttrykk og bli styrende for endringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2014). Slik inkluderes pasienten i utformingen av sitt eget behandlingstilbud. Psykoedukasjon blir ansett som essensielt i enhetens behandlingsfilosofi for å mobilisere pasientene til reell brukervedvirkning på individnivå. Pasientene formulerer selv mål for oppholdet i samarbeid

med sitt behandlingsteam. På denne måten inviterer team-modellen til en gjensidig læringsprosess for alle de involverte i hvert enkelt behandlingsforløp.

Jeg har nå presentert aktuell tilknytningsteori og hvordan det kliniske arbeidet ved 5-døgnsenheten anvender den, der hvor informantene har mottatt behandlingen. Jeg vil i neste kapittel beskrive hvordan jeg har arbeidet for å få tilbakemeldinger og hvordan jeg har arbeidet med å systematisere dem.

4.0 METODE

I dette kapitlet ønsker jeg å synliggjøre de valg jeg har tatt gjennom hele undersøkelsesprosessen. Jeg vil beskrive prosessen og flette inn teori der dette har falt naturlig. ”Naturalistiske undersøkelsesmetoder forsøker å studere spørsmål knyttet til menneskelig kompleksitet ved å utforske den direkte” (Nilsen, 2015, s. 37). Kvale & Brinkmann (2015) sier at metode handler om de redskaper vi bruker for å komme frem til forskningsresultatene.

4.1 Design

I de kvantitative forskningsmetoder innhentes data under standardiserte betingelser, mens de kvalitative forskningsmetodene er mer åpen for informantenes egne beskrivelser av deres erfaringer og opplevelser (Malterud, 2011). Ut i fra oppgavens problemstilling fant jeg det derfor naturlig å benytte en kvalitativ tilnærming for å besvare problemstillingen, og jeg valgte å benytte meg av individuelle intervjuer som redskap for datainnsamlingen. Kvalitative intervjuer er nyttige for å utforske erfaringer og kan brukes til å undersøke hvordan individer tenker og hvorfor de tenker på den måten de gjør, fremfor bare hva de tror (Nilsen, 2015). I og med at denne metoden innebærer samtale mellom to individer, vil dette kunne sette i gang prosesser i intervjupersonen avhengig av hvor følsomt og vanskelig temaet er for individet (Lyberg, Andvig & Hummelvoll, 2010). Dette har jeg forsøkt å være bevisst på under intervjuene.

4.2 Vitenskapelig fenomenologi

Amedeo Giorgi hevder at fenomenologisk filosofi er grunnlaget for vitenskapelig arbeid og introduserte i 1970 fenomenologi som en vitenskapelig metode (Nilsen, 2015). Dette ble

presentert som et alternativ for *reduksjon*, som Giorgi mente var en svakhet i den tradisjonelle vitenskapelige tilnærmingen. Reduksjon peker på prosessen hvor man må sette sine egne antakelser og vitenskapelige forhåndskunnskap i parentes (Kvale et al., 2015). Giorgi's metode er basert på tolkninger av Edmund Husserls og Maurice Merleau-Pontys sitt filosofiske arbeid (Nilsen, 2015). Deltagere i metodisk utforskende design beskriver sine erfaringer med egne ord. For å kunne analysere denne informasjonen krever den fenomenologiske metode at tre kriterier innfris. Det er beskrivelser, reduksjon og søken etter et høyere nivå av mening (essens). Dette anses som avgjørende for at konteksten kan bli studert. Giorgi hevder at vitenskapelig fenomenologi er en metode som oppfyller kriteriene for vitenskapelig kunnskap både generelt, metodisk, kritisk og systematisk, og som i tillegg skal gjengis på en måte som muliggjør replikering (Nilsen, 2015).

Malterud er inspirert av Giorgis metode og har modifisert den til analysemetoden systematisk tekstkondensjon (STC). Det er denne metoden som har blitt brukt til å analysere dataene i denne undersøkelsen (Malterud, 2011).

4.3 Utvalgsstrategi

5-døgnsenheten er spesialisert på traumebehandling og tilbyr en faseorientert behandlingsmodell. Pasienter med komplekse traumehistorier er høyt representert i enheten. Det har imidlertid ikke eksistert faste rutiner for å kartlegge traumatiserte pasienter for dissosiasjon. Jeg erfarte imidlertid at dette ble svært avgjørende for undersøkelsens validitet og i forhold til det å kunne identifisere og kartlegge informanter med traumerelaterte lidelser. Dissociative Experiences Scale (DES) er et anbefalt verktøy, som en begynnelse, når det opereres med sub-grupper av pasienter med henholdsvis høy og lav grad av dissosiasjon (Carlson & Putnam, 1993; Courtois, 2008; Jepsen et al., 2009; Nijenhuis, 2015). Instrumentet består av 28 spørsmål om ulike dissociative fenomener. Videre er det bygget opp ut i fra et dimensjonalt dissosiasjonsbegrep, slik at også en del normalfenomener er inkludert, særlig såkalt absorbasjon (Berg & Bekkelund, 2017; Anstorp & Benum, 2014). Høy skåre på disse spørsmålene er lavt korrelert med tilstedeværelsen av en dissociativ lidelse, mens for eksempel spørsmål om amnesi måler mer patologisk dissosiasjon, altså en manglende integrering av traumatiske hendelser som beskrevet i kapittel 1. Hver svarskala på spørsmålene går fra 0-100 % (Anstorp et al., 2006, s. 284). Verdiene for alle svarene legges

sammen og deles på 28. Nyere studier viser til at den dissosiative fungeringen er mild til moderat ved schizofreni (DES 17,6), moderat ved emosjonell ustabilitet (DES 21,6) og moderat til alvorlig ved dissosiative lidelser (DES 44,16) (Berg & Bækkelund, 2015). Dette drøftet jeg med enhetsleder, seksjonsleder og veiledere, som videre støttet min beslutning om å kartlegge alle informantene gjennom DES-verktøyet. DES er i utgangspunktet ment som et screeningverktøy og er derfor ikke et tilfredsstillende diagnostisk verktøy (Berg & Bækkelund, 2015). Instrumentet innhenter data under standardiserte betingelser, og er derav metodisk lik det kvantitative forskningsperspektivet (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016). På den måten har en kvantitativ metodisk tilnærming bidratt som et utgangspunkt for en kvalitativ undersøkelse. Vanligvis brukes 25% som cut-off point ved DES, slik at en høyere sluttskåre enn dette indikerer muligheten for en dissosiativ lidelse (Carlson & Putnam, 1993). Jeg har imidlertid ikke latt dette være førende for denne undersøkelsen. Målet med DES var i dette øyemed å kartlegge pasienter med komplekse traumehistorier for dissosiasjon, som anbefalt av Jepsen (2014). Dette som en pekepinn for å ha muligheten til å utforske om det eventuelt var ulike svar blant informanter med høy og lav skåre, samt eventuelle fellestrekk. Videre ble utvalget basert på følgende kriterier for inklusjon og eksklusjon:

Kriterier for inklusjon	
1.	Problemer med daglig fungering og i behov av døgninnleggelse ved enheten. (Krise- traumeproblematikk, stemningslidelser, interpersonlige vanskeligheter eller personlighetsproblematikk, problemer med identitet, somatisering, posttraumatisk stress lidelse (PTSD) symptomer, dysregulering gjennom rus, selvskading, spiseforstyrrelser, suicidalatferd eller andre tvangshandlinger).
2.	Over 18 år.
3.	Skal ha gjennomført et ordinært behandlingsforløp ved 5-døgnsenheten, kan også være tilknyttet enheten gjennom et PLIS-samarbeid eller et avlastningsopphold.
4.	Frivillig innleggelse
5.	Kartlagt gjennom screeningverktøy DES.
Kriterier for eksklusjon:	
1.	Innleggelse m/ tvang.
2.	I aktiv rus.
3.	Aktiv psykose.
4.	Psykisk utviklingshemmede.
5.	Språkproblemer i den grad at man vil trenge tolk.
6.	Utagerende/voldelig atferd.

Tabellen viser at utvalget er basert på følgende kriterier for inklusjon og eksklusjon.

4.3.1 Rekruttering

Ettersom jeg tidligere har jobbet ved enheten, er jeg godt kjent med 5-døgnsenhetens behandlingsfilosofi. Undersøkelsen har vært forankret i ledelsen ved mitt tidligere arbeidsforhold fra jeg påbegynte mine studier ved Høgskolen i Oslo og Akershus i 2015. Prosjektet er drøftet med forskningsansvarlig ved klinikken og klinikkjefen ble orientert om undersøkelsen via prosjektbeskrivelse og godkjente studiet. Seksjonsleder godkjente mitt ønske om å kartlegge enhetens pasienter for dissosiasjon, og jeg drøftet videre med de som var faglig ansvarlige for enhetens pasienter. Hver enkelt informant ble vurdert i samarbeid med faglig ansvarlig for aktuell pasient. Dette som en kvalitetssikring på at pasientene som ble forespurt selv kunne ha utbytte av deltagelse, gjennom eksempelvis å oppsummere eget behandlingsforløp, dele sine erfaringer, samt muligheten til å kunne påvirke eksisterende behandlingstilbud. Deretter systematiserte jeg DES-kartleggingen i enheten. Der jeg selv ikke gjorde dette, var det en av pasientenes teamkontakter fra miniteam som tok ansvar for at DES-kartleggingen ble gjennomført. I all hovedsak ble dette arbeidet gjennomført i desember 2016, januar og februar 2017. Jeg følte meg på dette tidspunktet klar for å påbegynne intervjuprosessen og ettersom jeg i mars måned skulle begynne i ny jobb, ble utvalget basert på pasienter som ble utskrevet fra enheten i januar, februar og mars måned 2017. Aktuelle informanter fikk fortløpende utdelt informasjonsbrev (vedlegg 11) og samtykkeerklæring (informert samtykke) (vedlegg 12). Jeg gjorde en vurdering på at erklæringene skulle innhentes etter 3 dager, fordi jeg ønsket å gi den enkelte litt tid til å lande i sitt valg om å delta eller ikke. Noen av informantene benyttet også telefonnummeret som var vedlagt i informasjonsskrivet til å bekrefte ønsket om å delta, der det av ulike årsaker passet best slik. Jeg aktiverte et eget mobilabonnement i mars 2017 da jeg anså det som nødvendig for å sikre kommunikasjon og tilgjengelighet for eventuelle spørsmål vedrørende undersøkelsen. Dette ble spesielt viktig for de av informantene som ble utskrevet etter at jeg hadde avsluttet mitt arbeidsforhold til enheten. Det meste av kommunikasjonen med informantene foregikk per SMS, spesielt når det gjaldt møtepunktene for intervju. Foruten om avtalene jeg gjorde med informantene ble jeg ikke kontaktet og har derfor vurdert det til at informantene fikk tilstrekkelig informasjon om både undersøkelsen og min rolle. Mobilabonnementet ble også et redskap hvor både informantene og jeg hadde en gjensidig avtale og tillatelse til å ta kontakt på et senere tidspunkt, ved behov.

Jeg fikk positiv respons fra samtlige som ble spurt om å delta i undersøkelsen. Jeg reflekterte over egen relasjon til enheten, og om dette kunne ha gjort det vanskelig å avise tilbudet for de som ble forespurt. Jeg erfarte at de aktuelle informantene viste en oppriktig glede ved å bli forespurt. Inntrykket var at den enkelte anså det som en anerkjennelse og gjerne ønsket å delta. Videre uttrykte noen at nettopp kjennskapen til meg, gjorde det trygt nok til å våge og delta. Slik sett kan min rolle ha vært medvirkende i rekrutteringen.

4.3.2 Utvalget

Ved den første intervjusamtalen fikk jeg tekniske problemer med lydopptaket og det viste seg i etterkant at kvaliteten på lydopptaket var ufullstendig. Informanten ble orientert om dette og i stedet for å gjøre intervjuet på nytt, ble vi sammen enige om å se på vårt møtepunkt som en avsluttende samtale rundt informantens behandlingsforløp. Videre opplyste jeg informanten om at vårt møtepunkt også hadde vært en god forberedelse for meg, i forhold til de kommende intervjuene jeg skulle gjennomføre. Informanten ga uttrykk for at det hadde vært en positiv opplevelse og at det var fint å kunne få oppsummere eget behandlingsforløp. Kunnskapen fra denne samtalen er derfor tatt med som en viktig erfaring for meg, men samtalen er ikke en del av datamaterialet i denne undersøkelsen.

En av informantene kontaktet meg 4 måneder etter intervjusamtalen via SMS på mobilnummeret som var vedlagt informasjonsskrivet, med melding om at vedkommende ønsket å trekke seg fra undersøkelsen. Jeg undret meg over om informantens avgjørelse kunne være et uttrykk for at livet ikke var så greit akkurat nå, og om det lå en opplevelse av å ha utlevert seg, sagt noe ”dumt” eller om det kunne være et ønske om at min tilstedeværelse skulle være mere presens, ettersom jeg ikke lenger arbeidet i enheten. Jeg reflekterte tilbake på samarbeidet vi hadde mens jeg fremdeles jobbet ved enheten og om vår relasjon kunne ha bidratt til at det ble vanskelig å avvise tilbudet om å delta. Ønsket om deltagelse kunne ha vært på feil premisser, nettopp på grunn av vår relasjon. Jeg har ved en tidligere anledning vært primærsykepleier for denne informanten. Ved en annen anledning ville jeg nok vurdert dette annerledes. Jeg kontaktet deltageren for å bekrefte at beskjednen var mottatt og videre for å se om det var noe jeg kunne bidra med for å trygge eller lande situasjonen. Informantens ønske om å trekke seg ble imøtekommet og materialet er derfor ikke tatt med i undersøkelsen.

Utvalget bestod av tilsammen 6 informanter. Jeg vurderte dette datamaterialet som mettet og derfor tilstrekkelig for å kunne besvare oppgavens problemstilling (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det er bare kvinnelige informanter med i dette studiet, og resultatene kan være farget av dette aspektet. På den annen side er den kjønnsmessige fordelingen representativ for enhetens inneliggende pasienter med komplekse traumehistorier. Deltagerne er aldersmessig fra 32 til 58 år. Alle har lange historier med ulike psykiske helsetjenester og har gjentatte innleggelses ved spesialisthelsetjenesten. De har en DES sluttskåre fra 25 til 46,07. I teorien kan dette indikere muligheten for at flere av informantene har en dissosiativ lidelse (Carlson & Putnam, 1993).

To av informanter var tilknyttet enheten gjennom et avlastningsopphold da undersøkelsen ble utført. En av informantene var tilknyttet enheten gjennom det ordinære behandlingstilbudet og 3 av informantene var tilknyttet enheten gjennom et PLIS-samarbeid. Begge ovennevnte informanter som av ulike årsaker ikke ble med videre i denne undersøkelsen, var tilknyttet enheten gjennom det ordinære behandlingstilbudet. Alle informantene ble som tidligere beskrevet, utskrevet fra enheten i januar, februar eller mars måned 2017. Det var på dette tidspunktet jeg var kommet dypt nok inn i forberedelsesfasen og bearbeidelsen av prosjektet, til å kunne rekruttere informanter. Intervjuene hadde en varighet fra 76- til 120 minutter og ble tatt opp på lydbånd. Jeg gjennomførte alle intervjuene på egenhånd.

4.4 Innsamling av data

4.4.1 Intervjuguide

En intervjuguide er en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås i løpet av intervjuet, der de ulike temaene springer ut i fra oppgavens problemstilling. Intervjuguiden lages med utgangspunkt i oppgavens problemstilling (Johannessen et al., 2016).

Jeg ønsket i denne undersøkelsen å utforske pasientenes erfaringer med 5-døgnsenhets behandlingstilbud for individer med komplekse traumehistorier. Hvordan opplever egentlig pasientene den behandlingen de får? Hva opplever pasientene selv som betydningsfulle fokus i egen behandling? Hvordan kommer dette arbeidet til uttrykk for den enkelte pasient? Tar

pasientene dette arbeidet med seg hjem? Er døgnbehandling til støtte og i så tilfelle, hva er til støtte? Hva synes pasientene om pendlingen mellom egen bolig og innleggelse i 5-døgnsenheten? Dette krevde at jeg måtte legge en plan for hvordan disse temaene skulle introduseres for informantene.

Jeg opparbeidet meg et utkast til en intervjuguide. Jeg gjennomførte først et prøve-intervju, basert på intervjuguiden, med en venninne og deretter en kollega med innsikt i enhetens arbeid. Dette ble gjort som en kvalitetssikring for eventuelle praktiske justeringer, samtidig som jeg ga meg selv muligheten til å trene meg på hensiktsmessige oppfølgingsspørsmål i rollen som intervjuer. Intervjuguiden (vedlegg 13) ble sendt til veiledere, enhetsleder ved 5-døgnsenheten, forskningsansvarlig ved klinikken og REK for ettersyn og kvalitetssikring.

4.4.2 Individuelle intervjuer

Fire av intervjuene ble foretatt i lokaler tilhørende enheten som forespeilet av informasjonsbrevet til deltagerne. Intervjuene ble utført på et tidspunkt valgt av informantene selv. To av informantene hadde imidlertid et ønske om at jeg skulle komme hjem til dem da det av ulike årsaker passet best slik. Jeg vurderte det som legitimt å gjennomføre intervjuene på den måten. Å bevege seg inn på informantens territorium for å snakke om vanskelige opplevelser, krevde imidlertid at jeg gikk inn i deres hjem med verdighet og respekt (Nilsen, 2015). Konteksten intervjupersonen lever i kan i slike tilfeller komme tydeligere frem (Lyberg et al., 2010). Jeg opplevde at jeg var ventet, kaffen var traktet og rommet hvor intervjuet foregikk, virket å være forberedt. Hadde jeg valgt å takke nei til forespørselen om å komme hjem til deltager, ville kanskje informanten følt seg avvist eller det ville vært mer tidkrevende å møte meg, slik at intervjuene i verste fall ikke ville latt seg gjennomføre. På den annen side kunne kanskje informantene vært friere til å forlate samtalen om temaene ville blitt for vanskelige. Jeg opplevde imidlertid ikke at det ble slik. Min opplevelse var at informantene var oppriktig glade for at jeg ønsket å høre deres erfaringer fra behandlingen ved 5-døgnsenheten.

Jeg opplevde at enkelte av informantene var mer stille enn andre og noen var også i større behov for innrammede spørsmål. Jeg fikk også inntrykk av at enkelte virket å ha en tendens til å bagatellisere egne vansker, som jeg opplevde ble en tilpasning eller mestringsstil. Flere

fremsto noe usikre og noen ga uttrykk for at spørsmålene var vanskelige å besvare og at de ikke fant ord for opplevelsen. I enkelte tilfeller kunne informantene ”dette ut” eller glemme spørsmål. Enkelte kunne også begynne å svare på et spørsmål, men så stoppe opp for å beskrive plutselig tanketomhet. Noen av informantene beskrev da at de ikke fant tilbake til tanken til tross for anstrengelser. Flere hadde også mye kroppslig uro i beina, fiklet med hendene. Enkelte ble svette i håndflatene og ved tinningene. Noen beskrev samtidig en opplevelse av fravær av følelser, som om en er skrudd av eller nummen. Enkelte gråt en del underveis i samtalen, mens andre igjen brukte mye humor og smilte det meste av tiden. Jeg observerte ingen klare utfall, tegn til sterk uro eller identitetsskifte hos noen av informantene. Livsverdenintervjuet, erfarte jeg, ble en god tilnærming i det å etablere en trygg atmosfære i intervjusituasjonen. Oppfølgingsspørsmålene rettet seg direkte til de konkrete situasjonelle erfaringene informantene selv beskrev. Ved å stille spørsmål som: ”hva skjedde? Pleier det å være sånn? Hva synes du om at det ble sånn? Kan du utdype det litt mer?”, opplevde jeg at informantenes beskrivelser ble rikere. Dette var en interessant erfaring, hvor jeg tenker at denne informasjonen sannsynligvis ikke ville kommet frem i kraft av intervjuguiden alene. På denne måten opplevde jeg at intervjusamtalene utviklet seg. Jeg brukte også oppfølgingsspørsmål relatert til hva andre informanter hadde snakket om. Tidvis opplevde jeg også at det var nødvendig å stille spørsmål som: ”Jeg ser at du beveger beina en del, registrerer du det selv også, vil du at vi skal avslutte, det ser ut til at du falt litt ut nå, er du her sammen med meg nå eller spurte jeg om noe upassende?”

4.5 Transkripsjon

Hensikten med å omformulere tale til tekst er å fange opp samtalen i en form som best mulig kan gjengi det informanten hadde til hensikt å fortelle, samt strukturere intervjuer til en form som lettere kan analyseres i datamaterialet. Jeg transkriberte alle intervjuene fortløpende, ordrett til et skriftlig format, men dialektord ble omskrevet til bokmål, spesielt med tanke på anonymisering. Kvale & Brinkmann (2015) anbefaler at uerfarne forskere transkriberer på denne måten, for å ha muligheten til alltid å kunne vende tilbake i intervjuutkastene for å søke etter inntrykk og ha muligheten til kvalitetssikring. Det var imidlertid en informant som tidlig gjorde meg oppmerksom på at hun i en annen undersøkelse opplevde å ha blitt gjengitt på en måte som gjorde at hun følte seg mindre intelligent. Denne refleksjonen fant jeg også igjen hos Kvale & Brinkmann (2015). Jeg har derfor valgt å ta ut alle fyll-ord, pauser og

følelsesuttrykk i sitatene når jeg presenterer funnene. Lydopptakene ble lyttet til flere ganger for å styrke gyldigheten og kvalitetssikre transkriberingen.

4.6 Analyse og tolkning

I denne undersøkelsen søkes det å analysere erfaringer på tvers av flere informanter som enten er i, eller har vært i, et behandlingssamarbeid med 5-døgnsenheten. Systematisk tekstkondensering (STC) blir ansett å være et redskap som egner seg for tverrgående analyse og utvikling av beskrivelser relatert til menneskelige erfaringer (Nilsen, 2015). For å kunne besvare oppgavens problemstilling benyttes derfor STC-metoden for analyse av datamaterialet i denne undersøkelsen. Malterud (2011) presenterer metoden på et detaljert nivå og dette har fungert som en konkret veiledning i arbeidet med å gjennomføre dataanalysen. Forfatteren vektlegger det å vise lojalitet til informantenes opprinnelige utsagn og meninger. Dette støttes av Tjora (2017) som fremmer en empirinær koding av intervjuene, for å redusere teksten av intervjuutdraget og samtidig bevare detaljene fra intervjusamtalene samlet i et sett med koder.

I dette kapittelet ønsker jeg å synliggjøre prosessen med hvordan dataanalysen ble gjennomført gjennom de 4 trinnvise stadiene STC-metoden krever (Malterud, 2011). Disse stadiene er følgende: Helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og sammenfatning.

4.6.1 Helhetsinntrykk – fra rådata til temaer

Jeg leste gjennom alle intervjuene flere ganger for å få et samlet inntrykk av materialet, som besto av 110 transkriberte sider med enkel linjeavstand. Dette dannet grunnlaget for 6 foreløpige temaer, med bakgrunn i intervjuguiden og selve intervjuene. Disse ble: *før innleggelse - under innleggelse - etter innleggelse – PLIS – avlastning - annet*. De ulike temaene fikk alle hver sin fargekode som støtte til sortering av råmaterialet. Deretter leste jeg alle intervjuene på nytt, hvor jeg samtidig understrekte teksten med fargen som tilhørte de ulike temaene og noterte stikkord fortløpende i marginen. På denne måten opplevde jeg å få et helhetlig inntrykk av den transkriberte teksten, hvor jeg mente å ha funnet 5 mulige temaer som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Disse ble: smerteuttrykk ved innleggelse, relasjoner, konkrete verktøy for følelsesregulering, ny selvforståelse, erfaringer med å komme

tilbake og øve i felleskap. Temaene representerte imidlertid ikke et resultat av systematisk refleksjon, men et nytt forsøk på å sortere råmaterialet. Hvert av temaene fikk hver sin farge, hvor jeg igjen leste alle intervjuene og samtidig understreket teksten med fargen som tilhørte de ulike temaene. Jeg noterte fortløpende stikkord i marginen. Oppgavens problemstilling var med meg som et memorerende ekko gjennom dette arbeidet. I samsvar med et fenomenologisk perspektiv jobbet jeg aktivt for å sette min forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes (Malterud, 2011). Jeg laget egne word-dokumenter for hver informant med overskrifter av de foreløpige temaene. Videre sorterte jeg de fargede tekstbitene av intervjuutdragene inn under overskriftene med den samme fargen. Det vil si at tekst som handlet om de samme temaene ble samlet under like overskrifter, men alle informantene beholdt ennå hvert sitt dokument. Arbeidet med å skille ut relevant tekst fra irrelevant tekst, begynte gradvis i denne fasen. Formålet var at jeg kunne skape meg et inntrykk av de deler av teksten som kunne tenkes å belyse oppgavens problemstilling. Dette som en støtte til å organisere intervjuutdraget til det neste analysetrinnet, hvor jeg ønsket å danne empirinære koder av hvert intervju.

4.6.2 Identifisere og sortere meningsbærende enheter – fra temaer til koder

Å omdanne temaer til koder blir ansett å være en forlengelse av utvalgsstrategien (Malterud, 2011). I dette trinnet av analyseprosessen ble overveielser om relevans, validitet og refleksivitet nødvendige ingredienser. Tjora (2017) sier at forsker vil kunne sitte igjen med de viktigste detaljene fra intervjuutdraget samlet i et sett med koder, ved å anvende en empirinær koding. Videre fremhever forfatteren at forsker på denne måten vil få tak på hva informantene faktisk sier, fremfor hva de snakker om. Dette lot jeg meg inspirere av. Malterud (2011) påpeker imidlertid at kodene bare er et redskap for organisering og ikke et mål i seg selv.

Jeg begynte med å printe ut det råsørte datamaterialet fra 1. trinn. Teksten ble gjennomgått linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. De delene av teksten som kunne si noe om temaene fra 1. trinn og problemstillingen ble valgt ut. Materialet ble organisert ved at de meningsbærende enhetene i teksten ble markert med empirinære koder, samtidig som jeg noterte i marginen. Hver informant hadde fremdeles sitt eget word-dokument. Beskrivelser som handlet om tidligere behandlingserfaringer ble tatt ut av den videre analysen fordi det egentlig ikke sa så mye om 5-døgnsenhetens behandlingstilbud. Jeg valgte også å ta ut forhold fra

tiden før innleggelse, da dette sammenfalt med den kunnskapen som gjorde at informantene hadde fått tilbud om et behandlingssamarbeid med enheten. Denne organiseringen av tekst til koder definerer Malterud (2011) som en systematisk dekontekstualisering. Det innebærer at deler av teksten blir hentet ut av sin sammenheng for videre å kunne leses i samsvar med nærstående tekstelementer, samt den teoretiske referanserammen.

Jeg printet deretter ut datamaterialet på nytt, og intervjuutdraget var nå redusert til 58 sider med enkel linjeavstand. De 6 intervjuene dannet grunnlaget for 379 koder. I følge Tjora (2017) er dette i overkant mange koder. Jeg jobbet videre med å sortere kodene inn i kodegrupperinger. Kriteriene for å lage kodegrupperingene var at kodene skulle si noe om forhold som har vært av betydning ved 5-døgnsenhetens behandlingstilbud. Hvordan beskriver informantene svakheter og styrker ved tilbudet. Kodegrupperingene ble stadig justert ut i fra de empirinære kodene, og jeg måtte vende tilbake til teksten ved flere anledninger for å sjekke ut hvordan de ulike tekstbitene ble sortert under den enkelte kode og videre inn i kodegrupperingene. Fargekodene gjorde det oversiktlig å følge hvor de ulike tekstbitene hørte hjemme og hvordan alle informantene bidro inn i de ulike kodegruppene. Jeg opplevde også at bruken av empirinær koding bidro til å memorere både intervjusituasjonen og hvor i datamaterialet jeg kunne finne tekstdelene. Jeg begynte deretter å gå gjennom hver enkelt kode innen hver kodegruppering, sortere og fortette gjennom å slå noen koder sammen, samt forkaste andre. På denne måten satt jeg tilslutt igjen med tre kodegrupper som skulle si noe om virksomme elementer ved 5-døgnsenhetens behandlingstilbud. Disse kodegruppene ble trygghet, relasjoner og traumeforståelse.

4.6.3 Kondensering – fra koder til mening

I dette trinnet av analysen abstraherte jeg kunnskapen som hver av kodegruppene representerte. Innenfor hver kodegruppe så jeg at det var nyanser som beskrev ulike meningsaspekter. Det ble også tydeligere for meg at koder jeg i trinn 2 hadde sortert under traumeforståelse, egentlig dannet grunnlag for en selvstendig kodegruppe - følelser. Jeg gikk derfor tilbake i teksten som allerede var gjennomgått, i et forsøk på å sikre at alle de meningsbærende elementene til hver kodegruppe hadde kommet med. Materialet innenfor den enkelte kodegruppe, ble videre sortert og fortettet gjennom å slå noen koder sammen, samt forkaste andre. Dette dannet grunnlaget til subgruppene innenfor hver kodegruppe, som jeg

mener ble beskrivende for de nyansene jeg mente å se i hver kodegruppe. Jeg organiserte dette materialet ved å lage en matrise for å holde oversikt, og subgruppene viste seg å bli enhetene for det videre analysearbeidet. Bevissthet og refleksjon rundt mitt vitenskapelige utgangspunkt, samt enhetens behandlingstilbud, kan ha vært av betydning for å forstå logikken jeg har benyttet i dette arbeidet. Videre kondenserte og fortettet jeg innholdet i hver subgruppe ved å utvikle et ”kunstig sitat”, som inneholdt de empirinære kodene i hver subgruppe. Jeg sjekket kontinuerlig ut hva denne teksten kunne si meg om oppgavens problemstilling. Hensikten var å skape en gjenfortellende form og sammenfatte innholdet i subgruppene. Jeg fulgte Malterud (2011) sin anbefaling om å bruke jeg-form, som en påminner om at sitatene skulle representere hver enkelt informant.

4.6.4 Sammenfatning – fra kodens til beskrivelser og konsepter

Resultatene fra denne analysen vil bli presentert i kapittel 5. Det er en sammenfatning av det ovennevnte trinnvise arbeidet med kunnskap fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. Validering av funnene er gjennomført ved å rekontekstualisere resultatene opp i mot det opprinnelige materialet. Dette ved å systematisk lete etter data som sier noe annet enn de funnene jeg har kommet frem til. Å visualisere data gjennom både farger, empirinær koding og matriser, ble et viktig hjelpemiddel i å organisere, noe som gjorde at jeg ble godt kjent med mitt opprinnelige materiale. De empirinære kodene bidro også til at jeg kjapt gjenkjente både intervjusituasjonen og hvor i datamaterialet jeg kunne finne tekstdelene. Dette mener jeg skapte en mental muskel, som ble et godt verktøy i analysens slutfase. Jeg hadde en komplett versjon av datamaterialet som ikke ble kodet eller dekontekstualisert, slik at jeg hadde anledning til å gå tilbake og sjekke funnene opp i mot den opprinnelige helheten til slutt.

4.7 Etikk

Jeg har i denne undersøkelsen valgt å ha fokus på hvilke opplevelser pasienter med komplekse traumeerfaringer har til 5-døgnsenhetens behandlingstilbud. Å utvikle teori og skape helhet ut over det enkeltstudier sier, er en øvelse i å gå et skritt videre og samtidig være etterrettelig i forhold til det rådende kunnskapsgrunnlaget som er eksisterende til en hver tid (Nordanger & Braarud, 2017). Denne etterretteligheten mener jeg å ha utvist etter beste evne i denne undersøkelsen. Praksisnær forskning kan være en hårfin balansegang, spesielt der hvor sårbare individer er involvert. Jeg har utarbeidet søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), hvor jeg presenterte prosjektet mitt. Det kommer frem

av brev datert 20.12.16, at prosjektet ikke krever godkjenning, da komiteen oppfattet prosjektet som evaluering av et etablert behandlingstilbud for å utvikle tilbudet videre. REK skriver at det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern, samt innhenting av stedlige godkjenninger (Vedlegg 14). For en nærmere beskrivelse av denne arbeidsprosessen henvises leser til kapittel 2.3.1, rekruttering. Videre har jeg utarbeidet prosjektbeskrivelse for ledelsen ved klinikken med skriftlig godkjenning, samt informasjonsskriv og samtykkeerklæring for informantene. Jeg har oppbevart lydopptak fra intervjuene etter gjeldene regler fra REK. Videre har jeg hatt tett oppfølging av flere veiledere og fulgt anbefalt masterseminar via HIOA gjennom ett år.

4.7.1 Forskers rolle

Dataene er samlet inn gjennom intervjuer av pasienter som har vært i behandling ved 5-døgnsenheten. Ettersom jeg tidligere har arbeidet ved denne 5-døgnsenheten, kjente jeg også alle informantene fra min kliniske praksis ved enheten. Det kan derfor være en risiko for at deltagerens svar er farget av at jeg ikke er nøytral. På den annen side opplevde jeg at informantene virket oppriktige i sine tilbakemeldinger og at vi hadde en felles interesse rundt temaene som det ble snakket om. Nilsen (2015) påpeker at forsker må være seg bevisst på at det fortsatt vil være en asymmetrisk relasjon mellom informant og forskeren.

Det er motstridende meninger om behandlingen og fenomenet som oppgaven søker å utforske, spesielt blant profesjonsutøvere. Lyberg med kollegaer (2010) sier at uenigheter ikke skal glattes over, men kritikken bør fremføres på en vennligsinnert og saklig måte, for på den måten å stimulere forskeren til å vurdere kritikkens betydning og relevans for å forbedre sitt prosjekt. Forfatterne skriver videre at det er viktig å stille seg spørsmålet om man har tilstrekkelig metodisk kunnskap til å innhente relevant og nødvendige data, analysere dem og sette dem inn i en teoretisk, forskningsmessig sammenheng. Dette spørsmålet ble sterkt aktualisert i meg, da min forskningserfaring er liten og oppgavens tematikk er stor. Det er en overgang fra å være en som utvikler konsensus gjennom klinisk erfaring, litteraturgjennomgang og diskusjoner, til nå å skulle kommunisere med en kommunikativ validitet, til den medisinske kultur. Jeg har imidlertid fått tett oppfølging av veiledere som har utfordret meg til å forsøke å forklare og argumentere for mine beslutninger ved å stille

kritiske spørsmål under hele forskningsprosessen. Den første delen av forskningsprosessen (forberedelsesfasen) ble et viktig ledd i det å skape en selvstendig trygghet på at jeg opplevde prosjektet realistisk og meningsbærende. Når jeg følte meg trygg på disse elementene, ble det lettere å kunne innta en mer spørrende og kritisk holdning til egen praksis. Dette har lært meg at fruktbare forskningsprosesser er avhengig av at man ikke ser hverandre som konkurrenter, men som samarbeidspartnere. Videre at det kan være vanskelig å gi den konstruktive kritikk som kreves for at forskningen skal holdes på et høyt nivå.

Den teoretiske orienteringen i denne studien er inspirert av utviklingsforståelser fra blant annet TSD, (Van der Hart et al., 2006; Nijenhuis, 2015), nyere traumepsykologi (Nordanger et al., 2017; Berg & Bekkelund, 2014; Anstorp et al., 2006, 2014; Hagen et al., 2016) og tilknytningsteori (Bowlby, 1982, 1998; Fonagy, 2001; Hart, 2011; Hart & Schwartz, 2009; Karterud, 2017; Skårderud & Sommerfeldt, 2013; Wennerberg, 2011). Videre vil undersøkelsen være farget av metoder fra kognitiv-, dynamisk- og mentaliseringsbasert tilnærming og teori, da dette er en del av enhetens faglige forankring. I tillegg kan jeg ikke frigjøre meg fra mitt eget liv og de spor dette har satt i meg. Disse aspektene har sannsynligvis også påvirket både datainnsamlingen og analyseprosessen.

Jeg har nå presentert hvordan jeg har arbeidet med alt fra å skaffe informanter, gjennomføring av intervju og behandling av dataene. Jeg vil videre i det neste kapittelet presentere funnene.

5.0 RESULTATER

I kapittel 4.6. beskrives prosessen som førte meg frem til fire hovedtemaer som er organisert under: Trygghet, relasjoner, følelser og traumeforståelse. Hvert tema har sine undergrupper som vil bli presentert fortløpende i denne teksten.

5.1 Trygghet

Alle informantene i studien fortalte om et grunnleggende behov for å føle seg trygge. De beskrev gjennomgående om skremmende symptomer, høyt stressnivå og sterk redsel som var fryktelig tøft å stå i alene. Informantene ga uttrykk for at de aldri fikk noen pauser i hverdagen og at det lett kunne bli slik at det hele besto av å håndtere symptomer. Noen angir at de mistet mye tid, glemte avtaler, følte seg fjern og alt handlet om å prøve å få til noe de ikke fikk til,

hele tiden, 7 dager i uken. Flere hevdet at når ingenting praktisk skjedde i livet, skjedde det heller ingenting på innsiden. Noen forteller at de kunne ha vært hjemme i flere uker, uten å ha sett noen andre mennesker. En sier det slik:

Det skjer ingen endringer og man kan lett bli sittende fast i et sånt hjul, isolasjonshjul, også blir det normaltilstanden. Når man er helt alene og er helt isolert, så har man ingen andre som kan korrigere det. Det er triggende å være mye alene.

Informantene sier at det da var godt å kunne komme til et sted å få roet ned, få føle seg trygg, evaluere, hente seg inn, samle nye krefter, se folk eller å få muligheten til å komme i gang igjen, når hverdagen hadde stoppet helt opp. Alle bemerket nødvendigheten for tid, i prosessen med å bli trygg nok til å kunne begynne å jobbe med seg selv. Flere trekker frem samarbeidet mellom enheten og andre behandlingsrelasjoner som trygghetsskapende. De vektla også betydningen av at enheten var klar over hvilke utfordringer de strevde med da de kom til enheten og at dette skapte en opplevelse av sammenheng med den polikliniske behandlingen. En uttrykker det på følgende måte:

Noe av det som gjorde dette så magisk for meg, var jo at poliklinisk behandler gikk god for avdelingen, jeg kjenner dem, de er bra folk. Da jeg kom hit til vurderingssamtalen var de flinke til å anerkjenne min polikliniske behandler, hun har sendt en veldig god søknad. Alle var flinke til å bygge sånne broer mellom de ulike stedene og det har hatt kjempe stor betydning for meg.

5.1.1 Rammer

Informantene fortalte at enhetens rammer representerte noe stabilt, noe som var der ganske likt hver uke og som fikk det til å gå bedre. Informantene sier at dette bidro til en opplevelse av å få ta del i en slags hverdag, med rammer, struktur, rutiner, måltider og et fellesskap som vekket en opplevelse av håp og mestring. Flere fortalte at det var akkurat det de hadde trengt, få rutiner i løpet av døgnet, få mat, få søvn, få hvile, få sett folk og kanskje få slutt på isolasjon. Informantene trekker frem betydningen av at personalet alltid banket på døren når det var aktiviteter som kveldskaffe, frokost eller middag og at dette var spesielt viktig når alt var nytt og skummelt og en ikke helt visste hva en måtte gjøre eller hva som var forventet. Informantene trekker frem at det også var de samme folka som jobbet, slik at en ble trygg på et sted og folka som var der. Dette opplevde de bidro til at det ble lettere å jobbe med seg selv fordi det da ikke ble så utrygt. Informantene mente også at rammene skapte noen rom som

gjorde det mulig å tørre å åpne opp og igjen kunne få lukke igjen før avreise hjem på fredager.

En sier det slik:

Jeg har kunnet øve meg på at jeg kan føle litt på ting etterpå og at det går an, det er trygt, fordi jeg har folk rundt meg, det er folk som er på jobb, folk jeg kan snakke med som kan hjelpe meg å hente meg inn... alle sånne reaksjoner på sånt vanskelig, der kan man vise det, det er greit og det er plass til det, sånn man ikke kan i samfunnet og på jobb.

Flere informanter opplevde også at enhetens rammer bidro til at hjemmesituasjonen fikk en bedret struktur. De sier at det å komme i gang med en hverdag i enheten gjorde at de kunne fortsette å øve seg på daglige rutiner i hjemmet, samt forebygge isolasjon ved å skape noen avtaler med andre mennesker. Flere trekker også frem at det var mer rom for å snakke om vanskelige temaer i individualterapien, fordi det ikke var nødvendig å bruke av behandlingstiden for å kartlegge om en var i stand til å dra hjem etter behandlingssamtalen. Noen tenkte også at enhetens PLIS-tilbud bidro til å skape noen rammer som gjorde den polikliniske behandlingen mer effektiv. En sier det slik:

Vi brukte veldig mye tid på poliklinikken på å snakke om jeg var så dårlig at jeg trengte øyeblikkelig hjelp eller om jeg klarte å dra hjem igjen etter timen. Så brukte vi halvparten av tiden på å diskutere det, mens nå er det litt mer sånn at jeg vet at jeg skal inn igjen den og den uka, så da kan vi snakke om det som er vanskelig, i stedet for det praktiske rundt det på en måte.

Informantene sa at de syntes den største forskjellen mellom 5-døgnsenheten og poliklinisk behandling var at behandlingen på døgn gikk i et mye raskere tempo. De opplevde at personalet hadde tid til en og at en ikke ble prisgitt akkurat de 45 minuttene hos en psykolog. Noen beskrev at de 45 minuttene opplevdes som en bruddstykkebehandling, fordi en skal gå hjem for å håndtere, for så å vente en eller to uker. I miljøet kan en ta opp tråden senere, i løpet av dagen, dagen etter og hvert fall i løpet av de 5 dagene enheten er åpen. De fortalte at det er mer avslappende når en gjør ting i miljøterapi, fordi en kan øve når det er mer aktuelt og akutt. En sier: ”er jeg i en tilstand, så kan vi øve på det der og da”.

5.1.2 Betydningen av personalets tilstedeværelse

Informantene sier jevnt over at de opplevde enhetens miljø som hyggelig og at det var en god atmosfære og et godt sted å være. Flere løfter frem aspektet om at det ikke hadde føltes like

konfliktfylt som essensielt. Noen trekker frem personalets bruk av humor. Andre mente trivselen blant personalet smittet og skapte god stemning. Alle vektla at rutinene gjorde det forutsigbart, noe som igjen fremmet en opplevelse av trygghet. Flere av informantene fortalte at personalet virket trent på det å legge merke til, registrere og legge til rette for et trygt nok miljø. Informantene sier at det var viktig, da alle tilkjenner at det var mange triggere i miljøet. Noen sier at det kunne være vanskelig å sette grenser overfor andre og at det lett kunne bli en anstrengt atmosfære når personalet ikke var tilstede i miljøet. Flere sier at de ønsket å passe på at alle skulle ha det bra og var redde for å lage dårlig stemning. Noen sier de lett kan ta mye ansvar i slike situasjoner. En sier: ”det ble kanskje sagt ting som var triggende for andre... noen som delte veldig mye, så visste jeg ikke helt hva jeg skulle gjøre med alt det, fra de som hadde sagt veldig mye”. En annen sier det slik:

Det er viktig at personalet skjønner betydningen av at de er i miljøet. Jeg savnet det de kveldene det ikke var det. Vi trenger noen moderatorer... Jeg trenger den lille drahjelpen for å kunne sitte sammen med de andre i det ustrukturerte... jeg bruker personalet til sosiale referanserammer.

5.2 Relasjoner

Informantene i studien sier at de var svært skeptiske til personalet og manglet tillit til at noen kunne og ville hjelpe dem. Enkelte forteller at de faktisk ikke stolte på noen til å begynne med og syntes de fleste i enheten virket både småteite og kunnskapsløse. Flere av informantene fortalte at de ønsket å ha tillit til andre mennesker, de ønsket å tro på at folk ikke skulle skade en, at andre ikke var ute etter en eller planla å lure en. De ønsket også å slippe å være paranoide. Noen mener dette handlet om en selv og en intens angst til andre mennesker, hvor savnet etter kontakt også kunne være sterkt fremtredende, på samme tid. Flere sier at det var lettere å ta kontakt når en visste hva en kunne bruke personalet til. En beskrev det slik:

Det er vanskelig for meg å gjennomføre ting på egenhånd... også har jeg jo vanskeligheter med å ha tillit til folk, og da er det jo litt sånn at de jeg klarer å ha tillit til, da er det jo lettere for meg å samarbeide og åpne opp for et samarbeid, enn med de jeg ikke klarer det med, eller de jeg ikke klarer å ha tillit til, så da er det jo sånn at jeg påvirker jo i stor grad selv hvor mye jeg inviterer til... på en måte, å jobbe med det her. Når jeg vet hva jeg kan bruke personalet til er det lettere å ta kontakt, enten for å snakke eller bare være stille sammen.

En informant vektlegger også betydningen av at personalet ikke sier noe de ikke kan følge opp, og uttrykker det slik: ”enkelte er jo veldig gode på å alltid følge opp det de sier, men hvis du først skal love noe, må du være sikker på at du kan følge det opp”.

5.2.1 Å bli sett og møtt

Informantene i studien understreket betydningen av at personalet ikke generaliserte hele ens person til en som bare gikk i behandling. Flere ga uttrykk for at enheten hadde hatt en lite konfronterende stil og noen ga uttrykk for at de ikke hadde møtt noen fordømmelse eller irettesettende holdninger. En sier: ”Jeg synes nesten at det er litt skummelt å si, fordi hva tenker folk da”. Informantene forteller gjennomgående at de erfarte at de hadde følt seg både sett og møtt. En sier det slik: ”Jeg følte meg sånn veldig sett, faktisk i den grad at jeg ble svært mistenksom på om det lå noe under”. Noen markerte også at det er en vesentlig forskjell på å bli møtt med forståelse og faktisk oppleve seg sett og forstått. En annen uttrykker det slik: ”...jeg har følt meg så veldig forstått og sett, på mange områder som jeg ikke har sett selv”.

Informantene vektla nøytrale situasjoner fra miljøterapien som svært nyttige erfaringer, fordi det var helt hverdagslige aktiviteter og alminnelige temaer i samtalene. En sier: ”så kan du altså gå inn på kjøkkenet å lage deg te eller kaffe, du kan til og med stjele litt melk i kjøleskapet”. Flere angir dette som en taktil merkbar kontrast til det sterile og kliniske, som flere beskrev at de hadde lange erfaringer med fra tidligere. En definerte forskjellen som ”den gamle psykiatrien og den snille psykiatrien”. Flere fremhevet betydningen av de små tingene som personalet hadde delt fra sitt privatliv og erfaringer med at personalet hadde våget å være nære, uten at det ble privat og rart. Noen trekker frem det at personalet kunne komme innom å si hadet før de gikk av vakt eller noen lapper med tekst som en kunne ta med seg hjem, noen små personlige ting. Informantene beskriver at de hadde følt på en rådende aksept for den de var og det de bar med seg. De forteller at det til å begynne med var vanskelig å tro på, men at det etter hvert skapte en dypere mening, nettopp fordi dette bidro til å redusere skamfølelsen og finne mer tro på seg selv.

Jeg vet ikke om folk skjønner hvor viktig akkurat det kan være... det er noe som gjør at jeg nesten ikke har noen skamfølelse her... i forhold til all annen behandling, hvor jeg har hatt en sånn massiv mengde med skam... det er vanskelig å forklare det, men for meg er det så tydelig.

Informantene forteller at de samarbeid som hadde virket best for dem, var med personer som hadde en litt pågåenhet, nesten intens, men ikke invaderende og som alltid sjekket ut hvordan informantene selv syntes at samarbeidet fungerte. Flere bemerket også at det personalet som virket trygge på seg selv, var tydelige, tålmodige, bestemte og rolige kunne ha en stabiliserende effekt. Noen angir dette som en ny erfaring i samspill med andre mennesker. En sier det slik:

Når jeg kunne se at de ikke syntes dette var så farlig, slik jeg opplevde det, hjalp det meg... Da kjente jeg på ro og det er en sjelden følelse og særlig blant folk.

Flere forteller at det var nærende med tilbakemeldinger fra personalet fordi dette bidro til å gjøre en mer oppmerksom på ulike sider ved seg selv. De fleste angir at dette startet i relasjon med sine teamkontakter, fordi det følte mest naturlig og som regel tryggest. Enkelte forteller at trygghets sirkelen etter hvert kunne bli litt større og at noen andre miljøterapeuter også kunne romme noen slike funksjoner for dem. Informantene beskriver opplevelser av å ha blitt tatt i mot med både forståelse, ansvarliggjørende holdninger, omsorg og nærhet. En sier det slik: ”andres tilbakemeldinger på det jeg gjorde, eller hvordan jeg forholdt meg, gjorde at jeg selv ble oppmerksom”.

5.2.2 Opplevde at jeg ble tålt

Mange av informantene fortalte at da de begynte å slippe enkelte av personalet inn på seg og de hadde blitt viktige for dem, var det vanskelig når disse ikke var på jobb. Flere beskrev hvordan de kunne demonisere alt annet personale i flere dager, med all verdens kroppsspråk, være avvisende og at det ikke var grenser for hvor farlig alt følte. Noen fortalte om hvordan enkelte i personalgruppen kunne minne om familiemedlemmer eller andre mennesker de hadde et anstrengt forhold til. En uttrykker også hvordan sånne tilsynelatende ”perfekte liv” kunne provosere, for hvordan kunne dette ”perfekte livet” forstå hvordan en hadde det? Mange forteller at de i etterkant av slike episoder ofte følte seg svært flaue, men at de hadde erfart at personalet ikke hadde blitt sinte eller latt seg skremme av intensiteten i følelsene som hadde vært fremme. Flere av informantene i studien forteller at de hadde vært redde for at personalet skulle definere dem som manipulerende, splittende, oppmerksomhetssøkende eller

det å bli fortalt at en måtte ta seg sammen. Informantene sier at opplevelsene av å bli tålt og erfaringene med hvordan de klarte å snu slike situasjoner, hadde vært svært nyttige erfaringer, som skapte en opplevelse av å føle seg helere. En beskriver det slik:

De har ikke blitt redd for intensiteten i følelsene mine, når de først kommer har jeg blitt møtt med en sånn grunnleggende tillit til at jeg kommer til å klare og sortere dette. Disse intense opplevelsene, det er helt merkelig at jeg kunne reagere så sterkt, men det var så intenst. Hvis noen hadde sagt til meg at nå må du ta deg sammen, så hadde jeg jo gjort det. Jeg hadde gjort det med å låse, jeg hadde gjort det med det jeg kan, som er den distanserte, låste, kontaktløse greia.

5.3 Følelser

Informantene i studien beskrev at de følelsesmessig hadde vært enten frakoblet eller påkoblet og at det var lite i mellom dette. De fleste mente at de trolig hadde vært frakoblet hele livet. Flere tilkjenner at akkurat det å skulle kjenne etter var noe de hadde redsel for. Påkoblet modus ble omtalt som sterke følelsesuttrykk som ofte førte en rett inn i fullstendig panikk med negative tanker, bilder, minner, kroppslige reaksjoner og total forvirring. Flere beskrev at de ikke klarte å kjenne etter, for hvis en først kjente etter, ble det nesten alltid rett i den panikken med en gang. En sier det slik: ”for enten så er jeg av eller på, det er ikke akkurat veldig stabilt”. Flere beskriver at den indre uroen ligger der som et bakteppe hele tiden, noe en har lyst til å bli kvitt. De forteller at de ikke hadde så mange konstruktive måter å bli kvitt dette på, og at en derfor gjorde disse tingene, som riktig nok ikke var så bra, men at det tross alt hjalp en litt. Flere fortalte at de hadde redsel for hva som kunne komme til å skje hvis de ikke klarte å dytte den indre uroen vekk, for plutselig kunne en stå i en situasjon der panikken kom over en og de ble fanget. Flere av informantene forklarte at de derfor måtte ha den der måten hvor en nettopp bare kutter det av, stenger, lukker, fjerner og ikke forholder seg til det, som en slags første reaksjon. Mange beskrev en massiv frykt for å bli fanga. En beskriver det slik:

Jeg har ikke helt lært meg hvordan jeg skal (åh, Gud) JA, uten at det skal synes for masse da, ja, at jeg bare skal dissosiere eller bare, at folk ikke skal få kontakt med meg eller at jeg skal begynne å gråte eller få panikk, at jeg ikke skal klare å gjøre jobben min, at folk ikke skal kunne regne med meg.

Informantene beskrev at det var vanskelig å ta tak i egne reaksjoner og at det føltes helt umulig å få en oversikt på dette alene. Flere fortalte at de da stengte av alt som dreide seg om

følelser, latet som om alt var bra og holdt det gående. Mange uttrykte at de kunne ha en tendens til å teoretisere og intellektualisere, slik at det lett kunne virke som om en hadde mer kontroll enn det som egentlig var tilfelle. Flere mente at en som frakoblet, ikke kjenner at noe blir vondt og en kan derfor gjennomføre det som en har planlagt både fysisk, psykisk og sosialt - til det brått ikke går lenger.

Informantene beskrev ofte frakoblet modus som fjern, nummen, død, en tilstand som heter ingenting eller dissosiativ. En sier: ”det verste er all døheten som kunne pågå i dagesvis... jeg er så apatisk når jeg er død, da er ingenting mulig”. Alle informantene definerer dette fenomenet som tåka. Noen sier at de da kunne miste minnet, tanken og enkelte fortalte at de kunne finne ”bevis” på at de hadde utført ulike aktiviteter som de ikke kunne huske å ha utført. En forklarer det slik:

Det kan være forskjellige ting, det kan jo være bare tidstap, at jeg virker helt vanlig, jeg gjør vanlige ting, men jeg husker det ikke etterpå. Og det kan være alt fra noen timer, til flere dager og når det var på det aller verste, uker. Også kan det være slik at jeg bare er helt stille og stirrer i veggen og bare er ikke kontaktbar da.

Informantene sier at det å få undervisning om følelser bidro til å normalisere det indre kaoset, gjennom blant annet å få satt litt navn på det. Flere fremhever at dette reduserte skamfølelsen og skapte reelle muligheter til å våge å kjenne litt etter, å åpne opp eller det å vende seg mot seg selv og andre mennesker. En sier: ”Når jeg har et språk, føler jeg at jeg tåler mer, ting blir ikke så vanskelig og skummelt”.

Brorparten av informantene forteller at de opplever å ha flere ulike deler inni seg og angir at dette systemet ble vekket til liv for fullt når en begynte å jobbe med det. En sier det slik:

For meg så kjennes det ut som om jeg har flere ulike deler inni meg og at den som alltid har passet på oss, og sørget for og kontrollert alt, det har vært en funksjon, fordi det har vært så utrygt rundt meg, så den har passa på at, ja, at det kan være så forutsigbart som mulig, på en måte. Den vekkes jo til live for fullt, nå som vi lis'ksom har begynt å jobbe med de der tingene.

Flere uttrykker at de fikk masse symptomer av dette og derav kunne få lyst til å gi opp hele greia.

5.4 Traumeforståelse

Flere av informantene i studien tilkjenner en opplevelse av at det ikke hadde vært så mye intellektuelt snakk gjennom behandlingsforløpet, men at de hadde erfart at det hadde vært mest fokus på følelser. En sier: ”Akkurat det å kjenne etter var jeg veldig redd for”.

Informantene sier at kunnskap om traumereaksjoner har vært essensielt i arbeidet med å få økt kontroll i eget liv. De forteller at dette bidro til å gjenkjenne reaksjoner og ting de selv opplevde å streve med. Flere uttrykker at dette ikke hadde vært et tema i terapi før. De beskriver at behandlingserfaringer fra tidligere ofte hadde vært rettet mot de symptomene som skapte utfordringene i hverdagen. En beskriver det slik:

Det er jo litt sånn, hvorfor henger jeg over do, det handler jo ikke om at jeg vil bli så tynn som mulig. Hvorfor skal vi snakke om brødskiver, kan vi ikke heller snakke om hvorfor jeg holder på med dette egentlig? Jeg har møtt en slags forståelse for det her, jeg må ha en ventil...

Flere av informantene sier at de aldri hadde tenkt på at det de erfarte som barn ikke hadde vært greit. Noen forteller at dette kanskje hadde gitt seg til uttrykk på en måte som de selv ikke hadde tenkt på. Mange fortalte at de hadde gått med en opplevelse av at det var noe feil med en og at de følte seg svært skamfulle. Noen sier at de i mange år hadde sagt at de følte seg så fjerne, men aldri fått inntrykk av at noen hadde skjønt hvor mye tid en mistet og hvor mye av hverdagen som da forsvant for en. Mange beskrev at de hadde gått til mye forskjellig behandling, men aldri før følt at det hadde føltes så riktig. En sier det slik:

De forståelsesmodellene har vært veldig hjelpsomme... Skapt en opplevelse av at det går an å være tilstede med veldig mange ulike nyanser av meg selv, uten at det har vært regressivt eller barnslig. Det har skapt en aksept som har gjort at jeg føler meg mye helere.

Flere forteller at det er en øvelse å kunne stole på at det ikke er en katastrofe og bli redd og få angst, at en ikke må kaste opp eller kutte seg selv for å få det bort. De forteller at det er en øvelse å kunne ha det sånn i to timer, uten å dø. De beskriver at de trenger noen erfaringer med at en ikke går i oppløsning, selv om en er lei seg. Informantene sier at de intellektuelt sett kan forstå at det ikke er mulig at kroppen bare råtner opp, men at en likevel kan være veldig redd for at dette kan skje. En beskriver det slik:

For mye angst eller for nummen, for dissosiativ. At man har ting man kan, ja strategier da, for å prøve å håndtere for sterke følelser eller fravær av det, kanskje. Men det er jo ikke så lett... Prøve å være i midten da, verken være underaktivert eller overaktivert.

5.4.1 Undervisning

Det store flertallet av informantene i studien beskrev at toleransevinduet ble en sånn gjennomgripende ting å holde tak i. En sier det slik: ”Toleransevindu gjør noe litt konkret. Det er på en måte et bilde som gjør det lettere å forstå hvordan jeg har det”.

Flere forteller at de hadde så mye følelser og noen beskrev at de rota litt med hva som var egne og andres følelser. En forteller: ”jeg har hatt så mye følelser, og holdt på med det toleransevinduet”. Flere trekker frem betydningen av å forstå at underaktivering ble ansett som en like alvorlig tilstand som overaktivering. Mange fortalte også at de aldri hadde vært opptatt av følelser tidligere. Noen opplevde at de fikk mye nyttig kunnskap under innleggelsen. Flere trekker frem det å få tak på egne triggere som betydningsfullt i arbeidet med å få økt kontroll. Andre forteller at de opplevde det som mer konstruktivt å legge merke til hva som er tilstede når en er i toleranse. Noen angir at den psykopedagogiske gruppen skapte en anledning til å se litt på viktige temaer og sitte på god avstand og kjenne på hva en følte i forhold til ulike temaer. Andre fortalte at de kunne bli alt for opptatt av det teoretiske. En sier det slik:

En av de andre pasientene dreit egentlig litt i den teorien, så lenge det funka, men for meg så ble på en måte, den teorien litt sånn... jeg ble alt for teoretisk på en måte... altså så opphengt i det.

Noen trekker frem samtalegruppen som et sted å kunne trene på sosialt samspill. Andre følte samtalegruppen var krevende. Arbeidet med teamkontaktene blir imidlertid trukket frem som det mest fruktbare i behandlingsforløpet, fordi det er hverdagen, ”dag etter dag med miljøkontaktene”. Denne plassen ble av flere beskrevet som det viktigste stedet å føle seg trygg nok. En sier det slik:

Hun kjente meg veldig godt og kjente mine reaksjoner når jeg falt ut... hun så det med en gang, før jeg gikk inn i panikken... hun holdt meg nok kanskje innafor toleransevinduet, sånn at jeg fikk tåle den situasjonen og eie den etterpå. Hun hjalp meg med å holde en litt mer sånn stabil linje gjennom den opplevelsen og hva den historien representerer for meg.

5.4.2 Konkrete verktøy

Flere forteller at den nye kunnskapen ikke skapte noe til å begynne med, at de kunne skjønne det i teorien, men hvordan å kunne bruke den eller forstå det i praksis var svært krevende. Denne fasen i behandlingen beskrives som både frustrerende og nærende. En sier: ”jeg skjønnte ikke hva dere snakket om, masa om disse sansene. Jeg skjønnte det jo i teorien, men kjente ingenting. Dette kommer aldri til å virke på meg. Det ble en sånn ekstra panikkgreie”. Flere forteller at de den første tiden brukte mye tid på å registrere ting sammen med miljøpersonalet og at de opplevde dette som svært meningsløst. En sier: ”jeg skjønnte ikke helt poenget med det, nå må vi gjøre noe her, ikke bare gå rundt å registrere hvordan jeg har det”. Men etter hvert som informantene fikk erfare situasjoner som en kunne relatere seg til, som for eksempel, dissosiative episoder, beskriver alle informantene de konkrete verktøyene som et vendepunkt i forståelsen av sine reaksjoner. Det konkrete ble erfart som noe som gjorde det lettere å være tilstede og forholde seg.

Informantene beskriver at det er vanskelig å trene på slike teknikker hjemme, da det å gjennomføre dette i praksis er annerledes enn hvordan det ser ut i hodet når en tenker på det. En sier: ”det er ikke alltid det fungerer, det fungerer jo ikke når jeg først er i den tilstanden”. Noen trekker frem betydningen av å kunne benytte verktøy som også involverte andre. Flere mener at de konkrete øvelsene skapte en anledning hvor en kunne øve seg på å kjenne etter, legge merke til ytre elementer, fremfor å forsvinne inn i tåka. Det beskrives som en ganske krevende øvelse å kjenne at en hadde gulvet under føttene, kjenne på kroppen, kjenne en kroppsdel, beina. Informantene forteller at det derfor var svært viktig med trygge samarbeidspartnere i dette arbeidet, fordi det kunne være både skremmende, skamfullt, men også en viktig arena for å kunne øve på å åpne opp og få økt kontroll over vanskelige følelser. Noen fortalte at det som av og til kunne hjelpe mest, var når teamkontakten kunne fortelle om seg selv, som for eksempel hva som var blitt spilt på radioen på vei til jobb. Flere informanter forteller at dette skapte en mulighet til å kunne bruke egen energi til å se dette for seg, og derav en måte å kunne gå ut av det vanskelige på. Noen beskriver at de blir nummen, får synsforstyrrelser, kan miste hørselen og at en synker inn i et hull, hvor tiden og alt er borte, det er ingenting. En er ikke, verden er ikke, en hører ingenting, en ser ingenting. De beskriver at det kan føles ganske håpløst, når en ikke er noe. En sier:

Jeg vet ikke hvordan eller... hvordan å unngå å havne helt der da, det er mulig hvis man klarer å legge merke til at man begynner å bli litt sånn fjern, da kan man sitte med den knotteballen eller navngi gjenstander i rommet, bare for å forsikre seg om at man er her da. Nå er jeg her i dette rommet, i dette rommet er det en pult og et bilde, en farge, hva som helst.

Noen beskriver at de har bedrevet med ulike type tøyingsøvelser inne i en selv. De forklarer at ved å kjenne, tørre å eksempelvis tenke på blomster, tørre å relatere disse blomstene opp i mot levende mennesker, så tøyes det ett sånt indre rom. En sier:

Det er akkurat som om jeg setter opp en sånn rustning, veldig, veldig langt ute, i tilfelle noe skulle komme for nære, sånn at jeg har veldig lang tid på å forsvare meg. Men det er bare sånn at inne i den rustningen så forsvinner jo jeg. Og da kjennes det ut for meg som om det å bruke taktil sans også kan være en vei ut av isolasjonen. Jeg tror det... jeg har begynt å utforske sansene mine.

Informantene er helt klare på at arbeidet med de konkrete verktøyene hadde vært en viktig lærdom under behandlingsforløpet. Noen sier at de ikke alltid virker når de trengte dem, andre erfarer at de konkrete verktøyene virket, bare en evnet å huske på dem. Flere sier at det var en tidkrevende prosess med mye usikkerhet. Noen påpeker at det er litt forskjell på hvordan folk er i miljøet og hvordan det er å ha samtale med dem en til en. Informantene opplyser at kunnskapsnivået til personalgruppen var varierende og at noen skaper mest trygghet når de er i miljøet. En sier:

Det er store forskjeller på hvordan de ansatte bruker disse konkrete verktøyene. Det hjelper meg å kunne hente meg inn, for det helt konkrete, det hjelper. Men det er altså veldig, veldig, veldig forskjellig fra hvem som jobber. Når jeg er langt ute og kjører, så merker jeg det ikke selv... da trenger jeg den oppmerksomheten og hva dere som jobber her ser.

Informantene beskriver at de opplever at alle i personalgruppen gjør så godt de kan, men at det ikke alltid fungerer like bra. En informant foreslår følgende:

Vi skulle kanskje ha snakket sammen på forhånd, hvis det skjer, hvordan er det best å håndtere det, både for pasient og personal. Det som er vanskelig når det oppstår situasjoner som jeg synes er ugreie, jeg synes jo det er vanskelig å si noe om det, hva vet vel jeg, det er vel en grunn til at dere gjør som dere gjør.

5.4.3 Håndtering

Informantene sier at enheten har vært en viktig øvingsarena, som startet i relasjon med sitt behandlingsteam. De forteller at det å få sjekket ut ulike strategier over tid, gjorde at de etter hvert fant noen verktøy som fungerte for dem. De fortalte at enheten ble et trygt sted hvor de hadde fått anledning til å øve på noen ordentlige mennesker og jobbe med ulike bilder og strategier som etter hvert skapte mening. Informantene beskrev at de følte behandlingsforløpet hadde vært en prosess med å få bli trygg nok, til å kunne være i relasjon med andre, omgivelser, seg selv og de konkrete verktøyene. Flere forteller at teamkontaktene bor inni en på en hverdagslig måte, ikke som Guder eller guruer, bare som en sånn solid hverdag. En sier:

Jeg har ikke hatt noe forhold til å prøve å ha det bra, det har vært utenfor mitt repertoar, jeg har heller ikke visst hvordan jeg skal gjøre det. Nå vet jeg litt av begge deler... Jeg kan velge en bedre retning, ikke velge at det blir bra, men jeg kan velge meg i retning av noe som kan hjelpe meg.

Alle informantene mente at vekslingen mellom enheten og egen bolig var nyttig. De sier at det å dra hjem og jobbe videre, øve på det arbeidet som var gjort gjennom uken, bedret fungeringen i egne omgivelser. Noen forteller at det kunne være krevende å dra fra enheten på fredagene, at de ikke følte seg trygge hjemme og lett kunne ty til litt gamle uvaner for å stenge følelser ute. Andre igjen opplevde at det å komme tilbake til enheten var mer krevende. De tenkte at det å tørre om igjen, fortsette å kjenne etter eller kjenne på tilknytning til enheten var vanskelig. Informantene gir uttrykk for at vekslingen mellom 5-døgnsenheten og egen bolig ble en viktig del av behandlingen for at ny kunnskap og mestring skulle få satt seg. Det gav også en øvelse på å kunne re-starte seg. Noen tenkte også at det å dra hjem i helgene gjorde noe med følelsen av autonomi og at det føltes godt å kunne ta helg. En sier:

Jeg øvde! Jeg øvde hver eneste helg. Øvde og øvde. Det er så merkelig, for plutselig begynner jeg å tulle igjen, det er ikke så mye som skal til før jeg vipper ut i det... det kjenner jeg jo igjen... og det er jo fordi jeg har øvd. Jeg vet at når jeg begynner å kjenne meg ute, så må jeg resette meg, og det er helt magisk... Det har berørt grunnfjellet i meg. Jeg er i verden på nytt!

Flere informanter forteller at de hadde andre forventninger til hva de konkrete verktøyene skulle utrette i tiden hvor de fortsatt benyttet uhensiktsmessige strategier for å skru av alt. Noen forteller at det har tatt tid å forstå at poenget ikke er at det skal bli helt stille, men at blikket skal bli litt mindre tåkete og litt klarere, at en kan klare å være tilstede, tenke klart og være i kontakt med egne følelser, en aksept for at det er slik det er, at det er lov å bli trigget,

men at en i dag har verktøy som gjør at det ikke lenger er umulig å finne veien til noe som er litt bedre. En sier:

Det hadde jeg aldri trodd jeg skulle komme til å si, men det har faktisk blitt en markør på at det faktisk har gått litt fremover, fordi det handler jo ikke om å skru av eller bare dytte ting vekk, det handler jo om å klare å forholde seg til det, men ikke forsvinne helt inn i det.

Informantene i studien forteller at de i dag har en større forståelse om hvorfor en reagerer. Flere sier at det da er lettere å kunne gjøre noe med det. Noen sier at det har bidratt til at en ikke lenger unngår vanskeligheter i samme grad som tidligere, men forsøker å lære seg å håndtere livet, uten å handle på trangen til å selvskade, henge over do, gjemme seg bort eller ruse seg. Flere trekker frem noe de kaller for en plan for mestring. De forteller at en her kan sette opp ulike typiske situasjoner som er vanskelige, hva en kan gjøre, hvordan håndtere støttetanker, aktiviteter, ulike øvelser og stabiliseringsteknikker. De forteller at dette faktisk fungerer ganske bra. Alle identifiserer at jo tidligere en gjenkjenner eller oppdager at det er tåka som har kommet på besøk, jo enklere er det å kunne stoppe utviklingen. Flere beskriver at mestringsplanen startet som en ting, og at den utviklet seg i takt med ens kunnskap og forståelse om seg selv. Noen beskriver det som å kunne få bli en aktør i eget liv. Flere beskriver dette som en trygghet, nettopp fordi det ikke er så lett å tenke når en er ute av toleranse. En sier: ”det står veldig konkret hva jeg skal gjøre som gjør at det blir litt enklere”. Flere forteller at de alltid har den med seg, for eksempel på telefonen, slik at den er lett tilgjengelig ved behov.

6.0 HVORDAN OPPLEVDE PASIENTENE BEHANDLINGSTILBUDET?

I denne studien var hovedformålet å undersøke hvordan pasienter med komplekse traumeerfaringer opplevde 5-døgnsenhetens *miljøterapeutiske* behandlingstilbud. Følgende drøfting vil fokusere på de hovedaspekter som fremgår av resultatene presentert i kapittel 5. Funnene om trygghet, relasjoner, følelser og kompetanse kan gi nyttig informasjon om hvordan man kan imøtekomme behovene til denne pasientgruppen i fremtiden. Innholdet i forhold til de ulike begrepene går mye over i hverandre. Jeg har likevel prøvd å dele det opp med noen overskrifter.

6.1 ”Det viktigste for meg var at jeg følte meg trygg”

Egedius (2008) hevder at miljøterapi kan betraktes som en jeg-styrkende psykoterapi som handler om å skape størst mulig grad av trygghet og forutsigbarhet. Informantene har gitt uttrykk for at ytre rammer som overholdelse av daglige rutiner, muligheter for søvn og hvile, faste måltider, å få sett folk og kanskje få slutt på isolasjon, er meget etterspurt. Økende forutsigbarhet er svært ønskelig. En informant uttrykte dette klart og tydelig: ”Jeg føler at livet mitt bare er kaos, men så kommer jeg hit, så er det liksom noe stabilt. Noe som er der, som er der ganske likt, hver gang”. Mye tyder på at fravær av denne forutsigbarheten kan føre til en reduksjon av pasientens trygghetsopplevelse. Vatne (2006) mener at dersom miljøarbeidere skal kunne utøve vekstfremmende relasjonsarbeid, er en viss grad av struktur og trygghet nødvendig. Det kan her ser ut som om Egedius og Vatne er enige med informantene om behovet for struktur i prosessen med å fremme trygghetsfølelse for videre behandling. Sett i lys av den faseorienterte modellen, er kjernen av behandling å *skape trygghet*.

Alle informantene tilkjenner et grunnleggende behov for trygghet. Bowlby mente at mennesker med en trygg base, utnyttet evnene sine best (Hart & Schwartz, 2009). Helsedirektoratet fremmer at et overordnet mål innen psykisk helsearbeid er brukermedvirkning (Larsen, Nordal, Aasheim, 2006). Opplevelse av trygghet ser ut til å være en grunnleggende forutsetning for at pasienten skal kunne evne å åpne opp for et gjensidig samarbeid og medvirkning. En informant sier det slik: ”De jeg klarer å ha tillit til, da er det jo lettere for meg å samarbeide og åpne opp for et samarbeid, enn med de jeg ikke klarer det med, eller de jeg ikke klarer å ha tillit til”. Larsen (2015) sier at miljøterapi er todelt. På den ene siden handler det om organiseringen og det å legge til rette for, og på den andre siden terapidelen, som handler om forandring og utvikling. Winnicott var den første til å beskrive betydningen av en god nok omverden. Han anså blant annet pålitelige og stabile omgivelser som sentralt for utvikling (Hart & Schwartz, 2009). Informantene og teoriene ser også her ut til å være enige.

5-døgns-enheten forsøker å ivareta struktur og forutsigbarhet med tydelige ukeplaner, teammodell for pasientens behandlingsforløp og klare behandlingsmål. Dette betyr i praksis at tidlig fase av traumebehandling også handler om å hjelpe pasientene med å lage realistiske

målsetninger for dagliglivet og behandlingsoppholdet. Enheten ønsker å ivareta opplevelsen av trygghet gjennom støttende omgivelser og hjelpe den enkelte til å skape konkrete mål. Gjennom å spesifisere pasientens oppholdsplan, ukeplaner og helgeplaner, kan dette bidra til å konkretisere egne mål slik at pasienten vil kunne strukturere tankene sine om oppholdet, og på den måten skape en forutsigbarhet for behandlingsforløpet. Kåver (2012) fremmer at tidlig symptomforbedring skaper god allianse, da pasienten som raskt får hjelp, opplever håp og ser mer positivt på terapeuten, enn de som må vente på at noe skjer. En informant sier det slik:

Ja, så startet det allerede første uka, hvor de sier at de synes vi skal sette oss ned for å planlegge helgen. Så tenkte jeg, planlegge helgen, gjør vi det også lissom, ja, det pleier vi å gjøre, sånn at helgen kunne være litt alright. Og den opplevelsen og den viljen til å være så involvert i mine forsøk på å lage en hverdag som det gikk an å leve.

6.2 Relasjoner og følelser

Enheten har som mål å legge til rette for at pasientene skal kunne få noen reelle muligheter med helt konkret å kunne styre, påvirke og vurdere egen behandling. På den ene siden kan slike intervensjoner ut i fra nyere traumeforståelse anses å kunne øke pasientens tilstedeværelse og bidra til å styrke pasientens indre vegg (Anstorp et al., 2006). På en annen side kan dette ut i fra en objektreasjonsteori med Winnicott sin språkdrakt, også kjennetegnes som det han beskriver som det potensielle rommet (Hart & Schwartz, 2009). Ut i fra Bowlbys forståelse vil noen kanskje hevde at dette utsagnet kan være kjennetegnet med det sensitive og følsomme samspillet i ulike omsorgsoppgaver (Grøholt et al., 2008), eller en kan se på informantens utsagn som en positiv overføring og et uttrykk for et intenst behov for hjelp, som baseres på å tilfredsstille miljøterapeuten (Van der Hart et al., 2006). Pasienter med komplekse traumehistorier får ofte ulike diagnoser med forskjellig etiologisk forståelse og behandlingstenkning (Gullestad, 2005; Nordanger et al., 2011; Berg & Bækkelund, 2014; Brand et al., 2014; Fosse et al., 2017). For å kunne møte pasientene på best mulig måte og med et felles språk, har det vært satset på kompetanseheving innenfor områdene mentaliseringsbasert terapi og traumeforståelse. En informant uttrykker imidlertid:

Det var jo ingen som visste hvem jeg kunne henvises til, som jobbet på omtrent samme måte som vi hadde gjort, så jeg følte at det var veldig vilkårlig hvor de henvisningene ble sendt. Og det var det jo, for det var jo ingen som visste noe om de jeg ble henvist til, det var jo bare om å gjøre å finne en.

Enheten er også opptatt av å forsøke å sikre overgangen fra innleggelse tilbake til livet i egen bolig. Behandlingsprosessen skjer derfor i et tett samarbeid med bydeler, pårørende, ressurspersoner i og utenfor DPS. Noen informanter beskriver at dette hadde vært en god opplevelse og som et viktig bidrag spesielt i det tidlige samarbeidet med enheten. Flere forteller at de opplever å ha følt seg mye misforstått, da helsevesenet ofte ikke skjønnte hva det var de strevde med. Flere forteller at de har hatt mange ulike diagnoser og at det føltes trygt å komme til et sted som hadde kunnskap om det de opplevde å streve med. En informant sier: ”Jeg ble jo mye misforstått, fordi de forsto ikke hva det var, jeg ble jo ikke møtt da. Før var det bare sånn at du er borderline, det blir så stigmatisering, eller så er det spiseforstyrrelse, selvskadning, depresjon, angst i 10-12 år”. Andre forteller om hvor utrygge de kunne føle seg, der hvor det av ulike årsaker var uenigheter mellom informantenes behandlingsrelasjoner.

6.3 Kompetanse

Stortingsmelding 15 (2012-2013), ”Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner”, skriver at helsearbeidere som er i direkte kontakt med traumeutsatte, må ha tilstrekkelig kunnskap for å kunne gi god og målrettet helsehjelp. Hagen med kollegaer (2016) skriver at tilstrekkelig grad av forutsigbarhet, trygghet og tillit er nødvendige forutsetninger for at pasienten skal kunne øve opp evnen til å oppleve følelser som sinne, frykt, skam, ensomhet, men også glede.

Ainsworth & Bowlby hevdet at det er kvaliteten på omsorgen som er avgjørende for utviklingen av barnets tilknytningsatferd (Grøholt et al., 2008). Det kan slik sett synes som om gode nok kunnskaper om utviklingstraumer og evnen til å gjenkjenne hvordan slike reaksjoner kan gi seg til kjenne, vil kunne være av betydning for klinisk praksis.

Muligheten til å øve på noen ordentlige mennesker, jeg tenker at jeg her har gjort noe som jeg aldri før har gjort, som handler om det å åpne, jeg har kalt det litt sånn å vende meg mot andre mennesker. At jeg har turt å være tilstede inni meg, og etter hvert kjenne liksom (det er det jeg tror heter tilknytning da) kjenne liksom en type solid kontakt etter hvert.

Mange av informantene i studien fortalte at flere av de mest betydningsfulle erfaringene ved innleggelsen hadde oppstått i relasjon med den miljøterapeuten som de hadde opplevd å ha mest med å gjøre. De trekker også frem betydningen av at ikke hele ens vesen bare ble sett på som en som gikk i behandling. Flere vektla den flate strukturen i enheten som et bidrag til å redusere skamfølelsen.

Winnicott anså speilende omgivelser som sentralt for barnets modningsprosess. Han mente speiling var en forutsetning for å kunne utvikle seg, da barnet internaliserer opplevelsen av å ha blitt sett (Hart & Schwartz, 2009). Flere av informantene bekrefter dette. Noen beskriver at det opplevdes som om en eller to av miljøpersonalet nå bodde inni dem. Andre fortalte om små personlige kort eller tegninger som de hadde tatt vare på fra behandlingssamarbeidet som virket å ha en regulerende effekt. Flertallet vektlegger personalets tilbakemeldinger på det en gjorde, eller hvordan en forholdt seg, som betydningsfullt for selv å kunne bli oppmerksom. En informant trekker også frem at trivselen blant personalet smittet og skapte god stemning. Jeg tolker dette som informantenes måte å presentere Winnicotts teori om speiling på.

Alle trekker frem ny kunnskap om seg selv som meningsfull i hverdagen, selv om tåka fremdeles kunne komme på besøk og hverdagen kunne være strevsom å mestre. Alle informantene mente at vekslingen mellom enheten og egen bolig hadde vært nyttig. De sier at det å dra hjem og jobbe videre, øve på det arbeidet som var gjort gjennom uken, bedret funksjonen i egne omgivelser. Andre igjen opplevde at det å komme tilbake til enheten var mer krevende. De tenkte at det å tørre om igjen, fortsette å kjenne etter eller kjenne på tilknytning til enheten var vanskelig. Informantene gir uttrykk for at vekslingen mellom 5-døgnsenheten og egen bolig ble en viktig del av behandlingen, for at ny kunnskap og mestring skulle få satt seg og en øvelse på å kunne re-starte seg. Noen tenkte også at det å dra hjem i helgene gjorde noe med følelsen av autonomi og at det føltes godt å kunne ta helg. Mens andre forteller at det kunne være krevende å dra fra enheten på fredagene, at de ikke følte seg trygge hjemme og lett kunne ty til litt gamle uvaner for å stenge følelser ute.

Når det gjelder kompetanse, så handler det på den ene siden om at personalet har nødvendig kompetanse og lik kompetanse for å møte klientene på en forutsigbar måte. Hele personalet har, som jeg har vært inne på tidligere, fått opplæring i mentaliseringsbasert terapi og

traumeforståelse. På den annen side handler det om overføring av kompetanse til klientene slik at de både får økt forståelse for sine egne reaksjoner og at de får verktøy som gjør at de kan mestre hverdagen sin bedre. Det kan for eksempel være konkrete verktøy som sansetrening og det kan være kunnskap om toleransevinduet for å få økt forståelse.

De fleste informantene angir at behandlingen har gitt dem et større språk rundt egne utfordringer og om det å være mer tilstede enn tidligere. Noen opplyser at hverdagslivet er krevende, og flere finner håp i avlastningsoppholdene. Noen beskriver store fremskritt i egen bedringsprosess og erfaringer med å være i kontakt med seg selv på en annen måte enn før.

6.3 Oppsummering

Stortingsmelding 15 (2012-2013), "Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner", skriver at helsearbeidere som er i direkte kontakt med traumeutsatte, må ha tilstrekkelig kunnskap for å kunne gi god og målrettet helsehjelp.

Informantene etterlyser ytre faste rammer og at det skal være likt hver gang. For å møte dette er 5-døgnsenheten bevisst på viktigheten av struktur, forutsigbarhet og det å lage planer i samarbeid med den enkelte. Enheten har i tillegg prioritert å gi hele personalet opplæring i mentaliseringsbasert terapi og traumeforståelse slik at de alle kan møte klientene på en mest mulig lik måte.

I forhold til relasjoner og følelser uttrykker informantene viktigheten av å bli sett som den de er og ikke bare som en diagnose. Det virker på deres uttalelser som om 5-døgnsenheten gir dem dette, i kontrast til det de har møtt andre steder i helsevesenet. På ett område virker det som om informantene er uenige, og det gjelder det å måtte dra hjem i helgene. Noen opplever dette som et positivt pusterom med mulighet for øving på det de trenger å øve på. Andre ser det som en utfordring enten å bryte opp for å dra hjem, eller at det er vanskelig å komme tilbake, eller begge deler.

Informantene uttrykker indirekte at de er fornøyd med personalets kompetanse når de sier at de er fornøyd med måten de blir møtt på. De uttrykker at de er fornøyd både med å få forståelse for egen situasjon og å få verktøy som kan hjelpe dem å mestre hverdagen. Noen erfarte imidlertid varierende kunnskaper når det kom til praktisk ferdighetstrening blant personalet. Flere forteller at dette kunne være vanskelig å utføre på egenhånd. En informant uttrykker også en følelse av manglende kompetanse da det var viktigere å bli henvist enn å bli henvist til riktig sted.

Informantene forteller om opplevelsen av svikt i en god nok omverden når personalet manglet i miljøet. Bowlby vektla at det en omsorgsperson vanemessig gjør tas for gitt og derfor oppdager man ikke betydningen av det (Hart & Schwartz, 2008). I motsetning til Winnicott, ble ikke den følelsesmessige tilknytningen ansett som et objekt, men som en faktisk sikkerhet som gir en følelse av trygghet gjennom et dynamisk samspill (Hart & Schwartz). Studien viser at informantene vektlegger trygghet som avgjørende for tilknytning og ferdighetstrening som nøkkel til følelsesregulering. Ut i fra de informantene jeg har snakket med finner jeg ingen store uenigheter mot den faseorienterte behandlingsmodellen i en psykodynamisk miljøterapi. Det kan derimot se ut som om informantene anerkjenner teknikker fra begge de teoretiske ståstedene.

6.0 VEIEN VIDERE

Det kan ut fra dette se ut som om 5-døgnsenheten kan fortsette sitt arbeid med å legge forholdene til rette for mest mulig trygghet og forutsigbarhet, se den enkelte og bygge kompetanse både hos personalet og pasientene. Spørsmål om å forlate enheten i helgene har vært diskutert, og er kanskje noe som kan diskuteres igjen.

Å hviske...

En orkan av tanker og forvirring
Den strekker seg utenfor min egen sirkel
Og gjør meg til ett og ingenting av menneskehet og inntrykk
Jeg skulle ønske du var her med meg nå
Vil du komme inn i min sirkel?
Kan du ta med deg litt varme?
Det er så kaldt her og vesenene vil ikke forsvinne
Kjærligheten min er ikke sterk nok alene
til å ta knekken på ondskapen
Men du har lært meg tålmodighet
Det kommer gode stunder
Og selv om jeg ikke alltid tror det, er det godt å høre
om troen din bare er sterk nok

Jeg ser meg selv stå på en klippe
Jeg skriker mens jeg river av meg hud og hår
Blodårene på halsen og i pannen kommer til syne
Men det kommer ingen lyd fra meg
Man må krabbe før man kan gå, er sagt
Og du har lært meg å hviske

Du har lært meg ansvar
Ser jeg ikke lyset, må jeg lete
Du har vist meg trofasthet
Du leker i lyset med meg og holder ut med meg
når jeg er mørk
Og i mørket viser du meg verden med andre øyne
og forteller meg at det er du som er virkelig
Ikke kilden for pinen jeg føler
Jeg gjentar det for meg selv og jeg ønsker
Jeg ønsker så inderlig
At det jeg har sett på som en naiv og sjarmerende
lett måte å se verden på, er slik jeg en gang vil føle

For nå kan jeg bare hviske

Jeg hvisker: "takkt"....

Anonym, 2014.

Litteraturliste

- Ahlin, G. (1974). *Miljøterapi : gemenskap och behandling - ett alternativ* (Aldusserien, 4. rev. oppl. utg.). Stockholm: Aldus/Bonniers.
- Anstorp, T. & Benum, K. (Red.). (2014). *Traumebehandling : komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Antonovsky, A. (2000). Helbredets mysterium: at tåle stress og forbli rask. København: Hans Reitzel Forlag.
- Appel, A. E. & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, 12(4), 578.
- Bahus, M. K. (2012). Helsehjelp *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/helsehjelp>
- Barach, P. B. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, 117-123.
- Bath, H. (2017). The trouble with trauma. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 16(1), 1-12.
- Benum, K. (2014). Tidlig traumatisering og heling i den terapeutiske relasjon. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling : komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Berg, A. O. & Bækkelund, H. (2015). Differential diagnostic assessments of schizophrenia and complex dissociative disorders. *Differensialdiagnostiske vurderinger ved schizofreni og komplekse dissosiative lidelser*, 52(3).
- Berg, A. O. & Bækkerund, H. (2014). Differensialdiagnostiske vurderinger. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 247-254.
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Oslo: Akribes.
- Blindheim, A. (2008). Hjernen, integrering og traumatisering. I K. Dyregrov & A. Dyregrov (Red.), *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforl.
- Blindheim, A. (2017). Ikke neglisjer det vonde hos pasienten. *Tidsskriftet Sykepleien*(4), 82-83.
- Blindheim, A. & Straume, M. (2016, 10. oktober). Utdatert kunnskap om traumatisering og fortrenge minner. Hentet fra <http://forskning.no/meninger/kronikk/2016/10/frode-thuen-utdatert-kunnskap-om-traumatisering-og-fortrengte-minner>
- Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation : skills training for patients and their therapists* (A Norton professional book). New York: Norton.
- Borge, L., Martinsen, E. W., Hoffart, R.-A. & Larsen, S. (2003). Quality of life and mental health among nurses attending courses on the prevention of professional burnout. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 123(13-14), 1847.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss : 1 : Attachment* (2nd ed. utg., Bind 1). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1998). *Attachment and loss : Vol 3 : Loss : sadness and depression* (Pimlico, Bind 286). London: Pimlico.
- Brand, B. & Loewenstein, R. J. (2014). Does phasic trauma treatment make patients with dissociative identity disorder treatment more dissociative? *J Trauma Dissociation*, 15(1), 52-65. doi: 10.1080/15299732.2013.828150
- Brandtzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner : tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforl.
- Brown, G. R. & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 55-61. doi: 10.1176/ajp.148.1.55
- Coons, P. M. & Bowman, E. A. S. (2001). Ten-Year Follow-Up Study of Patients with Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 73-89. doi: 10.1300/J229v02n01_09
- Braut, G. (2006). Helsepersonell *Store norske leksikon*.
- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment.
- Courtois, C. A. & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders : an evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.
- Dahl, J., Hanne-Sofie (2014). Kvantitativ forskning på motoverføring - nyttig i terapirommet? *Mellanrummet. Nordisk Tidsskrift för barn- och ungdomspsykoterapi*, 62-75.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Loewenstein, R. J., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Cardena, E., . . . Spiegel, D. (2014). Reality versus fantasy: reply to Lynn et al. (2014). *Psychological Bulletin*, 140(3), 911-920. doi: 10.1037/a0036685
- Delaney, K. R. (1997). Milieu Therapy: A Therapeutic Loophole. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(2), 19-28. doi: 10.1111/j.1744-6163.1997.tb00537.x
- Douglas, A. N. (2010). Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond , edited by P. F. Dell and J. A. O'Neil: (2009). New York, NY: Routledge, 898 pp (Vol. 11, s. 491-493): Taylor & Francis Group.
- DSM-5 (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Revision)*. Washington, DC:

American Psychiatric Association

- Egidius, H. (2005). *Psykologisk leksikon* (Psykologileksikon, 2. udg. utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437-447.
- Fosse, R. & Dersyd, A. K. (2007). *Forekomst av traumeutsatte pasienter ved distriktskykiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten*. Aker Universitetssykehus: Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst.
- Fosse, R., Moskowitz, A., Shannon, C. & Mulholland, C. (under utgivelse). Structural brain changes in psychotic disorders, dissociative disorders, and after childhood adversity: Similarities and differences. I A. Moskowitz, I. Schafer & M. J. Dorahy (Red.), *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology* (2. utg.).
- Gabbard, G. O. & Huneide, H. A. (2016). *Langtids psykodynamisk psykoterapi : en grunnbok* (Long-term psychodynamic psychotherapy : a basic text). Tønsberg: Orage forl.
- Gunderson JG & Sabo, A. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150(1), 19-27. doi: 10.1176/ajp.150.1.19
- Grøholt B., Garløv, I., & Sommerschild, H. (2008). *Lærebok i barnepsykiatri* (4. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, M. B., Silva, A. B. d. & Thelle, M. I. (Red.). (2016). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid : fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforl.
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen : hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhörighetsbånd* (Den følsomme hjerne). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hart, S. & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon : tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haugsgjerd, S. & Bonnevie, A. (1985). *Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser* (Psykoterapi og miljøterapi ved psykotiske tilstander). København: Hans Reitzel.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse : å forstå, beskrive og behandle* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Herman, J. L. (1995). *I voldens kølvand : psykiske traumer og deres heling* (Trauma and recovery). København: Hans Reitzels Forlag.
- Herman, J. L. (2001). *Trauma and recovery*.
- Hesse, A. (2002). Secondary Trauma: How Working with Trauma Survivors Affects Therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30(3), 293-309. doi: 10.1023/A:1016049632545
- Janet, P. (1925). Psychological healing: a historical and clinical study. I G. U. Allen (Red.), *University of Michigan* (Bind Volum 1).
- Modum, bad & Modum bads nervesanatorium. (2014). *Tilbake til nåtid : en manual for håndtering av traumereaksjoner*. Vikersund: Modum bad.
- Holbæk, I. (2014). Indre samarbeid - Faseorientert behandling med dissosiative lidelser. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *J Trauma Dissociation*, 12(2), 115-187.
- Jepsen, E. K. K. (2014). *Inpatient treatment of early sexually abused adults : dissociation and outcome* (Doktorgradsavhandling). Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo
- Jepsen, E. K. K., Svagaard, T., Thelle, M. I., McCullough, L. & Martinsen, E. W. (2009). Inpatient Treatment for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Preliminary Outcome Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(3), 315-333. doi: 10.1080/15299730902956812
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kaufman, J., Plotsky, P. M., Nemeroff, C. B. & Charney, D. S. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biological Psychiatry*, 48(8), 778-790.

- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (Red.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing, 3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, E. (2015). *Miljøterapi med barn og unge : organisasjonen som terapeut* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Larsen, E., Nordal, A., Aasheim, F., Sosial- og, h. & Helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet : mål, anbefalinger, og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse* (Rapport / Sosial- og helsedirektoratet).
- Lesley, J. & Varvin, S. (2016). 'Janet vs Freud' on Traumatization: A Critique of the Theory of Structural Dissociation from an Object Relations Perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 32(4), 436-455. doi: 10.1111/bjp.12249
- Lyberg, A., Andvig, E. & Hummelvoll, J. K. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- MacLean, P. D. (1985). Evolutionary psychiatry and the triune brain. *Psychological Medicine*, 15(2), 219-221.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- McGowan, A., King, H., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. & Zanarini, M. C. (2012). The course of adult experiences of abuse in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Journal of personality disorders*, 26(2), 192. doi: 10.1521/pedi.2012.26.2.192
- Mehlum, L., Weisæth, L. & Mortensen, M. S. (Red.). (1993). *Mennesker, traumer og kriser*. Oslo: Universitetsforl.
- Meld. St. 15 (2012–2013). (2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/>
- Morgan, C. & Fisher, H. (2006). Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma--A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3-10. doi: 10.1093/schbul/sbl053
- Mørch, M. M. & Rosenberg, N. K. (2005). *Kognitiv terapi : modeller og metoder*. København: Hans Reitzel.
- Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control : the evolving concept of trauma/ the concept and facts of dissociation in trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nilsen, L. & Universitetet i Oslo Institutt for klinisk, m. (2015). *Participants and health professionals' experiences with family work in first episode psychosis : a qualitative study* (no. 2066). Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 531-536.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer : regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Nordanger, D. Ø., Braarud, H. C., Albæk, M. & Johansen, V. A. (2011). Developmental trauma disorder ; en løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(11), 1086-1090.
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience : the foundations of human and animal emotions* (Series in affective science Affective neuroscience).
- Pearse, L. J., Dibben, C., Ziauddeen, H., Denman, C. & McKenna, P. J. (2014). A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 368-371.
- Rasmussen, I., Vennemo, H., Sverdrup, S. & Strøm, S. (2012). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner*. Oslo: Vista analyse.
- Raundalen, M. (2008). Barn som lever med vold i familien. I K. Dyregrov & A. Dyregrov (Red.), *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforl.
- Salvesen, K. T. & Wästlund, M. (2017). *Mindfulness og medfølelse : en vei til vekst etter traumer* (Ny utg. utg.). Oslo: Pax.
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.], utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Schjødt, T. & Heinskou, T. (2007). *Miljøterapi på dynamisk grunnlag*. København: Reitzel.
- Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind, Second Edition : How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are* (Developing Mind, 2nd ed. utg.). New York: Guilford Publications.
- Skre, I. (2016). Objektrelasjonsteori *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/objektrelasjonsteori>

- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapiboken : mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Statens helsetilsyn & World Health Organization. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders). Oslo: Universitetsforl.
- Stige, S. H., Binder, P.-E., Rosenvinge, J. & Træen, B. (2013). Stories from the road of recovery – How adult, female survivors of childhood trauma experience ways to positive change. *Nordic Psychology*, 65(1), 3-18. doi: 10.1080/19012276.2013.796083
- Strømstad, J. V., Torbjørnsen, A. B. E. & Aasland, A.-M. K. (2016). *Hvem er du? : miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid*. Stavanger: Hertervig forl. akademisk.
- Stänicke, E. (2014). Psykoanalysens vitenskafelige posisjon - Oslo II studien. *Matrix*, 2, 282-298.
- Sæbø, Ø., Nygaard, E. & Dugstad, H. (2012). *Prioriteringer i helsesektoren : verdigrunnlag, status og utfordringer* (Rapport / Helsedirektoratet, Vol. 2012.).
- Tharaldsen, K. B., Otten, H., Mestrung av psykiske, h., Psykiatrisk opplysning, S. & Psykiatrisk, o. (2012). *Mestringsteknikker for livsvansker : mindfulness-based coping : MbC-manual* (2. utg. utg.). Stavanger: Hertervig forl. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge : en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Rapport (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress : trykt utg.), Bind 1/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The haunted self : structural dissociation and the treatment of chronic traumatization* (Norton series on impersonal neurobiology). New York: Norton.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisæth, L. (1996). *Traumatic stress : the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er vores relationer : om tilknytning, traumer og dissociation* (Vi är våra relationer). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Waade, C. C., Hagen, R. & Fosse, R. (2013). Barndomstraumer og psykoser : en integrert forståelsesmodell.
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 939-948.

Vedlegg 1

Overlappende symptomer

Berg & Bekkelund, 2015.

Symptomer	Schizofreni	DID	Emosjonelt ustabil
Dissosiative	Mild til moderat (DES 17.6)	Tilbakevendende/perseverende – Moderat til alvorlig (DES 44.16)	Moderat (DES 21.6)
Identitetsforvirring	Forekommer i prodromalfasen mulig VF forklaring	Gjentagende, konsistent skifte	Ofte knyttet til stemning
Auditiv hallusinose	Ja	Ja	Kortvarig, stressutløst, polarisert, intrusjon
Vrangforestillinger	Ja	Sjeldent, oftest knyttet til andre personligheter, kroppsendringer	-
Realitetsorientering	Svekket	Tilstede	Tilstede
Uorganisert tale	Ja, logisk brist	Vanligvis ikke, god persepsjon og logikk	Tidvis forvrengt persepsjon og mindre logisk/organsiert
Katatoni	Ja	Vanligvis ikke (Diss. koma?)	Vanligvis ikke
Flat affekt	Ja	Vanligvis ikke, men nummen/la belle indifference	Vanligvis ikke
Funksjon	Svekket på en eller flere områder	Vanligvis intakt, men svingende forverring over tid	Alvorlige og kroniske vansker med sosial funksjon
Amnesti	Nei	Ja	Absorbasjon

Vedlegg 2

Tabell 1 Søkestrategi PsycINFO

Søkehistorikk	Søkeord	Antall treff
1	Phase treatment program*.mp	1
2	Three-phase treatment*.mp	6
3	Phasic trauma treatment*.mp.	4
4	Phase-based treatment*.mp.	9
5	Phase-oriented treatment*.mp.	31
6	Phase treatment*.mp.	217
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	260
8	Trauma*.mp	75503
9	7 and 8	49
10	Milieu therapy	164
11	Milieu therap*.mp.	223
12	10 or 11	223
13	9 and 12	0

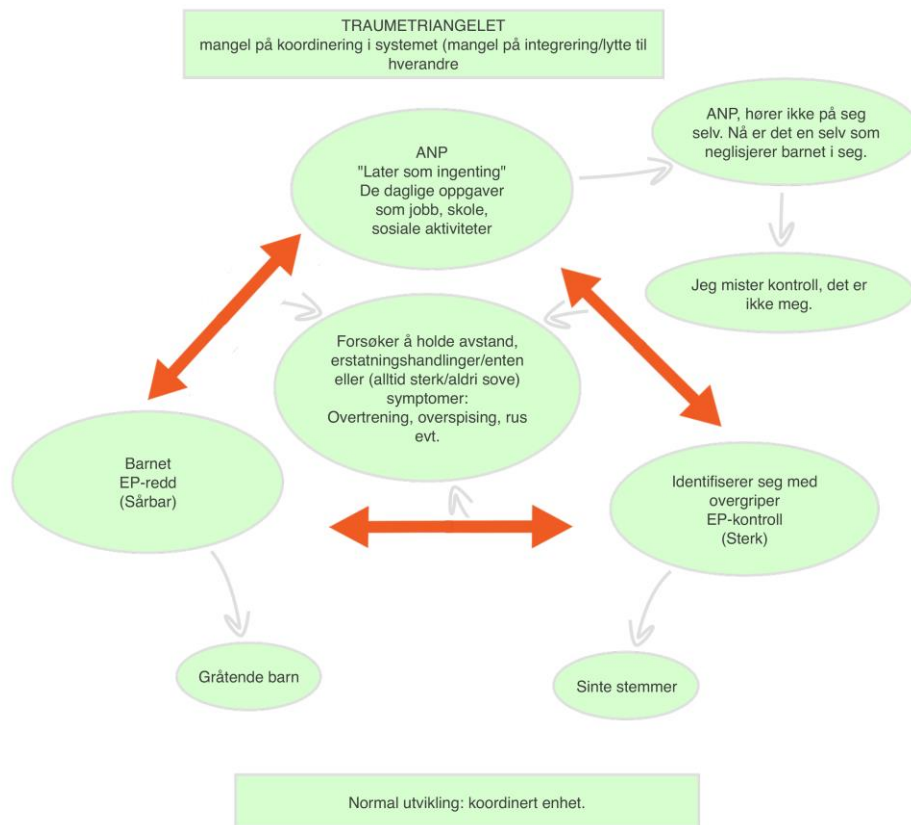
Tabell 2 Søkestrategi SveMed+

Søkehistorikk	Søkeord	Antall treff
1	Dissociative Disorders	43
2	Phasic trauma treatment	0
3	Phasic trauma	0
4	Domestic Violence	576
5	Child Abuse	382
6	Stress, Psychological	1571
7	Stress Disorders, Post-Traumatic	497
8	Stress Disorders, Traumatic	497
9	4 or 5 or 6 or 7 or 8	2539
10	1 and 9	19
11	Mindfulness	22
12	1 and 9 and 11	0
13	9 and 11	9
14	1 and 11	0
15	Activities of Daily Living	2259
16	1 and 15	0
17	9 and 15	33

PICO-skjema

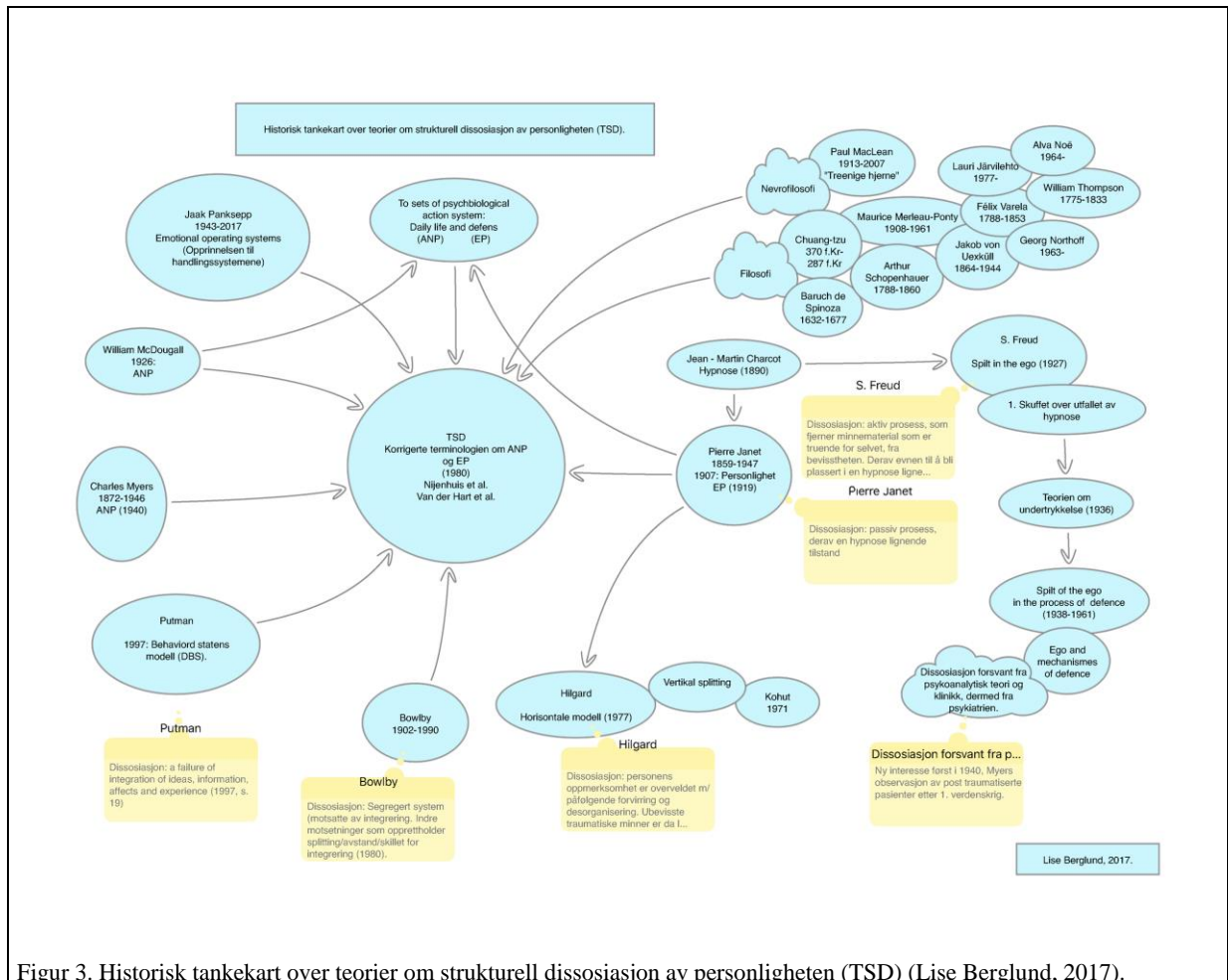
P	I	C	O
<p>Trauma</p> <p>Dissociative Disorders</p> <p>Domestic Violence</p> <p>Child Abuse</p> <p>Stress, Psychological</p> <p>Stress Disorders, Post-Traumatic</p> <p>Stress Disorders, Traumatic</p>	<p>Phase treatment program</p> <p>Phasic trauma treatment</p> <p>Phase-based treatment</p> <p>Phase-oriented treatment</p> <p>Phase treatment</p> <p>Three-phase treatment</p> <p>Mindfulness</p>	<p>Milieu therapy</p>	<p>Activities of Daily Living</p>

Vedlegg 3



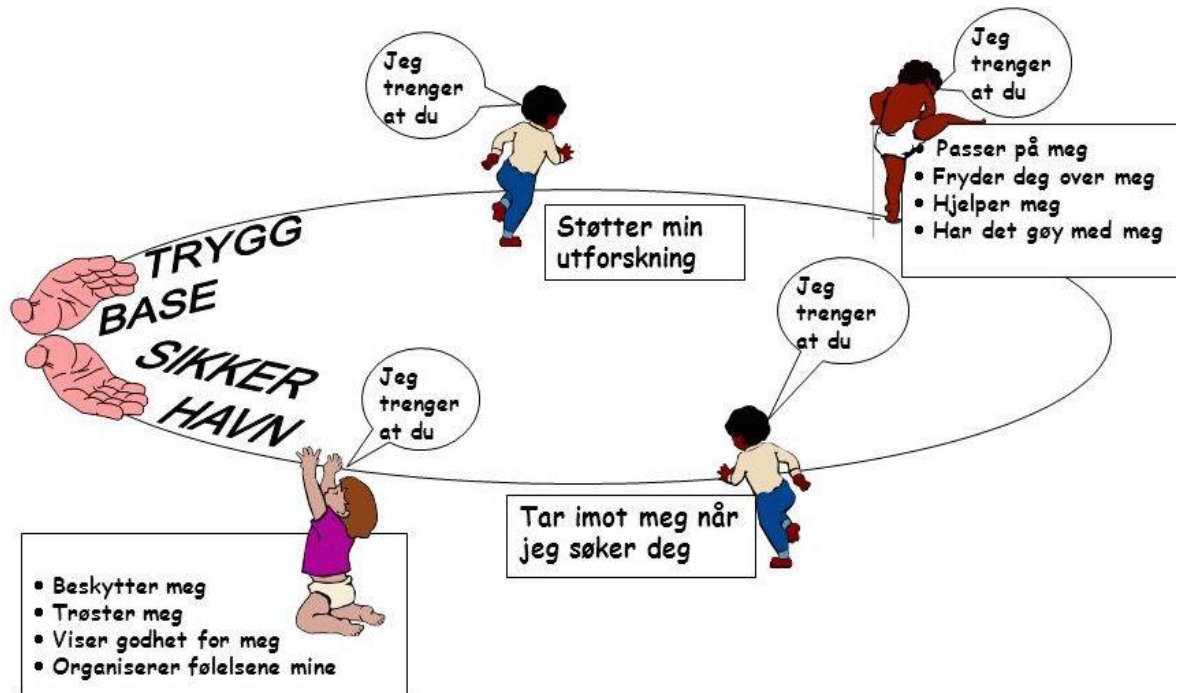
Figur 1: Traumetriangelet.

Vedlegg 4



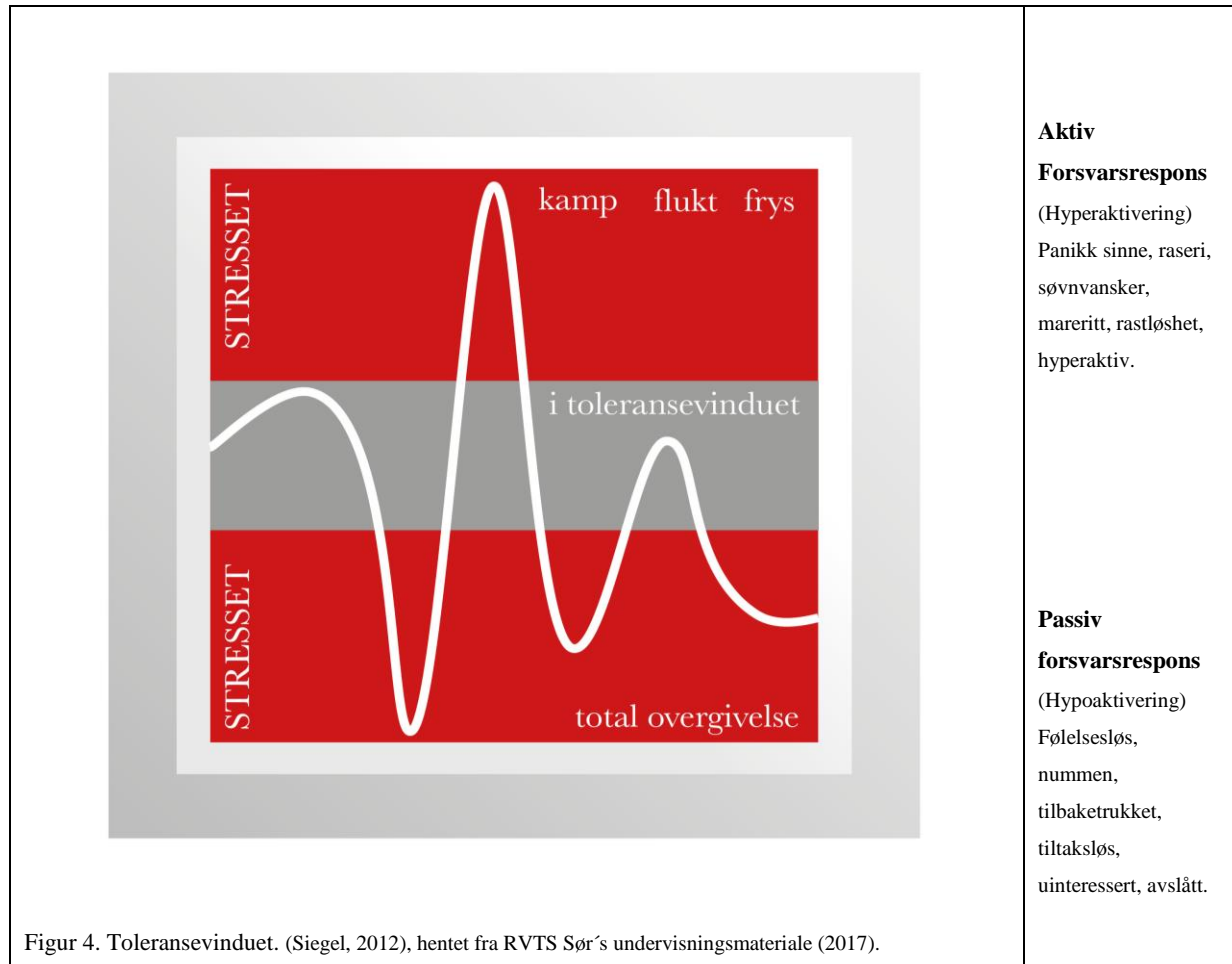
Figur 3. Historisk tankekart over teorier om strukturell dissosiasjon av personligheten (TSD) (Lise Berglund, 2017).

Vedlegg 5



Figur 2. Trygghetssirkelen (Cassidy, Cooper, Hoffman & Powell, 2002). Hentet fra www.psykologiforeningen.no

Vedlegg 6



Figur 4. Toleransevinduet. (Siegel, 2012), hentet fra RVTS Sør's undervisningsmateriale (2017).

Vedlegg 7

Ukeplan for pasienter, 5-døgnsenhet

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
	09.00 Frokost	09.00 Frokost	09.00 Frokost	09.00 Frokost
	09.30 Morgensamling m/oppmerksomt nærvær	09.30 Morgensamling m/husmøte	09.30 Morgensamling m/ oppmerksomt nærvær	09.30 Morgensamling
10.00 Oppmøte og frokost	10.00 – 11.00 Individuallamtaler/miniteam/ egenaktiviteter	09.45 – 11.15 Individuallamtaler/miniteam/ egenaktiviteter	10.00 – 12.00 Kreativitetsgruppe Romnr.155	10.30 – 11.30 Forberede hjemreise/Forberede ukeslutt
10.30 Morgensamling				
10.45 – 11.30 Individuallamtaler/miniteam/ egenaktiviteter				
11.30 – 12.30 Lunsj	11.30 – 12.30 Lunsj	11.30 – 12.30 Lunsj	11.30 – 12.30 Lunsj	11.30 – 12.15 Lunsj
12.30 – 13.30 Samtalegruppe Romnr. 150	12.30– 13.30 Psykopedagogisk gruppe Hagestua	12.30-15-30 Romvask/egenaktiviteter	12.30 – 13.30 Samtalegruppe Romnr.150	12.15 – 13.00 Pasientundervisning Hagestua
13.30 – 15.30 Individuallamtaler/miniteam/ egenaktiviteter	13.30 – 15.30 Individuallamtaler/miniteam/ egenaktiviteter		13.30 – 15.30 Individuallamtaler/miniteam/ egenaktiviteter	13.30 – 14.15 Felles ukeslutt for huset Hagestua
				14.15 – 14.30 Hjemreise
15.45-16.00 Ettermiddagssamling	15.45-16.00 Ettermiddagssamling	15.45-16.00 Ettermiddagssamling 16.15 – 17.15 Fysisk aktivitetsgruppe	15.45-16.00 Ettermiddagssamling	
16.30 – 18.00 Innkjøp og forberedelser til felles middag	15.30 – 18.00 Egenaktiviteter	17.15 – 18.00 Forberedelser til felles middag	15.30 – 18.00 Egenaktiviteter	
18.00 Felles bespisning	18.00 Felles bespisning	18.00 Felles middag	18.00 Felles bespisning	
19.00 – 22.00 Egenaktiviteter/kveldsmat	19.00 – 22.00 Spillkveld/egenaktiviteter/ kveldsmat	19.00 – 22.00 Egenaktiviteter/ kveldsmat	19.00 – 22.00 Egenaktiviteter/ kveldsmat	
23.00 Stille i enheten	23.00 Stille i enheten	23.00 Stille i enheten	23.00 Stille i enheten	

Måltider besørget av enheten:

- Frokost
- Middag mandag og onsdag lages i fellesskap av pasienter og personal.

Øvrige måltider må en selv handle inn til og tilberede.

Program før kl 15.30 er en del av behandlingen, og nødvendige, private gjøremål i denne tiden må avtales med behandler/miniteam.

Tiden etter kl 15.30 anses som pasientenes fritid. Besøk og utenomhuslige egenaktiviteter legges inn i dette tidsrommet. Skulle du ønske å delta i kveldsaktivitetene i regi av enheten, er du hjertelig velkommen til det.

Vedlegg 9

Avtale om: Planlagte innleggelse i serie (PLIS) på 5-døgnsenhet

Innleggelsene vil inngå som en del av det helhetlige tilbudet du får av bydel og DPS. For at denne avtalen skal gjelde må du følge ditt behandlingsopplegg utenfor døgnbehandling, dvs tilbud fra poliklinikk og bydel.

Hensikten med tilbudet, er å støtte deg i ditt arbeid med å få en bedre balanse i dagliglivet, og oppnå en BMI på 20.

Rammer for oppholdene:

1. Oppholdene er fra mandag til fredag en gang i måneden foreløpig ut 20XX: uke xx, xx, xx, og xx. Under oppholdet i uke xx vil vi gjøre en evaluering av avtalen, og vurdere om det er behov for evt justeringer. Dersom du starter opp behandling på Avdeling for personlighetspsykiatri (APP) i løpet av avtaleperioden, må PLIS avtalen vurderes sammen med APP i fht hva som vil være hensiktsmessig.
2. Du får samtale med behandler ved inntak og utskrivning, og faste miljøkontakter under oppholdene, unntak kan forekomme. Det vil bli laget ukeplan for hvert opphold. Du vil i løpet av oppholdet bli veid av en av miljøkontaktene på teamet.
3. Under oppholdet følger du oppsatt kostplan og deltar ved enhetens måltider etter avtale gjort ved inntak.
4. Du deltar på fellesaktiviteter i ukeplan etter avtale. Permisjoner avtales med team.
5. Medisiner tas som avtalt mellom deg og lege.
6. Har du det vanskelig under opphold, ønsker vi at du snakker med personalet om det som plager deg.
7. Ved behov for akutte døgnopphold utenom planlagte avlastninger ved 5-døgnsenheten, skal de ikke være i enheten du har PLIS avtale med. Poliklinikken ved behandler og ø-hjelp koordinerer dette i samarbeid med deg.
8. Brudd på avtalen kan medføre permisjon fra avdelingen eller utskrivning.

Oslo, _____

Pasient

Seksjonsleder

Enhetsleder

Vedlegg 10

PLAN FOR MESTRING

Mine varselssignaler er:	Hva kan jeg gjøre?		
a) Jeg kan føle meg virkelighetsfjern, avskåret fra det som skjer rundt meg	a) Her og nå fokus: stimulere sansene mine, komme meg tilbake innenfor mitt toleransevindu. Samle mitt indre team: har jeg med meg hele meg selv?		
b) Jeg regulerer av og til følelsene mine gjennom selvskading.	b) Samle mitt indre team: er det noe jeg overser? Forsøke å dele det jeg tenker, sette ord på følelsene mine, men noen jeg stoler på.		
c) Jeg kan få negative tanker om meg selv: Eks. "Jeg er ikke god nok", ikke smart nok, kan ikke nok".	c) Bryte av grublingen, kommer ikke noe konstruktiv ut av dette. Sortere, skrive ned, sette av tid senere. Støttetanke: Jeg har tillitt til at jeg kan noe, hvor var jeg for 5 år siden, 3 år tilbake, i fjor, samt her og nå.		
d) Jeg kan reagere med å fremstå avvisende, virke hard, kald og uinteressert, om jeg føler meg utrygg eller truet.	d) Timeout: trekke meg ut av situasjonen. Flytte fokus, grunning (her og nå). Støttetanke: Det finnes mennesker som vil meg vel og som ikke opplever mine refleksjoner eller opplevelser som belastende.		
e) Jeg kan lukke meg for andre mennesker når jeg føler meg sårbar, i et forsøk på å beskytte meg selv.	e) Forsøke å dele det jeg tenker, sette ord på følelsene mine. Andre mennesker kan gi meg sine perspektiver på det som opptar meg og hjelpe meg til å tenke mer objektivt.		
f) Jeg kan bli sittende fast i en tilstand, hvor jeg ikke får gjort det jeg har planlagt. Jeg klarer ikke å fullføre et arbeid el. Gripe dagen. I stede for qi det jeg har, gir jeg inqenting.	f) Styrke min indre vegg, her og nå fokus. (se eget ark for påminnelser)		
g) Jeg kan ha tillitsproblemer i nære relasjoner og vansker med å vise hvem jeg egentlig er, eller fortelle om hvordan jeg egentlig har det, i frykt for at dette ikke skal tales av andre.	g) Samle mitt indre team: sjekke ut innover, har jeg med hele meg selv. Støttetanke: Det finne mennesker som vil meg vel og som ikke vil oppleve mine refleksjoner eller opplevelser som belastende.		
Hvis jeg trenger mer hjelp kan jeg kontakte:			
Privat nettverk:			
Navn:	Relasjon	Telefonnummer:	
	Søster		
	Venninne		
Hjelpeapparatet:			
Navn:	Tittel/rolle:	Arb.sted:	Telefonnummer:
	Fastlege		
	Behandler		
	Psykisk helsearbeider		
	Psykomotorisk fysioterapeut		
Hvis jeg ikke får kontakt med noen av nevnte personer og jeg opplever situasjonen alvorlig, kan jeg kontakte:			
Kl. 08.00 – 22.00	Sted: OSLO LEGEVAKT, Storgt. 40		
	Telefon: 22 93 22 93		
24t/døgn	Sted: SAMHANDLINGSTEAMET		
	Telefon: 97977600		

Vedlegg 11

Informasjon om undersøkelsen for pasienter som deltar med sine erfaringer, etter et behandlingstilbud ved 5-døgnsenheten [REDACTED]

Oslo, 19.02.17.

[REDACTED] er opptatt av å gi pasientene et godt tilbud. For å kunne gi et best mulig tilbud er det viktig å få kjennskap til de ulike erfaringene pasientene har gjort seg. Denne undersøkelsen vil bli gjennomført som en intervjusamtale, hvor hensikten vil være å få frem dine erfaringer med behandlingsoppholdet du har vært tilknyttet ved 5-døgnsenheten ved [REDACTED]. Det finnes lite systematisk forskning som handler om pasientenes egne opplevelser fra 5-døgnsenheten. Det er av den grunn ønskelig for meg å vite mer om hvilke erfaringer du har gjort deg i behandlingssamarbeidet. Undersøkelsen har som mål å kunne bidra til et bedre tilbud for våre pasienter.

Jeg er klinisk spesialsykepleier i psykisk helsearbeid og har tidligere jobbet ved 5-døgnsenheten. Kanskje kjenner du meg igjen fra miljøterapien eller psykopedagogisk gruppetilbud. I tillegg studerer jeg psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). I forbindelse med min masteroppgave, vil jeg i samarbeid med Hanne- Sofie Dahl (som er førsteamanuensis ved HIOA), gjennomføre og være ansvarlig for denne undersøkelsen. På den måten håper jeg å kunne bidra til å utvikle behandlingstilbudet til pasientene ved 5-døgnsenheten.

Både som spesialsykepleier, som student og som forsker har jeg taushetsplikt. Jeg vil særlig understreke at dette også gjelder overfor det øvrige personalet ved [REDACTED] i forbindelse med denne undersøkelsen. Det vil si at dine svar ikke vil bli referert til personalet ved 5-døgnsenheten eller øvrig personale ved klinikken. All informasjon du gir, vil bli behandlet konfidensielt. Alle opplysninger vil bli anonymisert, og resultatene fra studiene vil bli presentert i en slik form at ingen vil kunne knytte opplysningene til identifiserbare mennesker. Det er frivillig å være med, og det blir ingen følger for ditt forhold til [REDACTED] om du ikke ønsker å delta.

Hvis du samtykker i å delta, ønsker jeg din tillatelse til å ringe deg når du avslutter samarbeidet med enheten, slik at vi kan avtale et møtepunkt for intervjusamtalen. Jeg vil foreta intervjuet i lokalene til [REDACTED]. Intervjuet vil ta fra 1 til 2 timer og gjennomføres på eget, uforstyrret kontor i sidefløyen i 2. etg. Samtalen vil handle om hva du strevde med da du ble henvist til 5-døgnsenheten, hvilke behov du opplevde å ha og hvilke tilbud du fikk eller ikke fikk. Jeg vil også gjerne ha informasjon om hvordan du opplever at hverdagen din ser ut i dag. Samtalen vil bli tatt opp på bånd, slik at jeg i etterkant kan gjøre om tale til tekst (transkribere) som en del av min forskningsmetode. All informasjon blir oppbevart etter gjeldene forskrifter i låst og brannsikkert skap, og vil bli makulert innen utgangen av 2017 (for mer informasjon, se regionale retningslinjer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk).

Du kan trekke deg fra undersøkelsen på hvilket som helst tidspunkt, uten å oppgi grunn, og opplysningene som inntil da er innhentet vil bli slettet. Dersom du svarer ja, vil du bli kontaktet av meg for å gjøre en avtale om intervju. Hvis du har spørsmål om prosjektet, kan du gjerne ringe eller sende en sms på telefon 90478784, mandag til fredag, mellom kl. 09.00-15.00. Telefonen vil bli deaktivert ved utgangen av 2017.

Jeg vil være takknemlig for alle bidrag, uansett om man føler man har mye eller lite å si.

Med vennlig hilsen

Lise Berglund

Vedlegg 12

SAMTYKKE-ERKLÆRING TIL DELTAKELSE I MASTERGRADSOPPGAVEN:

”En kvalitativ undersøkelse om pasientens erfaringer etter et behandlingstilbud ved en 5-døgnsenhet”.

Sett kryss:

Jeg er villig til å delta i prosjektet og bli intervjuet

Navn.....

Telefonnummer:.....

Dato: Underskrift:

.....

Vedlegg 13

Interjvuguide

(husk spørsmålene er kun ment som en tematisk veileder)

Før innleggelse:

Hvordan opplevde du at hverdagen din så ut? Beskriv en helt vanlig tirsdag.

Hvem henviste deg til 5-døgnsenheten?

Hva strevde du med på dette tidspunktet? Hvordan så smerteuttrykkene dine ut?

Hvilke behov opplevde du selv å ha?

Hvordan opplevde du vurderingssamtalen?

- Fordeler/ulempes?
- Hvordan var det for deg?
- Opplevde du å få noen oversikt?
- Ble du forespeilet hvor lang innleggelsen kom til å bli?

Innleggelsen:

Hvilke tilbud fikk du/ fikk du ikke?

Hva synes du om at det ble slik?

Kunne du sagt litt mer om det?

Evt: Hvordan erfarte du: Hva var det som gjorde at akkurat disse elementene? Beskriv hvorfor? Dette

- Oppholdsplan
- Ukeplan
- Plan for mestring
- Minitemet
- Gruppeaktiviteter
- Fellesmåltidene
- Oppmerksomhetstreningen
- Behandlersamtalene
- Samtale med miljøpersonalet

Hvilke erfaringer gjorde du deg i forhold dette mens du var innlagt?

Egne ønsker? (selvbestemmelse)

Opplever du at noe gjorde mer inntrykk på deg enn noe annet?

Hva kunne være vanskelig?

Hva synes du om det ble akkurat sånn?

Ble du på noe tidspunkt overrasket over behandlingen du fikk? Positivt el. negativt.

Var det noe du savnet?

Hvilken betydning mener du at samarbeidet med 5-døgnsenhet har hatt for deg?

Fordeler/ulempes?

Hvordan erfarte du fredagene før hjemreise? Hva var viktig for deg da? Hva tenker du om det nå?

Har samarbeidet vært til støtte for deg, i så tilfelle, hva har vært til støtte?

Ved utskrivelse:

Opplever du at du fikk noe utbytte av innleggelsen, i stå tilfelle hva?

Hvordan opplever du at hverdagen din ser ut i dag?

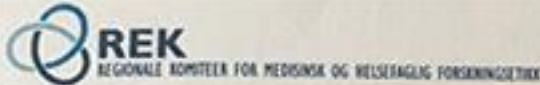
Hvis du skal se tilbake, er det noe du kunne ønske det hadde vært mer/mindre av?

Til ettertanke:

Har du vært innlagt før?

Har noe vært annerledes/ Likhetsstrekk?

Vedlegg 14

				
Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Leena Heino	22845529	20.12.2016	2016/1926 REK sør-øst D
			Deres dato:	Deres referanse:
			01.11.2016	
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				
 Hanne-Sofie Johnsen Dahl Høgskolen i Oslo og Akershus				
 2016/1926 Pasienters erfaring etter behandling på en 5-døgnsenhet - en kvalitativ undersøkelse				
Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst D) i møtet 30.11.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.				
Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus Prosjektleder: Hanne-Sofie Johnsen Dahl				
Prosjektleders prosjektbeskrivelse <i>En kvalitativ undersøkelse om pasienters erfaringer etter et behandlingsopphold på 5-døgnsenheten til Nydalen DPS. Enheten har som mål å bidra til at pasienter skal oppleve bedret livskvalitet, symptomreduksjon og økt evne til å mestre livet i egen bolig. Vi har per i dag, ikke god nok kunnskap om hva pasientene egentlig sitter igjen med etter endt samarbeid. Dette danner bakgrunnen for at jeg i denne undersøkelsen ønsker å ha fokus på pasientens opplevelse av den behandling de har mottatt. Har døgnsbehandlingen vært til støtte for dem? Hva har i så tilfelle vært til støtte? Hva opplever pasientene som virksomt/ikke virksomt? Opplever pasientene symptomreduksjon, bedret livskvalitet og økt evne til å mestre livet i egen bolig? Datamaterialet vil bli samlet inn ved hjelp av et halvstrukturert dybdeintervju, med 4 til 6 respondenter. Undersøkelsen vil kunne skape et inntrykk av pasienters opplevelse av tilbudet de har mottatt, og økt kunnskap om hva som kan effektivisere tilbudet.</i>				
Vurdering Formålet med prosjektet er å kartlegge pasientenes opplevelser av behandlingen de har mottatt på 5 døgns DPS enhet. Det skal intervjues 4-6 pasienter ved hjelp av semistrukturert intervjuguide. Basert på opplysningene fra søknaden og protokollen, oppfatter komiteen prosjektet som evaluering av et etablert behandlingstilbud for å utvikle tilbud videre, og at formålet ikke er å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom som sådan. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).				
Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.				
Vedtak Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.				
Komiteens avgjørelse var enstemmig.				
Kontaktseser: Haugtveten 1-3, 0484 Oslo	Telefon: 22845511 E-post: post@helseforskning.etikk.no Web: http://helseforskning.etikk.no/	All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer	Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff	