

Masteroppgave
Psykisk helsearbeid
Februar 2021

Miljøterapeuters erfaringer med fenomenet motstand i TSB

En kvalitativ studie av opplevelser, reaksjoner og implikasjoner i arbeidet med rusavhengighet og psykisk helse.

«den som vil vokse å utvikle seg, må møte motstand»
- Åsa Rytter Evensen

Kandidatnavn: Jo Alexander Breiby
Emnekode: MAPSD 5900

30 studiepoeng
Antall ord: 15223

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

FORORD

Denne studien hadde ikke blitt til uten den ærlige og åpne dialogen jeg har hatt med informantene i studien. En stor takk til dere, som har bidratt til at dette prosjektet ble mulig.

Til min veileder Rune Jonassen vil jeg si takk for en tålmodig og rolig stemme når jeg har vært i villfarelse og stresset. Dine kloke innspill har vært verdifulle.

Underveis på reisen gjennom dette studiet har prosessen med å gjennomføre gitt meg utfordringer og vært krevende. Den har lært meg mye, blant annet at jeg ennå har mye å lære.

En takk til min samboer og datter for tålmodighet og takk til min søster som har vartet meg opp under de siste ukene og kommet med gode innspill.

SUMMARY

Background: Resistance is believed to be an important factor that contributes to dropout rates in mental health work involving drugs and addiction. However, resistance in milieu therapy is an understudied topic and few studies have investigated mental health workers' experiences with resistance. Therefore, the main aim of the current project is to investigate the mental health worker's experiences and understanding of the phenomena in a milieu therapeutic setting. Resistance is enlightened from the mental health workers' perspective via three research questions: 1) experiences with resistance, 2) actions in meeting with resistance, and 3) impact on mental health workers and milieu therapeutic practices.

Method: This is a qualitative study that takes advantage of a hermeneutic phenomenological approach, by way of systematic text condensation. A step wise analytic approach using transcribed interviews from five milieu therapist working in an interdisciplinary specialist health care day ward. The text is evaluated based on the four steps: 1) overall impression, 2) meaningful units, 3) condensation, and 3) summary of findings.

Results: The study revealed new insights into the milieu therapists' experiences in dealing with resistance. It seems to be challenging to treat patients when the therapist experiences high degrees of resistance from the patient. Resistance is associated with negative emotionality that challenges the need for an open mind toward the patients. Resistance is sometimes described as an obstacle, but also as a necessary and positive power that can be useful in therapeutic processes. There seems to be a need for peer counseling among therapists working in milieu therapy with patients struggling with drug and addiction.

Conclusions: In line with the hypothesis that resistance plays a central role milieu therapeutic work with drug and addiction, the study unveiled several factors related to experience, actions and impact that may play a critical role for dropout rates. Patient ambivalence and the therapist's negative affect in meeting with resistance seems to be among the most challenging factors in mental health work with this patient groups. Peer- consulting are requested and resistance may sometimes also be a resource.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Man tenker at motstand er en viktig årsaksfaktor til dropout innen rus- og psykisk helsearbeid. Motstand innenfor miljøterapi er likevel lite undersøkt, og det finnes få studier som tar opp behandlernes erfaringer med motstand. Hovedmålet med dette prosjektet er derfor å undersøke hvordan psykisk helse-arbeidere opplever og forstår dette fenomenet i en miljøterapeutisk setting. Motstand belyses fra miljøterapeutenes perspektiv ved hjelp av tre forskningsspørsmål: 1) erfaringer med motstand 2) handling i møte med motstand, og 3) betydning for miljøterapeuter og miljøterapeutisk behandling

Metode: Dette er en kvalitativ studie med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, gjennom bruk av systematisk tekstkondensering. I en trinnvis analytisk tilnærming brukes transkriberte intervjuer av fem miljøterapeuter som arbeider ved et tverrfaglig spesialisert dagsenter. Teksten evalueres i fire trinn: 1) helhetsinntrykk, 2) meningsfulle enheter, 3) kondensering, og 4) sammendrag av funn.

Resultater: Studien gir ny innsikt i miljøterapeuters erfaringer med å forholde seg til motstand. Det ser ut til å være utfordrende å behandle pasienter når terapeuten opplever en høy grad av motstand hos pasienten. Motstand assosieres med negativ følsomhet, og dette utfordrer behandlerens evne til å likevel møte pasienten med et åpent sinn. Motstand beskrives noen ganger som et hinder, men også som en nødvendig og positiv kraft som kan være nyttig i terapeutiske prosesser. Mye tyder på at behandlere innen rus og psykisk helse har behov for veiledning.

Konklusjon: I tråd med hypotesen om motstand som en sentral faktor i miljøterapeutisk arbeid med rus og psykisk helse, avdekker studien flere faktorer forbundet med erfaringer, handlinger og betydning, som kan spille en kritisk rolle i forhold til drop-out. Pasientens ambivalens og behandlerens negative følelser i møtet med motstand ser ut til å være en av de mest utfordrende behandlingssituasjonene med denne pasientgruppen. Veiledning er etterspurt, og det er en mulighet for at motstand kan representere en ressurs.

Masteroppgave i psykisk helse arbeid

«Miljøterapeuters erfaringer med fenomenet motstand i TSB»

Innholdsfortegnelse

1.0 Bakgrunn	7
1.1 Problemstilling, avgrensning og forskningsspørsmål	8
1.2 Begrepsavklaringer	9
1.3 Litteratursøk og valg av litteratur	10
1.4 Forskning på feltet	11
1.5 Oppbygging av studien	12
2.0 Teoretisk grunnlag	13
2.1 Motstand	13
2.2 Overføring og motoverføring	14
2.3 Miljøterapi	15
2.3 Ivaretagelse av behandlere	17
3.0 Metode	20
3.1. Metodevalg	20
3.1.1 Studiens fenomenologiske/hermeneutiske tilnærming	20
3.1.2 Fenomenologi	21
3.1.3 Hermeneutisk fokus	21
3.1.4 Utvalg, rekruttering	22
3.1.5 Intervjustruktur	23
3.1.6 Gjennomføring av intervjuer	24
3.1.7 Transkribering	24
3.2 For forståelse	25
3.3 Analyse	26
3.3.1 Å skape et helhetsinntrykk	27
3.3.2 Å identifisere meningsbærende enheter	27
3.3.3. Å redusere materialet i meningsbærende enheter (kondensering)	28
3.3.4 Å sammenfatte til helhet (rekontekstualisering)	29
3.4 Metodiske overveielser	30
3.4.1 Juridiske og etiske betraktninger	30
3.4.2 Pålitelighet og gyldighet	30
4.0 Resultater	33
4.1 Behandlers forståelse av samspillet med pasienter	33
Å anerkjenne motstand	33
Balanse mellom omsorg og krav	34
Sårbarhet som motstand	36

4.2 Valg og effekt i behandlers tilnærming	37
Å lete bak motstand.....	37
Hindre for endring	39
4.3 Konsekvenser av arbeidsbelastning for behandlere	40
Risiko for utbrenthet.....	40
Ivaretagelse av behandler.....	41
Åpenhet og kollegastøtte	42
5.0 DISKUSJON	44
5.1 Behandlers valg og forståelse i samspillet med pasienter.....	44
5.2 Valg og effekt i behandlers tilnærming	46
5.3 Konsekvenser av arbeidsbelastning	48
6.0 KONKLUSJON	51
LITTERATURLISTE	52
Vedlegg	56

1.0 Bakgrunn

En rapport fra SINTEF om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid fra 2020 viser at psykisk helsearbeid, miljøterapi og behandling av voksne med rus og samtidige psykiske lidelser oppleves som særlig utfordrende (SINTEF, 2020). Pasientgruppen er forbundet med høy grad av frafall og det kan det ofte være vrient å få til en god tverrfaglig prosess. Dette kan skyldes den enkeltes sammensatte problematikk og hvordan pasientene blir møtt av behandlere når de fremviser stor grad av ambivalens til behandlingen, som uttrykkes i ulike former for motstand. Motstanden kan bunne i mistillit til helsetjenestene, tillærte relasjonsmønstre fra erfaringer i et kriminelt rusmiljø, traumer, underliggende psykiske lidelser eller psykoaktive virkninger av rusmidler og abstinenser. Det er rimelig å tenke seg at forsvarsmekanismer hos pasienten skaper negative reaksjoner hos miljøterapeuten, da motstand kan virke hindrende for behandlingen.

Utbredelse, pasienterfaringer og type problematikk hos ulike pasientgrupper er godt dokumentert i forskningslitteraturen. Eksempelvis viser tall fra Helsedirektoratet at om lag 33000 personer med langvarige rus og/eller psykiske lidelser i Norge var innskrevet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2019. Dette er fordelt på heldøgns behandling og poliklinisk behandling, hvorav 27% er heldøgns plasseringer, og ca. 72% er polikliniske og andre tiltak innenfor TSB (Helsedirektoratet, 2020). Regjeringen har et klart mål om at rusbehandling i Norge skal bli bedre og frafallsprosenten i rusbehandling må ned.

Rusomsorgen skal aktivt jobbe for å hindre at pasienter faller ut av behandlingsopplegg. Et sentralt bidrag i denne forskningen er undersøkelsene til Brorson, Arnevik, Hendriksen & Duckert (2013), som har oppsummert 20 år med studier av rundt 200 000 pasienter behandlet i rusomsorgen. De undersøkte faktorer som førte til avbrutt behandling og konkluderte med at årsaker knyttet pasienten omhandles i 91 % av studiene. Forfatterne argumenterer for at forskningen derfor er svært mangelfull da behandlerens rolle er utelatt. Brorson et al. (2013) konkluderer med at det er på høy tid å se på andre forhold enn kun pasienten. Det har vært lite forskning som har sett på alliansen mellom pasient og behandler, det har i stedet blitt fokusert på pasientens egen vilje og motivasjon til å gjennomføre behandling. Ambivalens er kjernen i intervensjoner som adresserer motivasjon hos rusavhengige og uttrykkes ofte i form av ulike former for motstand. I teori om motiverende intervju fokuseres det på at motstand hos pasienter heller kan sees på som et tegn til at behandleren må endre sin atferd for å nå frem, enn at svikten utelukkende ligger hos pasienten selv (Barth, Børtveit & Prescott, 2015).

På bakgrunn av dette har det derfor vært forskningsmessig interessant å se på hvordan opplevelsen av mostand hos pasienten oppleves fra behandlerens perspektiv i en miljøterapeutisk situasjon. Begrepet og fenomenet motstand er godt kjent fra psykodynamisk teori, men er lite kjent eller omtalt i litteratur fra psykisk helsearbeid og miljøterapi. Det samme er begrepene overføring og motoverføring som sier noe om hva som kan oppstå i samspillet mellom pasient og behandler. Det å ta fatt i fenomenet motstand fra dette perspektivet er interessant fordi det fremstår sentralt og kan gi nye muligheter for endring og behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Alle tjenester i (TSB) skal organiseres som pakkeforløp. Det innebærer å gi pasienter helhetlige og forutsigbare utrednings- og behandlingsforløp, uten unødig ventetid. For å kunne følge med på om målene for pakkeforløpene for psykisk helse og rus oppnås, er det utviklet relevante kvalitetsindikatorer. Indikatorene kan brukes til styringsinformasjon og resultatene kan brukes for sammenligning med tilsvarende enheter, og som utgangspunkt for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2021). Begrepene miljøterapi og mellommenneskelige behandlingsrelasjoner kan virke noe tilsidesatt i velferdsapparatet hvor måling, pakkeforløp og pasientgjennomstrømning tar stor plass. Studien har derfor også ivare tatt miljøterapeutens tanker rundt implikasjoner for organisering av psykiske helsearbeid.

1.1 Problemstilling, avgrensning og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å belyse hvordan behandlere opplever motstand hos pasienter i rusbehandling. Videre kartlegges terapeutenes handlinger og reaksjoner i møtet med motstand. Dernest ønsker jeg å høre hva terapeuter forteller om muligheter eller begrensninger som kan ligge i fenomenet motstand. Problemstillingen dekker dermed aspekter utover pasientperspektivet ved å søke kunnskap som kan bidra til forståelse av behandlerens egen rolle og påvirkning i en miljøterapeutisk behandlingshverdag.

Dette ført til følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har miljøterapeuter med fenomenet motstand i TSB?

Problemstillingen er operasjonalisert gjennom følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan forstår behandlere pasienters motstand?
- 2) Hva gjør behandlere når de møter motstand?
- 3) Hvordan påvirker motstand behandler og den miljøterapeutiske praksisen?

1.2 Begrepsavklaringer

I det følgende vil jeg forklare viktige begreper slik jeg har definert dem i studiens sammenheng og forklare viktige forkortelser innen fagfeltet.

Motstand

Motstand sees her i et psykologisk perspektiv, men også at begrepet får egenskaper gjennom hvordan informantene ser det. Motstandsbegrepet betraktes i denne studien som et opplevd fenomen av informantene. Alle informantene har brukt sin egen forforståelse, erfaringer og kompetanse som utgangspunkt for å forklare hva de mener med begrepet, i henhold til en fenomenologisk tilnærming i studien. Begrepet motstand er i denne studien dermed ikke avgrenset, og dekker heller ikke alle aspekter, slik definisjoner er beskrevet i psykodynamisk teori og litteratur.

Psykologisk leksikon definerer motstand på denne måten:

- 1) *Forsvarsatferd mot angrep og inntrengning*
- 2) *Jeg'ets forsvar mot angstladende driftsimpulser fra det ubevisste, som gjennom forsvarsmekanismer forhindrer at angstvekkende stimuli kan trenge inn i bevisstheten.*

Begrepet motstand anvendes når forsvaret opptrer i en terapisisituasjon eller under psykoanalyse, og motstand derfor kommer i veien for den innsikt om ubevisste konflikter som terapeuten (psykoanalytiker) forsøker å hjelpe klienten (pasienten, analysanden) til å oppnå (Egidius, 2000). Det er særlig den psykodynamiske antagelsen om primitive drifters rolle i motstand som skiller seg fra hvordan begrepet brukes gjennom studien for å belyse arbeidet med rusavhengighet og psykisk helse. Ambivalens og psykoaktive effekter av rusproblematikk er her foreslått som bakgrunn for motstand slik det oppleves i miljøterapeutisk praksis.

Miljøterapi

Jeg ser miljøterapi i denne studien som all behandling innenfor TSBs virksomheter som gir heldøgnshandling til pasienter i en institusjonell kontekst. Miljøterapeutene blir i denne studien referert til som behandler og/eller psykisk helsearbeider. Miljøterapeut viser da til kontekst, mens behandler eller psykisk helsearbeider brukes for å beskrive rolle ovenfor pasienten.

TSB

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) er den norske betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. At de er spesialiserte betyr at de skal fylle krav til helsetjenester på spesialistnivå (Oslo-Universitetssykehus, 2021).

ROP

I denne studien omtales at pasienter med alvorlig ruslidelse ofte har samtidig psykisk sykdom, og at pasienter med psykisk sykdom mye hyppigere har ruslidelser enn gjennomsnittet i befolkningen. Kombinasjonen ruslidelse og psykisk sykdom har fått kortnavnet ROP-lidelser. Pasientgruppa som omtales i denne studien har stort sett denne problematikken. (Helsedirektoratet, 2012).

Endring

Endring sees som et generelt begrep hvor noe endres, i denne studien er det snakk om endringer i livsverdenen til pasienter i TSB og forståelsen til behandlere i denne settingen.

1.3 Litteratursøk og valg av litteratur

Studien baserer seg på selvvalgt litteratur. I forkant ble det gjennomført et litteratursøk i databasene Academic premier search, Google scholar, Oria, PsycINFO og helsebiblioteket. Utfra følgende søkeord og kombinasjoner av disse: resistance, resistance to change, addiction treatment, mental health, risk factors, dropout, milieu therapy. På norsk; motstand, motstand

mot endring, rusbehandling, risikofaktorer, psykisk helse, drop out, miljøterapi. Det var ingen treff på forskning på motstand i miljøterapi. Deretter ble det valgt ut litteratur fra pensum i master studiet og gjennom å lete i litteraturen. Utvalget falt på den litteraturen som syntes best å kunne opplyse studiens problemstilling og resultater.

I tillegg har det underveis i analyseprosessen dukket opp noen relevante artikler om kognitiv funksjon tidlig i et rusbehandlingsforløp (Sømhovd, 2019) og en artikkel som spør om behandling kan skade? (Blindheim, 2001). Disse er brukt kort som referanser i diskusjonen og ikke redegjort for ytterligere.

1.4 Forskning på feltet

Under vil jeg kort presentere utvalgt relevant forskning på motstandsfeltet som er ment å gi noe innsikt i et stort felt og deretter noen perspektiver på miljøterapi.

I navigasjonen rundt feltet om motstandsfenomenet later det å være flere retninger og forståelseshorisonter for begrepet motstand. Jensen (2015) diskuterer motstandsbegrepet i sin oppgave om fenomenet. Her løfter hun frem at motstand som klinisk fenomen har potensialer og begrensninger, samtidig kan motstand tolkes på flere måter, men kan ha en vag funksjon. Jensen bruker denne forståelsen til å begrunne hvorfor det kan være uenigheter på tvers av feltene om motstandsfenomenet. I en oppsummerende artikkel om motstand der motstandsfenomenet blir sett som et intrapsykisk og interpersonlig fenomen, konkluderer artikkelforfatterne med den sammen tvetydigheten og anser motstandsbegrepet som avhengig av teori om overføring/motoverføring. Videre hevder forfatterne at begrepet tilhører den psykodynamiske tradisjonen og psykoterapeutisk behandling i motsetning til tradisjoner utenfor den dynamiske hvor motstand sees som hinder for selve terapiprosessen (Jensen & Stanicke, 2018).

Miljøterapi nevnes ofte i fagmiljøer og kan ses som et bredt felt, men er lite forsket på, særlig internasjonalt. I en litteraturstudie gjort av Skorpen & Øye (2010) fokuseres det på miljøterapiens bakgrunn, modeller og utfordringer i psykiatrien. Her konkluderes det med at miljøterapi bør være tverrfaglig forankret, ha et bredt kunnskapsgrunnlag og være autonombasert som et tillegg til annen behandling i psykiatriske sykehus. I en studie om erfaringer fra kognitivmiljøterapi med relasjonstraumer fremheves tverrfaglighet på

avdelingen, tid til effekt og tilnærminger med psykofarmika som parametere til bedring av pasientgruppen (dia Nkuka, 2020). I en debatt i tidsskrift for psykisk helsevern hevder skribenten som jobber med videreutdanning av miljøterapeuter, at miljøterapi er en egen fagdisiplin. Skribenten hevder at miljøterapi er arenafleksibel og rollefleksibel og at det er viktig å få videreutviklet behandleres relasjonskompetanse, teoretisk kompetanse i et tverrfaglig og tverretatlig miljø (Utne, 2005).

1.5 Oppbygging av studien

Denne studien er delt inn i 6 kapitler. Kapittel 1 starter med å forklare bakgrunnen for studien, deretter presenteres problemstilling, forskningsspørsmål, begrepsavklaringer, litteratursøk og avgrensninger. I kapittel 2 presenteres det teoretiske grunnlaget for motstand, overføring og motoverføring, miljøterapi og ivaretagelse av behandlere. I kapittel 3 er studiens metodevalg forklart sammen en gjennomgang av hvordan dataene er innsamlet, sammen med analysen av datagrunnlaget. I kapittel 4 redegjør jeg for resultatene av funnene i studien. Kapittel 5 er viet til diskusjon av resultatene i lys av teoretiske perspektiver. I siste kapittel er studiens konklusjon.

2.0 Teoretisk grunnlag

I denne delen presenteres noen sentrale teorier som danner et fundament for forståelse av fenomenet motstand, på hvilken arena og i hvilken kontekst studien gjøres i, sammen med teori om hvilken effekt påkjenninger i en utfordrende arbeidssituasjon kan ha for behandlere personlig.

2.1 Motstand

Med motstand forstås det at pasienten viser motstand med verbal eller nonverbal kommunikasjon, for eksempel motstand rettet mot endring eller mot å bevege seg inn på spesifikke tema. Motstanden kan komme ubevisst fra pasientens side, men manifesteringen av den kan være tydelig og utfordrende for relasjonen og terapeuten (Schibbye, 2012) (Malt, Retterstøl & Dahl, 2003). Avverging er nært beslektet med motstand, men er en mer direkte måte å unngå bestemte tema, for eksempel ved å bytte tema og kritisere terapeuten. Motstand kan gi terapeuten signaler om hvor det latente budskapet ligger og således si hvor det er hensiktsmessig at terapien bør gå (Schibbye, 2012). En annen måte å se motstand mot endring kan være Maslows motivasjonsteori som sier at motstanden kan sees som et dilemma hvor konflikten finnes mellom trygghet på den ene siden og vekst på den andre siden med personen i midten, konflikten kan da føre til stillstand (Amundsen & Kongsvik, 2016). Slikt sett kan en i denne studien se både behandlers forståelse av seg selv, pasienten og samspillet dem imellom med konflikt og vekst som utgangspunkt for endring.

Jon T. Monsen (2000) beskriver hvordan psykoanalytiske teorier fokuserer på å bevisstgjøre pasienter på hva som hindrer dem i å utvikle seg mentalt, og kritiserer teoriene for å være noe ensidig. Ønsket er å aktivt anerkjenne og bekrefte pasientens opplevelse av angst og holdning til virkeligheten. Monsen mener motstand er helt avgjørende for vekst og at motstand som fenomen er noe som aktivt bør adresseres, ikke bare jobbes gjennom eller rundt, og at fenomenet er vesentlig i all psykologisk behandling (Monsen, 2000), altså også i samhandling og relasjon til pasienten. Dette synspunktet støttes av Føyn & Shaygani (2010) som skriver at motstanden alltid er ambivalent og er knyttet til at endring er en dynamisk prosess der arbeidet med motstand er uunngåelig.

I litteratur om motiverende intervju definerer Bart, Børtveit & Prescott (2015) motstand som en faktor som kan være hemmende i samtaler hvor pasientens sak eller problem blir skjøvet i bakgrunnen og fokuset bli samhandlingen mellom behandler og pasient. Motstand defineres

videre som en atferd med for eksempel krangling, benekting og ignorering i terapirommet. Her deles motstands-atferden opp i to kategorier «*saksmotstand*» og «*relasjonsmotstand*» (ibid, s. 95). Saksmotstand adresserer problemet til pasienten gjennom bortforklaringer, unnskyldninger og pessimisme. Relasjonsmotstand kan beskrives som at samarbeidet mellom behandler og pasient ikke fungerer og hindrer endringsinnsats fra pasientens side.

Motstandsfenomenet er diskutert vidt og bredt i litteraturen. I en artikkel drøfter Marit Berge Jensen & Erik Stänicke (2018) motstand som et intrapsykisk og intrapersonlig fenomen og peker blant annet på at motstand er et tvetydig fenomen som til tross for uenighet innad og i bredere terapeutiske retninger, kan være et virksomt, paradoksalt og elastisk fenomen i utøvelsen av klinisk arbeid. Forfatterne hevder at begrepet ikke kan forstås uten å ha kunnskap om overføringer. De hevder også at fenomenet motstand er vesentlig for å få til endring «*Vi vil imidlertid fastholde en forståelse av motstand som et hinder for endring, og derav en helt sentral del av det terapeutiske arbeidet, da en endring av pasientens motstand vil kunne lede til psykologisk utvikling*» (Jensen & Stänicke, 2018).

2.2 Overføring og motoverføring

I litteraturen skrives det om overføringens og motoverføringens betydning i psykoterapi og i arbeidet med motstand. I denne studien som omhandler motstandsfenomenet virker det tilnærmelig å trekke inn overføringsbegrepet. I følge Schibbye (2012) er motstand mot endring tett bundet opp til overføring. Overføringen er fra pasient til terapeut og handler om at fortiden til pasienten blir projisert på terapeuten gjennom for eksempel at terapeuten i nåtid blir tillagt egenskaper fra pasientens erfaringer med andre i fortid. Disse overføringene er ubevisste, og pasienten kan mistolke opplevelser som oppstår i relasjonen med terapeuten i nåtid (ibid). Føyn & Shaygani (2010) mener overføring skal forstås som en dynamisk og foranderlig prosess. Overføringen åpner en mulighet for behandler og pasient sammen kan adressere ubevisste konflikter hos pasienten og avdekke behov.

Motoverføring kan sees i sammenheng med overføring. Motoverføring er behandlerens reaksjoner på pasienten og betraktes som reaksjoner hos behandleren og dens ubevisste og ubearbeidede konflikter, og samtidig som en konsekvens av samhandlingen med en pasient i en gitt setting og kontekst (Føyn & Shaygani, 2010). Schibbye (2012) ser overføring og motoverføring i et dialektisk perspektiv hvor de to begrepene sees i sammenheng i et samspill. Skårderud & Sommerfeldt (2013) viser til Winnicotts forståelse av motoverføring

som påpeker at den alltid gjør seg gjeldende i alle behandlingsrelasjoner, sårbarhet hos behandler er en kilde til informasjon og en naturlig beskyttelsesreaksjon fordi pasientens til en viss grad selvødeleggende følelser utfordrer terapeuten og relasjonen mellom dem. I en artikkel fra Psykologisk tidsskrift trekker forfatteren frem et perspektiv på motoverføring som omhandler terapeuten sårbarhet. Forfatteren mener at ureflektert motoverføring kan gi terapeuten en viss grad av sårbarhet og kan være mer belastende for terapeuten i arbeidet med pasienter. En terapeut som ikke i tilstrekkelig grad anerkjenner egne følelser, risikerer å oppleve ambivalens i møtet med pasienten. Terapeuter som undertrykker den indre konflikten mellom uakseptable følelser og pasientens behov, står i fare for å ikke møte pasienten på en hensiktsmessig måte. Terapeuten kan miste tilgang til viktige personlige egenskaper som endringsoptimisme, engasjement, eller toleranse i behandlingssituasjonen (Berge, 2005).

2.3 Miljøterapi

Miljøterapi handler om å kombinere miljø og terapi, hvor miljø representerer organisering av hverdagen for pasienter som daglige rutiner, matinntak, sosiale behov, læring av fag og praktiske sosiale ferdigheter. Den terapeutiske delen består av å utvikle og medvirke til et bedre liv (Skårderud & Sommerfeldt, 2016; Vatne, 2015). Miljøterapi er utviklet med tanke på at behandlingen skal ha en terapeutisk tilnærming «døgnet rundt» og er sett på som anvendelse av psykoterapeutisk og gruppedynamisk tenkning i komplekse systemer (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2013). Psykiatrien har tradisjonelt sett anvendt miljøterapi som begrep uten at det finnes noe særlig publisert forskning rundt dette (Vatne, 2015).

Historisk sett har miljøterapi blitt dratt mellom å vektlegge struktur gjennom regler, kontroll og grensesetting, fra den moralske behandlingsbevegelsen, til at miljøterapi handler om en mer demokratisk tilnærming hvor terapeutiske relasjoner blir fremhevet (Vatne, 2015; Skorpen, 2010). I et psykodynamisk perspektiv på miljøterapi med ruspasienter beskriver Føyn & Shaygani (2010) at behandlere fokuserer på alt som skjer i miljøet og hvordan det henger sammen med bevisstheten til individet, både bevisste og ubevisste psykologiske og relasjonelle fenomener fra pasientens historie, hvor rusbruk forstås som en måte å unngå truende følelser og behov. Miljøterapi er på denne måte forankret i aktiviteter og samtidige psykiske prosesser.

Miljøterapi har blitt definert mangfoldige ganger, og en av de mest benyttede definisjonene er Erik Larsen, som for nesten førti år siden definerte miljøterapi som en «*oppgave med systematisk og gjennomtenkt tilretteleggelse av miljøets psykologiske, sosiale og materielle eller fysiske betingelser ut fra individets og gruppens situasjon og behov*» (Skårderud & Sommerfeldt, 2016. s.30). Larsen mener med dette at man må strukturere og tilrettelegge for å oppnå ønsket endring. Dette passer godt inn i hvordan miljøterapeutene må organisere og bidra til utvikling hos pasientene. Allikevel er det en dimensjon som mangler, og som er vesentlig for vinklingen på denne studien. Andersens definisjon sier:

Miljøterapi er (...) en reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å tilrettelegge for utvikling, vekst og modning, og gi gode og overførbare relasjonserfaringer, og derigjennom fremme og tydeliggjøre mer hensiktsmessige samhandlingsmønstre. (Vatne, 2015, s. 28)

Det fremheves altså at det skjer endringer på grunn av systematisk samhandling mellom pasient og behandlere i miljøterapi. Ved å kombinere disse to definisjonene kan en si at de utfyller hverandre og bidrar slik sett til en viktig forståelse av konteksten i studien. Relasjonen og relasjonsbehandlingen blir derfor et sentralt element i miljøterapi. Skårderud & Sommerfeldt (2016) hevder at miljøterapi er relasjonsbehandling og at fokuset bør være på å reparere relasjonskader. De profesjonelle relasjonene er preget av selvrefleksivitet, der behandleren underveis vurderer sin egen innsats opp imot virkning og reaksjoner hos pasienten i et samspill som ofte er tuftet på gjensidighet i den mellommenneskelig interaksjonen. Miljøterapi har sin effekt gjennom relasjonene som oppstår, og hvordan de forløper. Vi bruker hele vår personlighet i møtet med pasientene, enten vi vil eller ikke (Skårderud et al. 2013).

I miljøterapi etterstrebtes det systematisk å møte pasienter på andre måter enn de er vant til, i en terapeutisk tilnærming, for å skape muligheter til å endre reaksjonsmønsteret sitt. Dette forklarer Skårderud og Sommerfeldt (2016) gjennom begrepet korrigerende emosjonell erfaring. En gjensidighet i relasjonen beskriver også Vatne (2015) som viktig for behandlerrelasjonen og for å bygge opp pasienters selvfølelse. Det handler om et subjekt-

subjekt-forhold som har en gjensidighet ved seg, og kan ses som en anerkjennende bekreftelse av pasienten. Til motsetning kan et objekt-subjekt-forhold bidra til en ubalanse som er mer asymmetrisk og kan føre til at en ikke fanger opp pasientens problematikk eller ikke er oppmerksom nok på hva som kommer frem i behandlingsrelasjonen. Et annet aspekt ved relasjonsarbeid er den terapeutiske alliansen som også styrker subjekt-tanken over. Alliansen kan sees som et kontinuerlig arbeidende verktøy i behandlerrelasjonen mellom pasient og terapeut. Den kan inneha komplekse egenskaper som for eksempel at den kan brytes og bygges opp igjen uten at behandlerrelasjonen opphører (Schibbye, 2012).

Vatne (2015) påpeker at det er flere forhold som skal til for at et miljø skal fungere terapeutisk. Blant annet påpekes viktigheten av at det må være en balanse mellom å være støttende og gi passe mye utfordringer i atferd som ikke fremmer positiv utvikling. Videre presiseres det at miljøterapeutene må gis frihet til eksperimentelle og aktive holdninger gjennom ulike terapeutiske tilnærminger. Samtidig legges det også vekt på at flere forhold ved systematisk planlegging og strukturer ansees som avgjørende i et terapeutisk miljø. Med det overstående som bakteppe, blir det konkludert med at essensen i miljøterapi er relasjonen mellom pasient og behandler, hvor systemet spiller inn på den ene siden og relasjonelle tilnæringsformer på den andre siden. (Vatne, 2015). Et terapeutisk miljø utvikles nettopp i spenningen mellom det stabile systemet og valg av tilnærminger i relasjonen. Dette er grunnlaget for to ulike perspektiver i miljøterapi, det korrigerende og anerkjennende (Vatne, 2015). Det korrigerende perspektivet er basert på kontroll og lite dialog med pasientene, derfor oppfattes det som problematisk å kalle det et terapeutisk perspektiv. Sårbarhet er i filosofien et kjennetegn ved å være menneske. Sårbarhet hos pasienter kan komme til uttrykk som angrep på omgivelsene og forutsetter at behandler ser atferden i sammenheng med tidligere opplevde relasjoner (Vatne, 2015). Det gjøres ved å ta i bruk anerkjennende tilnærminger og at en etterstreber å forstå hvordan begge parter tenker og handler.

2.3 Ivaretagelse av behandlere

For at det skal kunne dannes et meningsfullt bakgrunnsteppe for hvordan motstandsarbeid kan påvirke behandlere, beskrives også kort teori om hvordan behandlere kan og bør ta vare på seg selv i krevende helsearbeid, og eventuelle konsekvenser en bør være klar over. Begrepene hjelper, behandler og terapeut blir brukt om hverandre i litteraturen, i det følgende vil det kun bli referert til behandler slik som i resten av studien. I arbeid med psykisk helsearbeid er det

viktig for behandleren å forhindre å selv ta skade av arbeidet. Det har for mange blitt allmennkunnskap at man må ha det bra selv, for å kunne hjelpe andre best mulig.

Det var ikke før på 90-tallet at det ble satt søkelys på hvordan behandlere blir påvirket av jobben sin, og Charles R. Figley blir sett som på som en pioner innen feltet. Han utviklet begrepene sekundærtraumatisk stresslidelse (STSD) og compassion fatigue. Figley hevdet at STSD oppstår når behandlere selv utvikler traumesymptomer i arbeid med andres traumer. Compassion fatigue beskrev han som en blanding av STSD og at man samtidig bruker opp evnen til empati og til å engasjere seg i pasienter, også betegnet som utbrenthet (Isdal, 2017). Det er med andre ord gode grunner til å fokusere på å ivareta behandlere. Haavik & Toven (2020) mener det både handler om behandlerens fysiske og psykiske helse, hensynet til pasienten og kvaliteten på behandlingen. Det er flere sider av miljøterapi som kan være belastende over tid, som for eksempel å skulle skape og lukke nye relasjoner gjentatte ganger. I tillegg, er det en mer krevende side av behandlerrollen som handler om å ta innover seg andres traumer og lidelser, og selv bli utsatt for vold og krenkelser. En konsekvens kan være at behandlere begynner å distansere seg følelsesmessig fra pasientene. Affekter blir brukt som betegnelse for ulike følelsestilstander og affektregulering handler om forsøk på å ta bort, opprettholde eller endre følelsestilstander. Teori om affektregulering kan være med på å belyse hvordan behandlere ubevisst eller bevisst forsøker å dempe egne emosjonelle reaksjoner i møte med krevende pasienter (Normann, 2019). For å kunne beskytte seg er det avgjørende å ha kunnskap om hva som er skadelig og hvordan man kan forebygge det.

Isdal (2017) undrer seg over at arbeidsbelastning ikke er et tema i helseutdanninger og at det ikke er nok forskning og kunnskap på området, i tillegg mener han det har vært tabu å skulle fokusere på behandleres opplevde vansker med pasienter. Det virker ikke som utdanningssektoren tar alvor et innover seg om hvordan behandlere kan unngå å bli syke, spesielt med tanke på at helsepersonell står langt høyere på sykefraværstatistikken enn andre yrkesgrupper (NAV, 2020). Videre peker også Isdal på at det er avgjørende, både for behandlere og pasienter, å se nærmere på hvordan man sammen som organisasjon, kollegagruppe og individer kan beskytte seg bedre. Kollegaveiledning kan brukes som et virkemiddel i ivaretagelse av behandlere i organisasjonen (Lauvås, Lycke & Handal, 2017). Dette kan bidra til økt fagkunnskap og tilrettelegge for en trygg ramme for å dele vanskelige forhold i arbeidssituasjonen. Lauvås et al. (2017) påpeker at relasjonen kollegaene imellom er avgjørende for at det skal oppleves som trygt å dele historiene sine. Haavik & Toven (2020)

mener også at man må dele kunnskap om ivaretagelse, og at det må være et samarbeid mellom kollegaer, ledere og systemet. Et av de viktigste tiltakene forfatterne fremhever er ledelsens prioritering av fagutvikling for å styrke mestringsfølelse, gi trygghet og en følelse av fellesskap i arbeidet. Dette vil også da også komme pasientene til gode.

3.0 Metode

I denne metodedelens presenteres først studiens design og valg av metode, deretter hvilke vitenskapsteoretiske tilnærminger forskningsmetodene i studien benytter seg av. De metodiske valgene vil bli redegjort for og til slutt vil etiske betraktninger og kvalitetsvurdering bli redegjort for.

3.1. Metodevalg

Denne studien ble gjennomført med et kvalitativt design og en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, som søker å beskrive og tolke behandleres møte med motstand og hvordan de opplever det. Hermeneutikken tilhører fortolkningskunsten og er en slags forståelselære (Malterud, 2011). Den fenomenologiske tradisjonen er omfattende og begrepet brukes for å forstå menneskers subjektive opplevelser og livsverden innenfor et bestemt felt. Malterud (2011) mener at kvalitative metoder kan være lærerike i forskningsprosesser hvor formålet blant annet er å få frem nyanser og kunnskap fra dynamiske prosesser der samhandling og utvikling kan være sentrale momenter. Analysen i studien ble gjennomført ved å følge Malteruds fire trinn i systematisk tekstkondensering. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) sikter kvalitative metoder etter mangefasetterte beskrivelser av informantens livsverden gjennom ord og ikke tall. Den kvalitative variasjonen skaper en interpersonell situasjon der kunnskap kan vise seg frem, og kontraster og særegenheter kommer til uttrykk. De foregående teoretiske beskrivelsene er hovedgrunnlaget for valg av metode og synes å ha direkte overføringsverdi til denne studien, som tar for seg å søke etter kunnskap i det særegne og eventuelle fenomener som ligger under overflaten i behandleres møte med motstand hos pasienter i TSB.

I det følgende vil begrepene fenomenologi og hermeneutisk tilnærming bli kort redegjort for som bakgrunnsteppe for studien, uten at det går dypere inn i retningene av hensyn til studiens formål og forskerens erfaring.

3.1.1 Studiens fenomenologiske/hermeneutiske tilnærming

I fortolkende fenomenologisk analyse gir det fenomenologiske perspektivet oss et bilde av subjektive opplevelser av erfaringer mennesker har gjort i sitt levde liv, altså informantenes egen livsverden (Malterud, 2013). Den fenomenologiske vinklingen rundt informantenes livsverden er i denne studien hvordan behandlere opplevde å møte motstand hos pasienter

som er i rusbehandling. Nettopp det å søke etter informantenes erfaringer, inntrykk, selvbevissthet og kanskje ubevisste erindringer om hvordan de opplever å møte motstand mot endring hos pasienter i rusbehandling, gir et fenomenologisk preg. For å kunne tilrettelegge for ny kunnskap og forståelse i tolkningen av datamateriale og tekst har hermeneutiske fortolkningsprinsipper vært viktige verktøy i analyseprosessen (Malterud, 2013). I utgangspunktet skiller fenomenologene seg fra hermeneutiske tradisjoner ved at det er fokus på hvilke erfaringer og opplevelser av sin egen livsverden som er sentralt. Hermeneutikken har derimot fokus på meningsfortolkning gjennom blant annet å tolke frem og tilbake mellom deler og helhet og fra disse delene sammen for å skape en ny relasjon til helheten (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.1.2 Fenomenologi

Fenomenologi er en filosofisk tradisjon og en mer praktisk rettet gren i kvalitative metoder. Filosofen Edmund Husserl regnes som grunnleggeren av fenomenologisk metode. I følge Store Norske Leksikon (2020) kan metoden beskrives som en form for refleksiv erkjennelse av essenser og at fenomenene taler for seg selv uten at fordommer og antakelser påvirker, at tingenes vesen taler for seg selv (ibid). Kvale & Brinkmann (2013) henviser til Agamben Giorgi som skriver at fenomenologien er «studiet av strukturen og variasjonene i strukturen i den bevissthet som en ting, hendelse eller person fremtrer for». Med dette forståelsesgrunnlaget av fenomenologi kan en si at det er hvordan informantene opplever og forstår sin egen livsverden i sin virkelige virkelighet som skal beskrives så presist som mulig for å kunne åpne for kunnskapsdannelse.

Livsverden i denne sammenhengen er et begrep som innebærer å få fri tilgang til informanters levde hverdagsliv, samtidig danner dette også grunnlaget for vitenskapelige teorier om den sosiale verden og gir forskeren og leseren innblikk i menneskers umiddelbare forståelse av sin opplevde livsverden (ibid). I tillegg beskrives det i Kvale & Brinkmann (2015) at fenomenologisk reduksjon er en del av tilnærmingen i fenomenologisk metode, hvor en setter sin egen forforståelse til side for å nå frem til en fordomsfri gjengivelse av opplevd livsverden og dens fenomener.

3.1.3 Hermeneutisk fokus

Hermeneutikken defineres som læren om fortolkning av tekster og en filosofisk teori om all forståelse (SNL, 2020). Flere filosofer, blant annet Hans-Georg Gadamer nevnes i litteraturen

når hermeneutisk meningsfortolkning benyttes i kvalitativ forskningsdesign. Gadammers sentrale poeng var at det ikke finnes noe nullpunkt for å forstå en tekst eller handling. Forskerens forforståelse blir en medvirkende faktor i fortolkningsprosessen, det er altså subjektet som definerer objektet. Gjennom selvrefleksivitet, tolkning av interaksjon mellom subjekter som igjen skaper ny innsikt, går forskeren opp nye veier for å nå en erkjennelse av sannhet og finne mening i sin forskning (ibid).

Hermeneutiske fortolkningsprinsipper er med på å utgjøre et grunnlag for tolkning av en tekst. Et av disse prinsippene er sirkularitet i hermeneutisk tradisjon hvor en kontinuerlig går frem og tilbake mellom deler og helhet for å åpne for en vedvarende dypere forståelse av mening (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.1.4 Utvalg, rekruttering

Det ble valgt ut to virksomheter innen TSB på Østlandet. Virksomhetenes ledere ble oppringt for å avklare og diskutere hvilke ansatte som kunne være aktuelle. I samarbeid med lederne var målet å velge ut behandlere fra følgende kriterier; relevant arbeidserfaring, erfaring med den utvalgte pasientgruppen, bredde i kompetansefeltet, spenn i alder for mer nyanserte svar, evnen til å fremme nytenkende ideer og til å utdype situasjoner, og kunne reflektere godt rundt faglige temaer.

I og med at studien er basert på kvalitativ undersøkelse hvor formålet er få utdypende svar rundt konteksten til et fenomen, har jeg valgt en strategisk utvelgelse i henhold til Johannessen et al. (2016). Der defineres strategisk utvelgelse som at det blir gjort et valg mellom alternativer i en utvalgt målgruppe og med utgangspunkt i hva som er mest hensiktsmessig, i motsetning til hva som kan være representativt. Det strategiske utvalget av denne studiens informanter er videre basert på intensive utvalg, som beskrives som personer som har utmerket seg i henhold til utvalgte kriterier (Johannessen et al. 2016). For å belyse fenomenet motstand i behandling, har utvalget i prosjektet falt på ansatte i spesialisthelsetjenesten.

Aktuelle ansatte ble vurdert opp mot hverandre og de som blant annet ikke hadde den samme tyngden i erfaring med arbeid rundt komplekse lidelser, var relativt unge og generelt hadde kort faglig erfaring på feltet, ble ekskludert fra vurderingen. Etter videre drøftinger frem og tilbake, var det lederne som til slutt valgte ut de aktuelle kandidatene opp mot kriteriene.

Denne prosessen førte til et utvalg på tre menn og to kvinner i aldersgruppen 25-50 år, fra de to ulike virksomhetene. Meningen bak å ha to virksomheter var å skulle gi bredde i svarene til informantene. Til slutt ble hver informant presentert for prosjektet og spurt om de ønsket å delta, og alle sa ja til å stille opp. Deretter ble informasjonsskriv med samtykkeerklæring sendt ut. (Vedlegg 1)

3.1.5 Intervjustruktur

I kvalitative forskningsintervjuer kan rammen for intervjuet ha ulik grad av struktur, fra å være helt ustrukturert i den ene enden, til semistrukturert med en overordnet intervjuguide, til å være strengt strukturert med faste svaralternativer i den andre enden (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2016). Ønsket om å oppdage informantenes individuelle erfaringer ble helt sentralt for prosjektet, derfor opplevdes det for lite fleksibelt å benytte seg av det strengt strukturerte intervju. Det ustrukturerte intervjuet har utgangspunkt i å være så åpent som mulig for det bakenforliggende som kunne dukke opp i intervjusituasjon omkring temaene og er relevant når forsker og informanter har dybdekunnskap på fagfeltet (Johannessen et al. 2016). Det førte til at valget falt på ustrukturert intervju for å kunne åpne for temaer som tillot informantene å relatere svarene til sin egen livssituasjon, her i arbeid med pasienter i TSB, samtidig som spørsmålene kunne tilpasses den enkelte underveis. Johannessen et al. (2016) påpeker at jeg som forsker kan ha påvirket svarene til informantene i et ustrukturert intervju og jeg har etterstrebet å ha dette i bakhodet underveis i prosessen. Slik jeg har tolket det ut fra Johannessen et al. (2016), er det kun ved semistrukturerte og strukturerte intervjuer man tar i bruk en intervjuguide som hjelpemiddel. I tråd med ustrukturert intervju ble verken strukturerte spørsmål eller rekkefølge tilrettelagt på forhånd, og det var spørsmål knyttet til temaene i forskningsspørsmålene som var utgangspunkt for intervjuene (Johannessen et al. 2016). Basert på hva som kom frem underveis i informantenes beskrivelser, ble det stilt relevante oppfølgingsspørsmål for å gi rom for refleksjon og mulighet til å hente ut mer spesifikk informasjon knyttet til temaene og problemstilling.

Til forskningsspørsmål 1) formulerte jeg følgende spørsmål:

Hva vil du si er motstand hos pasienter?

Hva ligger i pasienters motstand?

Hvordan har du erfart motstand hos pasienter?

Til forskningsspørsmål 2)

Kan du fortelle om en gang det var spesielt utfordrende?

Hvilken rolle tar du på deg i møte med motstand?

Hvilke verktøy eller faglige virkemidler bruker du?

Til forskningsspørsmål 3)

Hvordan opplevde du den situasjonen du var i?

Var det noe du synes var bra med situasjonen?

Var det noe du synes ble vanskelig for deg personlig?

I så fall hva?

Var det noe du synes burde vært gjort annerledes?

3.1.6 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene av hver enkelt informant ble gjennomført i årsskiftet 2018 og 2019 på arbeidsplassen til den enkelte informant. Tidsrammen for intervjuene ble mellom 40 – 60 minutter. I utgangspunktet ønsket jeg 1 og ½ time med hver enkelt, men på grunn av tidsbegrensinger hos informantene og deres hektiske arbeidshverdag var ikke dette mulig. Under intervjuene ble det brukt lydopptaker for å få frem autentisitet og fenomener som kunne dukke opp underveis. All lyd-data er håndtert etter NSD (Norsk Senter for Datainnsamling) rutiner og slettet etter transkribering.

På starten av intervjuet gikk jeg gjennom innholdet i informasjonsskrivet og presiserte hvilken pasientgruppe det var ønskelig å snakke rundt. Det var viktig å skape en løs og ledig tone fra starten og legge godt til rette for å opprette et tillitsforhold, slik det refereres til at relasjonen mellom informant og forsker er utslagsgivende for informasjon som kommer frem (Johannessen et al., 2016). I møte med hver av informantene var det derfor betydningsfullt for meg å etablere en fortrolig og avslappende atmosfære, og jeg startet med litt hverdagslig småprat, for å for så å rette oppmerksomheten inn mot mine spørsmål. På slutten av hvert intervju, fikk alle informantene mulighet til å stille spørsmål hvis det var noe de lurte på eller om de ville tilføye noe mer.

3.1.7 Transkribering

Transkribering handler om å gjøre om muntlig tekst til skriftlig tekst, der også den nonverbale kommunikasjonen kan spille en rolle på hvordan noe fremstilles. I en transkripsjon er målet at

den skal bli egnet for en påfølgende analyse (Kvale og Brinkmann, 2009). Det vil være nærmest umulig å ikke bli påvirket og omforme gjengivelsen av teksten, og det kan for eksempel være avgjørende for betydningen av innholdet hvor forskeren velger å sette punktum og komma. Allerede der er forskeren i gang med å tolke innholdet (Kvale og Brinkmann, 2009). Forskeren må være bevisst på å ikke sette informantene i et dårlig lys på bakgrunn av hvordan de fremstår i transkripsjonen (Malterud, 2013). Jeg gjorde lydopptak av intervjuene i transkriberingen som utgangspunkt for et stringent vitenskapelig grunnlag for analyse. Konversasjonsdelen er det jeg har vært opptatt av under intervjuene, som oppleves mest hensiktsmessig for å finne ut mer om fenomenet motstand.

Ved å transkribere intervjuene selv ga det meg muligheten til å eventuelt oppdage nye vinklinger og fenomener, og for å kunne være nærest mulig teksten i hele prosessen. I følge Malterud (2013) er det flere fordeler ved at forskeren transkriberer teksten selv, blant annet kan det styrke validiteten i analysearbeidet.

3.2 Forforståelse

Begrepet forforståelse bunner i at det alltid ligger en tidligere forståelse forut for vår nåværende forståelse (Fuglesang, m.fl. 2014). Ifølge hermeneutikken er det ikke mulig å være fri for sine egne verdier som forsker, fordi man også er preget av samfunnet man lever i og det er anerkjent at vitenskap ikke er sannere enn forskerens egne verdier og interesser. (Järvinen og Mik-Meyer, 2017; Malterud, 2013). Virkeligheten som presenteres blir dermed påvirket av forskerens fortolkninger. På bakgrunn av min kunnskap og erfaring på fagfeltet, er det grunn til å tro at det har preget både spørsmål og hvordan jeg tolket empirien, samtidig er bevisstheten rundt egen forforståelse med på å forebygge at jeg lar meg forstyrre av kunnskapen som det empiriske materialet leverer (Malterud, 2013).

Etter snart 20 år i arbeid med rusavhengige som også har psykiske lidelser, har jeg naturlig nok opparbeidet meg mange erfaringer og tanker om rusbehandling i Norge. Motivasjonen for valg av tema og bakgrunnen for studien er påvirket av mitt engasjement for eget arbeidsfelt. Min forforståelse til denne studien har utgangspunkt i et biopsykososialt humanistisk syn. Det vil si at jeg, gjennom verdisynet mitt, forsøker å forstå pasienters utfordringer på bakgrunn av oppvekst, tillærte tanke- og handlingsmønstre, og ikke kun biologiske prosesser. På den ene siden er noe av grunnen til at denne studien ble en realitet min gryende fasinasjon for motstandsbegrepet, både psykologisk og i en mer miljøterapeutisk kontekst. Den andre delen

er at jeg i mine mange møter med rusomsorgen og helse-Norge, har fått en forståelse av at når behandlingsapparatet ikke treffer med tiltakene så er det ofte på grunn av pasientens kompliserte avhengighet, psykiske uhelse og at pasienten tilsynelatende viser mye motstand mot å endre seg, og derfor blir møtt med mindre håp enn andre mer ressurssterke pasienter. Etter min mening oppleves dette arbeidet som spesielt utfordrende å stå i over tid for behandlere med miljøterapeutiske rammebetingelser. I tillegg har jeg inntrykk av at det finnes lite kunnskap om fenomenet motstand i arbeid med de mest utfordrende pasientene på dette feltet, og at dette ikke problematiseres nok på et høyere nivå i helse-Norge.

3.3 Analyse

I starten av denne prosessen har jeg måttet redusere data for å kunne analysere meningsinnholdet i studien i henhold til Malteruds (2013) anbefalinger. Det er i fenomenologiske studier vanlig at forskeren er fortolkende i datagjennomgang, for å finne en dypere eller bakenforliggende mening hos informanter (Johannessen et al, 2010). Som forsker vil en påvirke sitt eget materiale gjennom analyseprosessen, mens en hele tiden arbeider for å minimere denne effekten samtidig med å være bevisst at den er der (Malterud, 2013). I denne studien har jeg vært opptatt av å vise informantenes sanne beskrivelser og opplevelser av motstandsfenomenet, samtidig som jeg har hatt med meg at de ulike trinnene i analysen og at resultatene har blitt farget av meg som menneske og mine faglige erfaringer slik som beskrevet i forforståelsen.

Malterud bygger sin modifiserte systematiske tekstkondensering på Giorgis fenomenologiske analyse og er et godt utgangspunkt for analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper. Denne metoden kan være med å identifisere og *«utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt, ved å lete etter kjennetegn og essenser ved de fenomener vi studerer, samtidig som vi setter vår egen forforståelse i parentes»* (Malterud, 2013). I følge Malterud (2013) er en slik metode til nytte for gryende forskere, slik som meg selv, da den ikke krever stor forkunnskap for å benyttes. Denne tematiske analysen synes å gi en oversiktlig, transparent og etterrettelig gjennomføring av studien.

Malteruds (2013) fire trinn er basert på Giorgis beskrivelse og de er hovedstrukturen i analysemetoden systematisk tekstkondensering.

Trinnene deles inn på følgende måte:

- Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer
- Meningsbærende enheter – fra temaer til koder
- Kondensering – fra kode til mening
- Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

3.3.1 Å skape et helhetsinntrykk

I første trinn gjelder det å bruke frie assosiasjoner til materialet som er transkribert. Det er det umiddelbare helhetsinntrykket som er fokus for forskeren (Malterud, 2013). Underveis i intervjuene og under transskripsjonen gjorde jeg meg noen notater angående temaer som dukket opp. Deretter leste jeg alt tekstmaterialet flere ganger for å få et fugleperspektiv. Prosessen tok tid og det var krevende å holde tankene og forforståelse i sjakk når jeg skulle danne meg et helhetsinntrykk av den transkriberte teksten. I følge Malterud (2013) er dette en forutsetning for å kunne være tro mot informantenes stemmer og beskrivelser. Jeg leste ett og ett ferdig transkribert intervju for en ny runde med overblikk. Deretter gjorde jeg en ytterligere og grundigere gjennomgang av dataene mens jeg noterte stikkord og temaer underveis. Det resulterte i flere temaer for videre arbeid med trinnene.

Selv om min forforståelse er med på å prege resultatene om jeg vil eller ikke, har jeg i tråd med Malterud (2013) forsøkt å sette egen forforståelse og teoretisk referanseramme til side. Etter en del refleksjon, diskusjon og ytterligere gjennomgang av teksten, kom jeg frem til følgende temaer som forhåpentligvis vil kunne gi noen perspektiver på behandleres møte med pasienters motstand mot endring og belyse studiens problemstilling med interessante funn: «behov for mer kompetanse om sammensatte lidelser i behandlingsfellesskap, påkjenning og utrygghet i behandlerrelasjonen, behandlers påvirkning over pasientens utvikling, ubevisste prosesser mellom behandler og pasient, frihet til valg av tilnærminger i miljøterapi, terapeutens forventning til seg selv i møte med motstand, terapeutens forventning til pasientens uttrykk for motstand, avgjørende med tett samarbeid kollegaer imellom».

3.3.2 Å identifisere meningsbærende enheter

I andre trinn skal vi gruppere data som er av interesse og som kan utdype oppgavens problemstilling og skille vekk uvesentlig tekst (Malterud, 2013). Å gå gjennom teksten

systematisk linje for linje og bruke temaene fra forrige trinn som utgangspunkt, er i tråd med Malteruds (2013) anbefalinger for å finne tekst som gir mening eller som kan bli meningsbærende enheter. I denne delen av analysen lagde jeg et system for sortering av meningsbærende enheter som skulle være med videre og tekst som skulle tas ut. I følge Malterud (2013) anses ikke hele den transkriberte teksten som meningsbærende. Tekst som hadde relevans for studiens problemstilling og tema sorterte jeg i egne mapper, slik at jeg systematisk kunne gjennomgå dem med fokus på tekst som kunne tilhøre temaene fra første trinn i analysen. En slik systematisering kalles koding. Kodearbeidet har til hensikt å gjenkjenne og rangere alle meningsbærende enheter. Formålet nå var å finne tekst som kunne gi beskrivelser, handlinger og konsekvenser av hvordan behandlere møter pasienters motstand mot endring i miljøterapi. Etter Malteruds (2013) beskrivelser starter sortering og oppfatning av om kodene representerer flere fenomener som ligner. Videre fremheves det at forskeren hele veien skal være fleksibel og kunne tilpasse og koder sammen med temaer i prosessen. På dette trinnet justerte jeg enkelte kodenavn og noen koder ble slått sammen. I tråd med analysemetoden måtte jeg gå gjennom teksten mange ganger for å få med alle meningsbærende enheter, dette er kun ment som et organiseringsprinsipp (Malterud, 2013). Det første utkastet av transkriberingen som ikke har koder eller er flyttet på valgte jeg å beholde inntil videre da det var helt avgjørende å kunne vurdere mine funn opp mot denne helheten (Malterud, 2013).

3.3.3. Å redusere materialet i meningsbærende enheter (kondensering)

I tredje trinn skal kunnskapen som er forankret i andre trinn abstraheres og sorteres i subgrupper (Malterud, 2013). Dette gjorde jeg ved å trekke ut og sortere de meningsbærende enhetene for å finne mening og uttrykk til utvelgelsen av subgrupper. Her var det viktig å fokusere på å finne flere mulige tilnærminger som kunne belyse studiens problemstilling. Malterud skriver at subgruppene vi lager kjennetegnes og tolkes ut fra hvilket perspektiv vi ser dataene fra (Malterud, 2013). Her tok jeg utgangspunkt i teksten under hver kodegruppe samtidig som jeg gjorde notater, dette ble grunnlaget for den neste analyseheten – subgruppene. Videre vurderte jeg hvilke notater som kunne gi mest mulig treffende subgrupper, i tillegg til relevante nyanser av de fenomenene studiens problemstilling omhandler (Malterud, 2013). Dette arbeidet opplevde jeg som krevende, det krevde grundige refleksjoner over hvilke meningsbærende enheter som kunne høre sammen. Noen ble satt til side i starten av prosessen og underveis har jeg både tatt ut enheter som ikke opplevdes relevante allikevel og flyttet enheter til en annen subgruppe som ga mer mening. I systematisk

tekstkondensering skal det på dette trinnet lages kondensater. Det er viktig at kondensatene skrives i jeg-form og blir gjengitt med informantenes egne ord i størst mulig grad (Malterud, 2013). Dette blir utgangspunktet for analytisk tekst i det siste trinnet. Eksempelvis har følgende kondensat sprunget ut fra subgruppen å anerkjenne motstand:

Kondensatet fra denne subgruppen:

«Behandlingsalliansen vår er frem og tilbake hele tiden. Jeg tenker det er viktig å være god til å ivareta pasientens motstand for å komme i posisjon. I starten handler det om å bruke alle muligheter for å bygge tillit å få en relasjon, å bruke seg selv som verktøy. Jeg bruker mye tid på å vise dem forståelse for hvordan de tenker og oppfatter ting. Jeg tok pasienten ut av behandlingsfellesskapet for å bygge tillit. Å se pasientens motstand som beskyttende tenker jeg er viktig å anerkjenne. Jeg tenker at det å tilrettelegge for at pasienter åpner seg handler om å ivareta det de presenterer for oss. Jeg tror det ligger noe utprøving i det, om pasienten tror jeg tåler historien dens. Slik tenker jeg det er verd å beskytte sine traumer».

Kondensatet er tekst som hentes ut fra de mest treffende og innholdsrike meningsbærende enhetene og settes sammen. Dette må ikke forveksles med sitater, da kondensatet er ment å skulle gjenfortelle og sammenfatte informantenes egne ord og begreper fra meningsbærende enheter i subgruppen. Ut fra modellen til Malterud (2013), velger man også ut noe hun kaller «gullsitat». Dette skal være et mest mulig treffende sitat for å beskrive kondensatet.

Fra kondensatet over er følgende gullsitat valgt ut:

«Her tror jeg det er viktig å beskytte seg selv inntil all den tryggheten er på plass, så pasienten vet at den har tid og rom for å bli ivaretatt»

3.3.4 Å sammenfatte til helhet (rekontekstualisering)

I det fjerde trinnet for systematisk tekstanalyse blir kondensatene utgangspunkt for å skrive en analytisk tekst. Teksten ble først delt opp i biter og den skal nå sys sammen igjen ved å være tro mot informantenes stemmer og gi leseren innsikt og tillit. Her la jeg vekt på å vurdere resultatene opp mot den konteksten de var hentet fra for å få en gyldig beskrivelse av informantenes stemmer (Malterud, 2013). Subgruppene skal beskrives hver for seg og teksten skal skrives som en gjenfortelling, derfor er det anbefalt å bruke tredjeperson-form (Malterud,

2013). Den analytiske teksten representerer resultatene i forskningsprosjektet og skal bære essensen av kondensatene som ble sammenfattet gjennom analysen (Malterud, 2013). Jeg har valgt å skrive den analytiske teksten på slutten av hver subgruppe som en oppsummering.

3.4 Metodiske overveielser

I metodiske overveielser har jeg reflektert over de juridiske og etiske betraktningene jeg har tatt hensyn til, samt retningslinjer for forskning. Til slutt har jeg foretatt en kritisk refleksjon ved å kvalitetssikre studien gjennom utvalgte kriterier som pålitelighet, gyldighet og generalisering slik etter Malterud (2013) og Johannessen et al. (2016) beskriver.

3.4.1 Juridiske og etiske betraktninger

Alle forskere er pliktig til å forholde seg til de til enhver tid gjeldende etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Johannessen et al. 2016). Det er også svært viktig at enhver forsker setter seg godt inn i gjeldende lovverk for personopplysninger. Jeg startet med å sende en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) i forkant av kontakten med de aktuelle virksomhetene. All forskning må meldes inn og godkjennes av NSD før man kan sette i gang prosessen med å intervju informanter som har takket ja til å delta. Prosjektbeskrivelsen som ble sendt inn fikk godkjenning, deretter utformet jeg et informasjonsskriv og en samtykkeerklæring som skulle sendes til informantene i god tid før intervjuene ble gjennomført. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble ikke søkt, da det ikke var aktuelt for dette studiet fordi det er behandlere som skal intervjues og ikke pasienter. I prosessen med å transkribere vurderte jeg at mye av informasjonen som kom frem under gjennomføring av intervjuene kunne spores til virksomhetene og muligens til pasienter. I henhold til etiske retningslinjer ble derfor transkripsjonen anonymisert ytterligere gjennom å avgrense institusjonene til virksomheter i TSB innenfor et gitt område. I tillegg ble informasjon som kunne spores tilbake til den enkelte informant, som alder, kjønn og utdanning fjernet helt. Lyddopptak og materiell har vært oppbevart konfidensielt, og all data ble slettet etter transkriberingen var fullført.

3.4.2 Pålitelighet og gyldighet

Forskning må under lupen for å finne ut om kunnskapen har relevans og dermed også stille seg spørrende til innholdets gyldighet, for å kvalitetssikres. Det betyr at det blir viktig å være sin egen djevles advokat, som kan hjelpe en til å se tolkninger opp mot alternative løsninger

og relevans til formuleringen av problemstillingen, datainnsamling, teoribakgrunn, analysen og presentasjon av funn (Kvale og Brinkmann, 2015). I denne studien skulle jeg undersøke erfaringer miljøterapeuter har med fenomenet motstand i TSB. Temaet fremstår som noe stort og studien kan etter mitt syn bære preg av en noe mer generell fremstilling, enn hvis jeg hadde spisset den enda mer. Likevel fremstod dette som svært interessant for meg, da det er lite forskning som problematiserer motstandsphenomenet i en ren miljøterapeutisk kontekst. Det var flere interessante og store temaer jeg potensielt kunne berørt i arbeid med problemstillingen, men som jeg både selv har valgt bort og blitt rådet til å ikke gå inn på i veiledning av studien. For eksempel, kan motstand i organisasjonspsykologi være svært interessant å sette opp mot opplevd motstand slik den kan fremstå i miljøterapi.

Reliabilitet handler også om forskningens struktur og pålitelighet. Den er som regel sett i sammenheng med overførbarhet, som er ansett som en forutsetning for kunnskap som skal kunne deles med andre. Det handler om grenser og betingelser og om i hvilken grad funnene i en forskning kan overføres til andre sammenhenger enn der studien opprinnelig ble gjennomført. Forskere skal med andre ord sørge for å vurdere rekkevidden av overførbarhet angående hva, til hvem, og under hvilke betingelser? (Malterud, 2013). For å få mer bredde i datainnsamlingen kunne jeg intervjuet flere informanter og slik lettere generalisere funnene. En svakhet ved å intervju flere informanter fra samme sted, er at de beskriver opplevelser rundt de samme pasientene. Samtidig mener jeg at det er grunn til å tro at funnene kan generaliseres til andre virksomheter innen TSB i Norge da alle informantene ga inntrykk av å ha nokså like erfaringer og tanker rundt fenomenet motstand. Samtidig har det ikke vært et hovedformål at funnene skal kunne overføres andre kontekster, annet at jeg som forsker anser det som interessant å skulle se nærmere på eventuell overføringsverdi. Vitenskapelige teorier som blir brukt er ment å skulle støtte oppunder gyldigheten til studien, i tillegg til at jeg har valgt å følge en anerkjent fremgangsmetode for uerfarne forskere, som er utarbeidet av professor og seniorforsker Kirsti Malterud (2013). Å ha sitater fra informantene er også med på å styrke studiens pålitelighet, da de vil kunne gi leseren innblikk i informasjon som er lite tolket av meg. Jeg mener derfor at dette, sammen med at kriterier for analysearbeidet er nøye fulgt og at den er teoretisk fundamentert styrker studiens gyldighet.

Validitet i kvalitativ forskning handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke studiens tema, altså om den er ansett som gyldig nok og om forskningen gir godt nok innblikk i prosessen (Kvale og Brinkmann, 2015). I kapittel 3, har jeg etterstrebet å redegjøre for

prosessen med innsamling av data og hvordan jeg har gått frem, sammen med tanker om de etiske retningslinjene. Grunnen til at jeg valgte ustrukturert intervju som metode var for å utnytte muligheten til å kunne være uformell og snakke rundt informantenes opplevelser om motstand, og tilpasse spørsmålene underveis. Hensikten var å kunne være fleksibel og at det skulle være lettere for informantene å dele opplevelser og tanker med meg (Johannessen et al. 2016). Ideen om å få til en god samtale og at fenomenet motstand skulle tre frem av seg selv, ser jeg i etterkant at kanskje var noe ambisiøst. Det kunne vært mulig å gå enda mer i dybden under intervjuene med en mer strukturert intervjuguide med flere spesifikke spørsmål som ville styrket studien. I tillegg kunne jeg tatt mer til etterretning i planleggingen av intervjuene at jeg ikke fikk innfridd ønsket om 1 ½ time, og at hver av dem kun hadde mellom 40-50 minutter til rådighet med meg. Validiteten til transkripsjonen kunne muligens blitt sett på som mer pålitelig hvis jeg hadde sendt datamaterialet til gjennomlesning for å unngå eventuelle tolkninger fra min side. Når det gjelder valg av metode, har jeg også reflektert rundt informantenes valg om hva de fokuserte på i samtalen. Hvor mye jeg har påvirket opplevelsene som ble presentert på grunn av egne erfaringer på samme fagfelt og at vi deler både samme språk og en felles forståelseshorison, er vanskelig å si. Det er fokusert utelukkende på opplevelsen og beskrivelser av motstand fra behandlerens side. Det kan antas at en større kvantitativ anonym studie vil kunne være mer kritisk i spørsmålstillingen enn i en kvalitativ studie. En vil kanskje kunne få frem et sterkere uttrykk fra behandlere som kunne føre til for eksempel et kunnskapsløft eller eventuelt en studie med blandet metode.

4.0 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysen. Innholdet er sortert under hver sin hovedkategori, som hver for seg peker tilbake på de tre forskningsspørsmålene som skal belyse problemstillingen. Hver av subgruppene er sortert innunder tilhørende hovedkategori. Der presenteres hovedinntrykk, de viktigste kondensatene, egne refleksjoner og til slutt en sammenfatning av innholdet.

Hovedkategori	Subgruppe	Subgruppe	Subgruppe
Behandlers forståelse av samspillet med pasienter	Å anerkjenne motstand	Balanse omsorg og krav	Sårbarhet som motstand
Valg og effekt i behandlers tilnærming	Å lete bak motstand	Hindre for endring	
Konsekvenser av arbeidsbelastning	Risiko for utbrenthet	Ivaretagelse av behandler	Åpenhet og kollegastøtte

4.1 Behandlers forståelse av samspillet med pasienter

Denne hovedkategorien er ment å svare på forskningsspørsmål 1)

Hvordan forstår behandlere pasienters motstand?

Å anerkjenne motstand

Samtlige informanter beskriver hvordan de er opptatt av å bygge tillit og trygghet for å få en behandlingsrelasjon til pasientene. De forteller om hvordan det i stor grad handler om å anerkjenne motstanden som viser seg. Det kan være hvordan informantene opplever at kontakten med pasientene svinger og at en som behandler kan lære mye om en pasient ved å ta del i hvor den enkelte pasient psykisk og fysisk befinner seg:

Kondensat:

«Behandlingsalliansen vår er frem og tilbake hele tiden. Jeg tenker det er viktig å være god til å ivareta pasientens motstand for å komme i posisjon. I starten handler det om å bruke alle muligheter for å bygge tillit, å få en relasjon, å bruke seg selv som verktøy. Jeg bruker mye tid på å vise dem forståelse for hvordan de tenker og oppfatter ting. Jeg tok pasienten ut av behandlingsfellesskapet for å bygge tillit. Å se pasientens motstand som beskyttende tenker jeg er viktig å anerkjenne. Jeg tenker at det å tilrettelegge for at pasienter åpner seg, handler om å ivareta det de presenterer for oss.

Jeg tror det ligger noe utprøving i det, om pasienten tror jeg tåler historien dens. Slik tenker jeg det er verd å beskytte sine traumer».

Flere informanter trekker frem at det i arbeidet med endring og motstand er sterke krefter i sving og at det skjer i relasjonen mellom behandler og pasient:

«Det handler ikke om deg eller meg. Det handler om noe imellom oss. Det handler om kreftene da, som bor i midten her»

Noen av informantene trekker frem viktigheten av å bruke tid som et av flere sentrale verktøy i behandlingshverdagen. Det å stoppe opp dagens «vanlige» gjøremål for å konsentrere seg om den enkelte pasient kan være krevende tidsmessig, men er allikevel helt avgjørende for at pasientene skal være trygge på at det de sier om sin historie eller sine opplevelser blir ivaretatt. En informant sier det slik:

«Her tror jeg det er viktig å beskytte seg selv inntil all den tryggheten er på plass, så pasienten vet at den har tid og rom for å bli ivaretatt»

En annen informant beskriver at noen pasienter slenger ut historien sin overalt og at det kan være skadelig for pasienten hvis ikke historiene blir fanget opp av noen som kan ta dem imot:

«da kan motstand møtes med avvisning, redsel og avmakt»

Sammenfatning

Informantene trekker frem friheten til bruk av tid og rom for å anerkjenne pasientene i sine fortellinger. Det kan antas å være ressurskrevende for en virksomhet hvis de fleste behandlere benytter denne friheten til å disponere tid og rom. I oppbygging av en behandler-pasient relasjon, kommer det frem at tryggheten til pasienten må være stor nok og at pasienten skal kunne føle seg anerkjent for å kunne starte en endringsprosess. Alliansebrudd og alliansereparasjon blir essensielt i dannelsen av en relasjon til pasientene og som et virksomt verktøy i å forstå motstand.

Balanse mellom omsorg og krav

I det å romme en pasients motstand dukker spørsmålet om omsorg og krav ovenfor pasienten opp i intervjuene. Informantene fremhever at det noen ganger kan være viktig å møte motstand ved å stille krav til pasienten samtidig med omsorg. Denne balansen forteller informantene om på ulikt vis.

Kondensat:

«Jeg vet ikke hva pasienten har lært på ett år med behandling, men jeg tror han har hatt godt av den omsorgen. Ved å ha forventning til endring hos pasienten tror jeg det å stille krav er viktig selv om det kan virke vanskelig for pasienten. Å ta mye ansvar for en pasient som trenger å delta i sin egen endringsprosess kan skape trøbbel for pasienten senere. Noen ganger så blir en så involvert og engasjert i pasienten at en gjør sitt ytterste for å hjelpe. Tydelighet på rammer og struktur tror jeg sammen med å vise at en bryr seg skaper trygghet hos pasienten».

Noen informanter snakker om hvordan omsorg kan brukes som verktøy i arbeid med endringsvegring hos pasienter. I ett eksempel om en pasient som har vært mye på rommet sitt under et behandlingsopphold sier en informant:

«Den vegringen pasienten har er jo ekstrem tenker jeg. Da kan jeg bli veldig frustrert og lurer på hva vi driver med»

Denne situasjonen brakte spørsmålet om hensikten med oppholdet til pasienten frem og informanten forteller om at pasienten i det minste har lært at noen bryr seg:

«Pasienten har ikke erfart noe nytt, annet enn at det er en masse mennesker som bryr seg om han selvfølgelig».

En annen informant snakker om at pasientens fremgang er avhengig av at den tar del i sin egen endringsprosess. Når vegringen til pasienten forårsaker at den ikke tar del i sine egne prosesser går behandlere foran og tar ansvar for å få til endring tross pasientens motstand mot endring. Informanten beskriver det slik:

«Så vi strakk jo oss veldig. Våkne netter... Det er litt sånn at noe hører med jobben og noe er bare fordi man har blitt så involvert i pasienten».

Det kan virke vanskelig å se fremgang eller nytte av oppholdet for behandler samtidig som at det opprettholdes et omsorgsnivå for pasienter. Som en klar forventning til endring settes det også krav til pasienten når den viser en form for motstand. Slik beskriver en informant det når den skulle foreslå en strategi rundt en pasients behov for å endre status quo:

«Mest sannsynlig ville jeg gått ganske hardt på og gjort avtaler hvor mye pasienten skulle fått lov til å sitte på pcn sin. Vært veldig klar på at pasienten måtte ut så og så mye pr dag. Begynt der»

Sammenfatning

Behandlerrelasjonen som omsorgsgivende og forventning til pasientens endring i form av krav, løftes som et dilemma i møte med pasientens motstand. Det å kunne gå utover normer og uskrevne regler for hva som er fornuftig og god behandling synes å være en faktor for endring hos pasienter med komplekse lidelser. Gjennom et sterkt engasjement for den enkelte pasient går behandleren inn og tar ansvar for at pasienten oppnå endring og det gjøres ekstraordinære tiltak utover ordinær behandling for å få det til.

Sårbarhet som motstand

Behandlers opplevelse av pasienters sårbarhet for følelser og relasjonen til behandler blir løftet frem av informantene som en utfordring å være seg bevisst.

Kondensat:

«Det å trygge pasienten på å åpne seg er for meg utfordrende. Innimellom tenker jeg at pasienten ikke er mentalt klar for endring. De skal bli kjent med seg selv på nytt og det tar tid. Jeg synes vi pålegger pasientene våre følelser. Den tette relasjonen vi knytter med pasienten kan være vanskelig å avslutte»

Alle informantene forteller om at de opplever pasienters tilbakeholdenhet eller motstand mot å åpne seg som en viktig faktor. Det fortelles om at pasienters egen oppfatning av trygghet vises i at de har et kritisk blikk på hvordan ting deles, det trengs en slags garanti for at ting skal bli bedre. En informant gjenforteller med en pasients ord:

«Jeg har alltid holdt kjeft om hvordan jeg har det. Så skal jeg plutselig begynne å snakke høyt om det om hva jeg tenker og hvem som har gjort og sagt hva»

Flere informanter snakker om at pasienter noen ganger viser lite forståelse eller modenhet for sine egne følelser og at de trenger god tid på å mestre sitt nye jeg. En informant sier:

«De kobler dårlig på tankehjernen, har liten forståelse av egne følelser, Hvem er jeg?»

I løpet av behandlingen knyttes det sterke relasjoner mellom behandlere og pasienter. Flere informanter forteller om at de kommer i dilemmaer hvor det handler om at de som behandlere har blitt betydningsfulle for pasienten og de spør seg hvor lurt det er å holde på denne trygge relasjonen for lenge i arbeidet med pasienter som viser motstand av ulike slag.

En informant forteller om at pasienter kan oppleves som motvillige og saboterende for eksempel når de skal flytte ut fra behandlingsstedet og relasjonen blir endret.

«Tror det er vanskelig for pasienten å tenke at vi som har blitt så betydningsfulle for pasienten snart er borte og ikke være her lenger»

Sammenfatning

Behandlerne beskriver at pasienters ambivalens til å åpne seg for noen kan være en sårbar faktor å være bevisst på i møte med motstand. Det fremheves at tid i seg selv er en sårbarhetsfaktor sammen med at pasienters kognitive funksjoner trenger tid for å komme i gang. Å bryte en tett relasjon med sin behandler løftes som et dilemma, særlig som en slags form for avvising av institusjonen, hvis pasienten ikke har andre gode relasjoner.

4.2 Valg og effekt i behandlerens tilnærminger

Denne hovedkategorien er ment å svare på forskningsspørsmål 2) Hva gjør behandlere når de møter motstand?

Å lete bak motstand

Det å finne ut av hva motstanden kan være, komme seg rundt den eller bruke den til noe, kommer tydelig frem i flere eksempler hos informantene. I denne subgruppen handler det om hvordan informantene håndterer motstanden de møter og hvilke valg de gjør.

Kondensat:

«Jeg prøver å lokke og lure pasienter som isolerer seg fysisk og psykisk fra oss. Jeg synes motstand er viktig i seg selv som behandler også. Å ha nok kunnskap om

endringsprosesser og hva som kreves av deg som fagperson. Det handler om hvordan jeg som fagperson velger å møte motstanden til pasienten, som problem eller utfordring.»

«Motstanden har vært en styrke i rusmiljøet for pasienten. Noen ganger kan jeg forstå det slik at en rusepisode er et tegn på en positiv motstand. Jeg blir nysgjerrig på hvordan jeg kan hjelpe pasienten med motstanden dens, er det noe endringspotensialet i det? Mange har vært utsatt for mye grenseoverskridende ting i sitt liv, hvis man har motstand så ser jeg det som et sunnhetstegn. Kan jeg bli enig om et felles prosjekt for å bryte opp motstanden med pasienten? Alle bærer evnen til endring. Kan en bruke kraften i motstand konstruktivt da tror jeg at endringer kan skje raskt».

«Det handler ikke egentlig om meg eller deg, det handler om noe mellom oss. Det handler om kreftene da, som bor i midten her»

Informantene forteller om ulike tilnæringsmåter til motstanden hos pasientene og at det kan være vanskelig å komme forbi den. En informant sier et slik:

«Uansett om en prøver å forklare motstanden sammen med pasientene, er de ikke villige til å avsløre motstanden på et vis».

Informantene beskriver også at det trengs mer kunnskap både om psykiske lidelser og fokus på kompetansen hos behandlere. Flere av informantene snakker om at motstandsperspektivet krever mye av dem som fagpersoner og at det kan være komplisert å se hva motstanden faktisk er. Som denne informanten sier slik:

«Vegring for endring kan vises med mange ansikter, at vi ser det som ligger bak, og ikke ser på det som motstand eller ikke å være samarbeidsvillig»

Flere av informantene snakker om motstand hos pasienter som noe positivt. De sier blant annet at det kan være en konstruktiv kraft til endring og om å være nysgjerrig på hvor motstanden kommer fra. En informant gir et blikk på hvordan en kan møte motstand:

«Hvis du får brukt den krafta til noe, og hvis da pasienten kommer til å kunne få kontroll over de kreftene og bruke de konstruktivt, du verden, da kan du virkelig gjøre endringer. Da kan det gå raskt, endringene kan gå veldig rask»

Sammenfatning

Informantene deler et syn på motstand hos pasienten som noe som kan være et verktøy i sitt endringsarbeid. Det handler om å være selvrefleksiv som behandler og ha et blikk for hvor motstanden kommer fra i konkrete situasjoner med pasienter. Informantene fremhever at det kan være utfordrende å se hva som ligger i denne motstanden hos pasienter med komplekse lidelser og samtidig være konstruktiv.

Hindre for endring

Informantene beskriver noen faktorer som kan være hindere for endring hos pasientene med utfordrende problematikk. Det handler om å hvordan behandlerne ser hva som kanskje ikke fremmer endring.

Kondensat

«Jeg tror at noen pasienter kan være vanskelig å like for mange behandlere. Strukturen og mangfoldet i behandlingsfellesskapet krasjer litt med pasientens egne rigide rutiner. Det å ha komplekse lidelser i et fellesskap synes jeg er utfordrende å jobbe med. Hvis jeg er sliten, blir jeg en dårligere behandler. Det er motivasjonsavhengig å klare å endre seg. Min jobb er også å motivere til endring. Jeg må ikke pålegge pasienten mine følelser. Noen ganger legger vi for mye ansvar til pasienten»

Informantene snakker om egen motivasjon som mulig hinder til godt endringsarbeid.

En informant ser dette i lys av at behandlere kan ha ulike kjemi med pasienter:

«Hvem får du empati for, hvem får du antipati for? Som kanskje betyr hvem du klarer å i større grad jobbe rundt motstanden til..»

En annen informant beskriver hvordan det å være sliten preger motivasjonen til hvordan den møter pasientens problematikk.

«Vi er jo bare mennesker, så å være litt ærlig på det er viktig. Jeg tror hvis jeg er sliten, så har jeg letter for å gi faen for å si det sånn»

Flere informanter forteller at det å ha et sterkt engasjement for pasientene sine og et ønske om å vise at de rommer pasientenes problemer og utfordringer, kan være vanskelig for pasienten

å ta imot. En informant mener at det kan handle om at behandlernes velmenende følelser blir belastende for pasienten ved å tro at en har en tryggere relasjon enn en faktisk har:

«Vi vil bare si at vi er glad i deg. Men da blir vi så opptatt av våre følelser. Akkurat der tror jeg vi skal være forsiktig. Også tror jeg også vi skal være forsiktig med å eie pasienten. Vi eier de jo veldig»

Denne informanten opplevde at en pasient reiste fra behandlingen på bakgrunn av noe av det samme. Følelsene som blir pålagt pasienten blir også gjenstand for hindere av utvikling:

«Så pasienten tåler ikke seg selv da. Tåler ikke vår godhet..»

Sammenfatning

Informanten viser en ærlig og sårbar side av seg selv som behandler ved å påpeke at den menneskelige faktoren er variabel selv om en er fagperson. Det argumenteres for en større bevissthet rundt hvor energigivende eller tappende arbeid med utfordrende problematikk hos pasienter kan være og hvilken effekt dette potensielt kan ha for behandlingsutfallet.

Informantene forteller også om at de som omsorgspersoner legger ansvar på pasienten for å fortolke eller tåle følelser fra behandlere.

4.3 Konsekvenser av arbeidsbelastning for behandlere

Denne hovedkategorien er ment å svare på forskningsspørsmål 3) Hvordan påvirker motstand behandler og den miljøterapeutiske praksisen?

Risiko for utbrenthet

Alle informantene forteller om påkjenninger og frustrasjon i sitt arbeid med utfordrende pasienter og i utfordrende kontekster.

Kondensat:

«Jeg ble pasientens forsvarsadvokat overfor de andre pasientene og kollegaer. Det ble mye kaving, jeg følte vi hadde livet til pasienten i hendene. Jeg følte frustrasjon over lite mestring og om denne hjelpen er lur og god. Jeg kjenner på ansvaret. Jeg synes det kan være vanskelig å skille om for mange behandlere jobber med samme pasienten eller om pasienten ikke tåler mine spørsmål. Jeg mangler kunnskapen til å ta de riktige

vurderingene. Jeg kan begynne med unnvikelsesstrategier fordi jeg føler meg utrygg på pasienten».

Informantene forteller om ulike opplevelser av belastning som effekt av å jobbe med motstand. Noen informanter forteller om ansvarsfølelse ovenfor pasienter og at man som behandler blir veldig involvert i pasienten.

«..pasienten ble så sær for alle andre at det ble litt min case. Jeg følte at vi hadde livet til denne pasienten i hendene våre»

En annen informant trekker frem sin fortvilelse og frustrasjon på om det gis rett hjelp til pasienter det kan være vanskelig å se utvikling hos:

«Litt sånn hjelpeløshet. At en føler på at en ikke får det til..»

Flere informanter snakker om at en som behandler kan føle seg utrygg i samhandling med krevende pasienter. Det kan føre til at en for eksempel starter med unnvikelsesstrategier som å sitte med pasienter en er tryggere på under et måltid. En informant sier det handler om preferanser:

«Vi har jo alle preferanser for kollegaer og pasienter, jeg tror det handler litt om at noen av pasientene kan være litt vanskelig å like, for mange behandlere»

Sammenfatning

Informantene forteller om krevende, nære relasjoner til pasienter som er i faretruende situasjoner i tillegg til at en som behandler kan føle seg alene i arbeidet med den enkelte. Det å stå i utrygge relasjoner til pasienter skaper en distansering til pasienten.

Ivaretagelse av behandler

Alle informantene forteller om hvordan de i forskjellig grad og på ulikt vis trenger å ivareta seg selv når de står i krevende arbeidssituasjoner.

Kondensat:

«Engasjementet og energien min gjør meg travel og da kan det hende jeg ikke alltid er så god behandler. Ikke alt går som planlagt, da er det viktig å rasjonalisere kreftene litt. Noen ganger skjerner jeg meg og lener meg på kollegaer. Jeg ble veldig involvert

i pasienten og kunne trenge et kaldt hode. Når vi skal hjelpe pasienter med kompleks problematikk er det viktig med påfyll av energi. Jeg savner refleksjon og evaluering av arbeidet med den type pasienter».

I en hektisk hverdag kan engasjementet til behandlere gå på bekostning av deres energi og behov for å gjøre en solid innsats for en gruppe mennesker som har tydelige hjelpebehov. En informant beskriver det slik:

«Så kan det være at jeg er så sliten at jeg bare må få oversikt»

En annen informant forteller om at den får masse energi av å være virksom samtidig med at arbeidet med pasienten krever mye tid og at det blir liten tid igjen til egne behov. Informanten beskriver dette med at det hele veien dukker opp behov som skal dekkes og at en ikke styrer dette som behandler alltid:

«...så blir du med inn, og så vil de gjerne prate.. Når er det det passer å gå på do da?»

En informant beskriver at dens energi blir tappet og at behovet for å ta vare på seg selv oversteg behovet for å ta vare på andre, slik:

«Da er det kanskje greit med et pakkeforløp for da må du bare stå og fylle Toro suppepose innimellom»

Sammenfatning

Det savnes et system for refleksjon og evaluering rundt kompliserte situasjoner. Dataene forteller om behov for at noen ser behandlerne i større grad.

Det kommer frem av dataene at det er behov for noen som samtenker i de pressede situasjonene behandlerne kan komme opp i.

Åpenhet og kollegastøtte

Informantene beskriver alle sammen viktigheten av åpen dialog, støtte og forståelse kollegaer imellom.

Kondensat:

«Å tørre være åpen på egne begrensninger med kollegaer synes jeg er vesentlig. Det er behov for mer veiledning. Jeg synes vi må tørre å evaluere oss selv for å bli bedre. Det

er viktig å ikke ta alt ansvaret selv. Vi har ulike terskler for pasientene som jeg tror handler om empati og antipati. Når det blir for utfordrende kan jeg lene meg på kollegaen min.

Flere informanter trekker frem en åpenhet om at en pasient kan ta all energien er profesjonelt og viktig. En informant tenker dette er god hjelp for pasienten også:

«Så må jeg være ærlig å si det så teamet mitt vet det. Fordi det er urettferdig for den personen som da ikke får den hjelpen fra meg, som den kanskje hadde fått hvis noen andre hadde gått inn og jobbet tettere med det mennesket»

Det løftes frem at behandlere må orke å evaluere seg selv og at psykologer har veiledning en gang i uka og at dette kunne vært ønskelig for denne gruppen også.

Informantene snakker om en vekselbruk av kollegaer når frustrasjon og oppgitthet melder seg i dem. En informant beskriver hva den gjorde når følelsen av å holde positiviteten oppe ble for utfordrende i arbeidet med en pasient som var mye stille:

«Det å lære seg å lene seg på kollegaene sine er viktig, å si: jeg gir opp!»

En annen beskriver tryggheten i at de er flere som har ansvar sammen:

«For jeg vet at det ikke er bare jeg som skal hjelpe her. Det er også andre, da kan en ha litt sånn puh lave skuldre, det tar kollegaen min»

Sammenfatning

Informantene bruker sine kollegaer for å avhjelpe utfordrende pasienter og situasjoner. Samtidig formidler de at en selverkjennelse som behandler blir en faktor i å gjøre et godt faglig arbeid med pasientene. Det er et uttalt behov for mer veiledning. Informantene gir inntrykk av at tryggheten i relasjonen til kollegaer er en forutsetning for at åpenheten dem imellom kan oppstå.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil de mest interessante funnene bli diskutert for å belyse problemstillingen: Hvilke erfaringer har miljøterapeuter med fenomenet motstand i TSB? Her tar jeg utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål og tilhørende hovedkategori med subgrupper.

5.1 Behandlers valg og forståelse i samspillet med pasienter

I denne hovedkategorien diskuteres funn om faktorer som kan være avgjørende for utfall, men også om hvordan behandlere forstår seg selv i møte med motstand i samspillet med pasienter på bakgrunn av forskningsspørsmålet: Hvordan forstår behandlere pasienters motstand?

Behandlingsrelasjonen i miljøterapi er en grunnleggende faktor i denne studien. I dataene er det flere eksempler på at behandlere anerkjenner motstand i relasjonen med pasienter. Vatne (2015) mener dette forutsetter at relasjonen har gjensidighet. Informantene gir inntrykk av at det i noen tilfeller kan være veldig krevende å være i anerkjennende relasjoner over tid. Samtidig viser dataene at informantene gjør seg viktige refleksjoner om sin rolle i situasjoner hvor styrken i behandlerrelasjonen er utfordret av motstand hos pasienten. Dette kan problematiseres ved at hjelper kan oppfattes mer mekanisk i relasjonen uten å helt vite det selv, det blir en mer asymmetrisk hjelperelasjon, hvor behandlere ikke er bevisst faktorer rundt de relasjonen de skaper. Altså være bevisst gjensidigheten i en subjekt-subjekt-relasjon i motsetning til den noe mer asymmetriske subjekt-objekt tankegangen (Vatne, 2015). I denne konteksten blir behandleren et verktøy i seg selv og da særlig på en miljøterapeutisk arena hvor en har mye tid sammen med pasientene og samhandler om hverdagslige ting som matlaging og mer kognitive elementer som gruppeterapi eller når en som behandler er i en følelsesmessig krevende situasjon som krever mye av både pasient og behandler. Dette indikerer at behandlerens forståelse og erkjennelse av relasjonen til pasienten kan være avgjørende for utfall av behandlingen. Samtidig bruker informantene tid og anerkjennende teknikker på å vise forståelse for hvordan pasientene beskytter seg selv, tenker og føler på ting, på en måte som gjør at pasientene kan kjenne på tryggheten i relasjonen til behandler. I lys av dette perspektivet kan en si at det er krevende å kunne sette seg inn i hva den enkeltes pasients motstand kan være og samtidig være anerkjennende i en subjekt-subjekt relasjon til pasienten.

Et annet perspektiv som kan gi et innblikk i arbeidet med motstand i TSB er balansen mellom omsorg og krav. Informantene forteller om hvordan de balanserer omsorg for pasienter ved å gjøre ekstraordinære handlinger i tro på endring hos pasienten, i motsetning til det å stille krav til pasienter selv det oppleves feil og kan virke mindre anerkjennende. Her kommer antydninger om informantenes forståelse av motstand frem i form av hvilken rolle en velger å ta, vise omsorg eller stille krav. Informantene sier de opplever å strekke omsorgen langt, for eksempel ved å fortsette behandling i ett år uten at mange ønskede mål er nådd, og stiller spørsmåltegn ved om det er bra nok behandling eller om en skulle ha avsluttet. Det beskrives tiltak som går utenfor vanlig behandlingsnorm som kan innebære våkne netter og alternative losjiløsninger. Som en informant sier det: *«det er litt sånn at noe hører med jobben og noe er bare fordi man har blitt så involvert i pasienten»*. På en andre siden av dette kontinuumet er det å stille krav. Når er det riktig å stille krav eller ha en forventning om at det kan skje en endring med pasienter? Å stille krav kan være en anerkjennelse av mennesket og at alle har iboende ressurser i seg. Det kan virke komplekst å vite akkurat når det å stille krav kan være klokt, særlig hvis det gjelder en pasient som kan virke som i behov av mye omsorg. Noen informanter mener det kan være en klok tilnærming hvis annet ikke fungerer, for eksempel med pasienter som er mye på rommet sitt under behandlingen av ulike årsaker.

En tredje ting som kommer frem som et dilemma er informantenes erfaringer med motstand i form av sårbarhet. Det fortelles om at pasienter kan bruke lang tid på å bli mentalt klare for å endre seg og vil derfor beskytte seg og vise motstand mot endring. Når er en pasient mentalt klar i et behandlingsforløp? Noe forskning antyder at den kognitive evnen er svak i første av et behandlingsopphold og at dette kan føre til drop out (Sømhovd, 2019). Denne forskningen understøtter mulige funn i denne studien hvor informanter påpeker behandlerens bevissthet og tilrettelegging for eventuell kartlegging av kognitive funksjoner. En annen sårbarhet er relasjonen til behandler. Informantene i denne studien er opptatt av å være empatiske og oppnå en god relasjon til pasientene uavhengig deres problematikk. Særlig i starten av behandling kan det å tåle behandlerens engasjement være utfordrende for pasienter. Flere informanter forteller om at det å ha et sterkt engasjement for pasientene sine og et ønske om å vise at de rommer pasientenes problemer og utfordringer, kan være vanskelig for pasienten å ta imot. En informant mener at det kan handle om at behandlerens velmenende følelser blir belastende for pasienten ved å tro at en har en tryggere relasjon enn en faktisk har. Det antas

at dette kan ha implikasjoner for balansen i omsorg og krav, samtidig som det er krevende å vite når det er klokt å være avholden i sitt engasjement. I en artikkel løftes det opp spørsmål om behandling kan skade, hvor behandlingsoptimismen til behandlere blir en sårbarhet som kan hindre endring (Blindheim, 2001). Perspektivet kan sies å underbygge påstandene over om at behandlers engasjement kan være utfordrende for pasienter.

Noen pasienter kan få tette relasjoner til behandleren etter mange alliansebrudd og reparasjoner. I en fase der pasienten skal videre fra behandling i TSB oppstår det motstand da denne relasjonen naturligvis blir brutt eller får en annen type nærhet. Dataene i studiet antyder at dette også blir en faktor for avbrutt behandling i overgangen fra en trygg behandlerrelasjon til noe nytt. Schibbye (2012) kaller dette å være selvrefleksiv samtidig som selvavgrensende. Det kan tenkes at det er behov for mer fokus på bevissthet rundt selvrefleksjon og selvavgrensing for behandlere som står i tøffe relasjoner over tid, noe som informantene snakker om i form av et ønske om å evaluere seg selv når de har stått i komplekse behandlingssituasjoner over tid.

5.2 Valg og effekt i behandleres tilnærming

Under denne hovedkategorien diskuteres funn fra subgruppene «å lete bak motstand» og «hindere for endring». Funnene antyder at motstand kan være en konstruktiv kraft og at det er hindere for endring hos terapeuten. Denne kategorien er ment å belyse forskningsspørsmålet: Hva gjør behandlere når de møter motstand?

I sine ulike tilnærminger til pasienters motstand viser informantene i denne studien til flere måter og forstå, handle og vurdere motstand hos pasienter. Implikasjoner dette kan ha for behandlere i TSB og heldøgns behandling kan være interessant. I heldøgns behandling er det ofte et behandlingsfelleskap hvor det vil være mange ulike forhold som kan bidra til at motstand oppstår og samtidig avgjøre hva som kan gjøres når ting oppleves som mest utfordrende. De kan være rammer og struktur, behandlingsform eller innhold eller behandleren selv. Informantene i denne studien forteller om de mest utfordrende situasjonene de har vært i og hva de har vurdert eller hvordan de har handlet i møte med motstand. Noen av disse beskrivelsene antyder at motstand er noe som trengs å adresseres og ikke neglisjeres

eller komme seg rundt. Slikt sett kan den psykodynamiske tilnærmingen som skjer i psykoterapi være en god rettesnor for miljøterapeuter i TSB heldøgns behandling, hvor en som behandler arbeider med motstanden i samarbeid med pasient (Monsen, 2000). Studiets funn antyder at dette kan skje i form av opplæring eller kompetanseheving i møte med motstand. Men også behandlernes selvrefleksjon, menneskesyn og kreativitet synes å være en viktig faktor for hvordan motstand adresseres i en miljøterapeutisk kontekst. Behandlerne i studiet tilnærmer seg fenomenet på ulike måter. Det hevdes at motstand er en kraft og den er mellom behandler og pasient. Det hevdes også at hvis en bruker den kraften konstruktivt kan den være en faktor for endring. Dette indikerer at motstand kan være en ressurs i denne konteksten.

Alle informantene har snakket på ulike måter om at motstand trigger en nysgjerrighet til å finne ut hva den kommer av eller fra. Den trigger både energi og faglig nysgjerrighet hos informantene. Informantene fokuserer på hva motstand er, hva den kommer av og hvordan en skal håndtere den. I teori om psykoterapi og motstand skrives det om nettopp å adressere motstanden og at det er et nødvendig verktøy for endring (Monsen, 2000; Føyn & Shagayni, 2010). Med et slikt syn kan en kanskje hevde at resultater fra denne studien indikerer at den psykoterapeutiske praksisen som skjer hos psykologen eller psykiateren har en overføringsverdi til TSBs miljøterapi, hvor motstandsphenomenet utforskes som en del av behandlingen. Dette studiet antyder at det bør sees nærmere på denne sammenhengen og hvilke implikasjoner det kan ha for miljøterapeutisk praksis i TSB.

Denne studiens formål er å rette søkelyset mot behandleres rolle i endringsprosesser med pasienter som har kompleks og utfordrende problematikk. Det kan være at det er for lite fokus på hva behandlere gjør som ikke virker eller rettene sagt hvordan dette kan oppdages og være en del av en virksomhets drift og rutiner. Først og fremst kan dataene i denne studien predikere at det er lurt å identifisere faktorer som holdninger og kompetansenivå hos behandlerne. Men er det noen hindre hos behandleren? I teori om miljøterapi påpekes det at behandlere i miljøterapi trenger å adressere motoverføringene som skjer mellom pasient og behandler. Motoverføringen kan være kilde til informasjon og et redskap i møte med motstand (Skårderud et al. 2013; Skårderud & Sommerfeldt, 2016). Men kan en ubevisst

opplevelse av motoverføring ende opp som et hinder hos behandleren for å få til endring hos pasienter? Dataene i dette studiet indikerer nettopp dette i form av at behandleres negative følelser dukker opp i pressende og krevende kontekster. Ved at behandlere opplever følelsen av å komme til kort eller ikke ha kjemi med den eller den pasienten, og at en kan oppleve å trekke seg unna pasienten som middel for å overkomme motstand. En kan også anta at dette handler om negative affekter og affektregulering (Norman, 2019). Slik sett kan faktorer som behandleres affektregulering være et viktig og riktig fokus så vel som arbeidet med pasienters affektregulering.

5.3 Konsekvenser av arbeidsbelastning

Denne hovedkategorien er ment å belyse hva eller hvordan behandler blir påvirket av å arbeide med motstand og hvordan det eventuelt kan påvirke miljøterapeutisk praksis. Det belyses gjennom subgruppene: risiko for utbrenthet, ivaretagelse av behandler og åpenhet og kollegastøtte. Behovet for kollegaveiledning og behandleres følelsesregulering løftes frem.

En kan si at det stilles krav til kompetente behandlere som alle helst skal ha en helse- eller sosialfaglig utdanning på bachelornivå foruten psykologene og psykiaterne. I seg selv medfører dette krav på flere områder, blant annet profesjonalitet, yrkesetiske etiske holdninger, kompetanse innenfor relasjoner, ruslidelser, psykiske lidelser vold, kriminalitet, journalføring, tverretattlig kunnskap om for eksempel NAV, tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner og lover som regulerer helsehjelpen, for å nevne noen sentrale områder. Det spesielle med miljøterapeutiske metoder er at det handler om behandling hele døgnet, ikke bare tre kvarters terapeutiske situasjoner i et behandlingsrom. Som noen av dataene i denne studien viser så er det et opplevd krav å skulle være flink på alt hele tiden for behandlere i TSB. Dataen indikerer at det i møte med motstand hos pasienter hviler et betydelig ansvar for å ivareta personen som kommer i behandling, vise omsorg og håndtere problematikk som dukker opp, på en systematisk og faglig sterk måte. Flere av informantene løfter dette opp blant annet ved å beskrive hvordan energi henger sammen med innsats og faglighet. Hvis det for eksempel oppstår utfordrende situasjoner brukes kollegagruppen i større grad enn til vanlig. Informantenes beskrivelser av hvordan de har behov for støtte kan gi inntrykk av at det er for mye ansvar lagt på den enkelte behandler og at det er for krevende å utføre arbeidet

sitt når en som behandler er i en kontinuerlig behandlingsrelasjon som gjerne følger pasienten gjennom hele behandlingsforløpet. Det kan bli et etisk dilemma for behandlere å gjøre jobben sin kontra det å ta vare på seg selv. Isdals (2017) spørsmål om hvorfor arbeidsbelastninger og behandlerers vansker ikke er en del av utdanningsforløpet i helseutdanninger, når det utgjør en risiko for at behandlere blir utbrent i jobbene sine. Informantene gir inntrykk av at dette også er gjeldende for dem og funnene gir indikatorer som støtter Isdals spørsmål.

Et annet element som kan være en faktor for utbrenthet er motoverføring i lys av sekundær traumatisering. Ifølge en artikkel i Psykologitidsskriftet, kan også motoverføring være en kime til utbrenthet og sekundær traumatisering av behandlere. Ureflektert motoverføring kan øke sårbarheten for belastninger hos behandlere. Samtidig blir behandleren mindre bevisst egne indre prosesser og gjør flere empatiske feil (Berge, 2005). Informantene i denne studien forteller om hvordan arbeidet med motstand kan prege dem følelsesmessig negativt og utfordre deres profesjonelle grenser. Kan det ha sammenheng med bevisstheten om motoverføringens betydning? Resultatene i denne studien kan antyde dette.

En annen side av påkjenningen det kan være å stå i utfordrende relasjoner over tid er faktorer for sekundær traumatisering og utbrenthet i miljøterapien. Hvordan kan behandlere ivareta seg selv eller bli ivaretatt? I en bok om kollegaveiledning skriver forfatterne om hvordan følelser kommer til uttrykk i kollegaveiledning og at samme ytre hendelse gir forskjellige tolkninger hos kollegaene (Lauvås et al. 2017). Informantene i denne studien viser åpenhet og sårbarhet i sin kollegagruppe, på for eksempel tverrfaglige møter om hvordan de har det i forhold til en bestemt situasjon og pasient. Ifølge Lauvås et al. (2017) så er relasjonen til kollegaer en forutsetning for at kollegaveiledning skal være virksomt. Informantene i denne studien brukte sine kollegaer når de sto i for utfordrende situasjoner eller hadde lite energi til å gå inn i utfordrende situasjoner. En kan anta at ikke alle har en tett og god relasjon på et arbeidssted med alle sine kollegaer. Hva skjer da? Hvordan kan skal dette ivaretas?

Så hvordan blir helperne ivaretatt? Det er ulike utfordringer behandlere står i. Til gjengjeld er det i miljøterapeutiske miljøer flere om jobben, noe som kan virke styrkende og støttende.

Men hva med personlig belastning hos behandlere kanskje når en ikke er på arbeid eller om natten da tankene kan fare? Noen av informantene i studien delte ærlig om at de noen ganger ble tappet for energi eller følte på utmattelse eller tok med seg komplisert stoff fra arbeid hjem. I møte med motstand mot endring indikerer dette at behandlere i miljøterapeutiske virksomheter har et uttalt behov for mer oppfølging og veiledning for eksempel i form av kunnskap og økt fokus på hva som kan skade behandlere. Dette støttes av ny litteratur på området om utbrenthet og ivaretagelse av hjelperen, blant annet gjennom å fokusere på de profesjonelle følelsene, altså følelsesregulering hos hjelpere i krevende situasjoner (Haavik & Toven, 2020). Vatne (2015) skriver om hvordan følelsen av å bli manipulert av pasient kan utløse en dumhetsfølelse hos behandler ved at en ikke har skjønnet hva som ligger bak manipuleringen, følelsen av å ikke gjøre en god jobb, og negative tilbakemeldinger fra kollegaer blir en faktor. I en slik forståelse ligger det noen hindringer både hos pasient og behandler i møtet med motstand mot endring. Informantene i dette studiet bruker hverandre som støtte i utfordrende situasjoner og for å takle ulik motstand fra pasienter. Dette antyder et behov for å være mer bevisst rundt følelser hos helper og kanskje at det systematiseres som for eksempel veiledning i virksomheter.

6.0 KONKLUSJON

I denne studien har jeg forsøkt å belyse motstand som fenomen innenfor miljøterapi i TSB gjennom behandleres erfaringer. Studien tok utgangspunkt i problemstillingen og tre forskningsspørsmål. Det teoretiske rammeverket har vært med for å skape en forståelse av studiens begreper og innhold. Designet jeg brukte var kvalitativ metode med forankring i en fenomenologisk/hermeneutisk forståelse sammen med Malteruds 4 stegsanalyse for analysering av data.

Resultatene i denne studien indikerer at motstand er noe som er aktivt opplevd av behandlere i TSB. Det å forholde seg til motstand oppleves som krevende, utfordrende og fordrer refleksjon av informantene i miljøterapeutisk behandling. Alle informanter beskriver at de har ulike strategier i møte med motstand. De beskriver en forståelse og nysgjerrighet på hva motstanden kan være og hva den kommer av. Samtidig viser informantene ærlige og sårbare sider ved pasient-behandlerrelasjonen som kan være til hinder for god utvikling. Motstand oppleves og beskrives av informantene som hindrende, nødvending og som en positiv kraft som kan brukes. Det legges vekt på vesentligheten av å ha et behandlingsfelleskap hvor det er mulig å benytte kollegiale ressurser når en som behandler kan få opplevelsen av å ikke mestre motstandsutfordringer. Behovet for veiledning og kunnskap om motstandens mangfoldige sider løftes som viktig.

Ut fra resultatene i denne studien antas det at behovet for forståelse, kompetanseøkning og veiledning av behandlere i miljøterapeutiske virksomheter I tillegg antas det at ledelse har et større ansvar for å ivareta sine ansatte enn det som kommer frem i denne studien.

LITTERATURLISTE

Amundsen O. & Kongsvik T. (2016). *Endringskynisme; Kunsten å skape god endringspraksis*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Barth T., Børtveit T. & Prescott P. (2013). *Motiverende intervju; samtaler om endring*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Blindheim, M. (2001). *Kan behandling skade?*. Tidsskriftet Rus & avhengighet, nr 4. Hentet fra: https://www.idunn.no/file/ci/2824874/Kan_behandling_skade.pdf

Brorson H. et. al (2013). *Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors*. Clinical Psychology Review 33 (2013) 1010–1024.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>

Fuglesang, L., Bitsch, O., Rasborg, K. (Red). (2014). *Videnskapsteori i samfunnsvidenskapene. På tværs af fagkulturer og paradigmer*. Fredriksberg C. Samfundslitteratur.

Føyn, P. & Shagani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo. Universitetsforlaget.

Haavik, M., Toven, S. (2020). *Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette?* Universitetsforlaget.

Haugsgjerd, S., Jensen, P. Karlsson, B. Løkke, J. A. (2015). *Perspektiver på psykisk lidelse. – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet. (2021). *Rusbehandling i TSB*. Hentet fra internett 07.02.21
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>

Helsedirektoratet (2020). *Nasjonale retningslinjer for TSB*. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av->

[rusmiddelproblemer-og-avhengighet/kartlegging-og-utredning-i-rusbehandling#risiko-for-avbrudd-i-rusbehandling-sammendrag](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb)

Helsedirektoratet (2015). *Prioriteringsveileder TSB*. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>

Helsedirektoratet (2012). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)*. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>

Jarvinen & Mik – Meyer (2017). *Kvalitativ analyse. Syv Traditioner*. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Jensen M. B. (2015). *Motstand. En diskusjon av fenomenet, konseptualiseringen og paradokset*. Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt . Universitet i Oslo. Hentet fra internett: 13.02.21.

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/44326/Hovedoppgave-innlevering-ferdig.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Jensen M.B. & Stanicke E. (2018). *Motstand som intrapsykisk og interpersonlig fenomen*. Psykologtidsskriftet. Hentet fra internett: 13.02.21.

<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/06/motstand-som-intrapsykisk-og-interpersonlig-fenomen>

Johannessen A., Tufte P. A. & Christoffersen L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo. Abstrakt Forlag.

Kvale S. & Brinkmann S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Lauvås, P., Hofgaard Lycke, K., Handal, G. (2017). *Kollegaveiledning – med kritiske venner*. Cappelen Damm A/S.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) Henter fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Malt, U. F., Retterstøl, N., Dahl, A. A. (2003). Lærebok i psykiatri. Gyldendal Norsk Forlag. A/S.

Malterud K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning; en innføring*. Oslo. Universitetsforlaget.

Monsen, J.T. (2000). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi: utdrag fra klinisk psykologi*. Jan T. Monsen og TANO A/S.

NAV: Sykefraværstatistikk fra NAV, Statistikk for 3. kvartal 2020. Publisert 02.09.20. Hentet fra Internett 05.01.21:
<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>

Oslo Universitetssykehus (2021). *Introduksjon til TSB*. Hentet fra internet: 02.02.21.
<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/omtstsb/introduksjon-til-tsb#hvordan-males-kvaliteten-i-tsb>

Schibbye A. L. (2009). *Relasjoner; Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo. Universitetsforlaget.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2013). *Psykiatriboken. Sinn, kropp og samfunn*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Skårderud F. & Sommerfeldt B. (2013). *Miljøterapi boken; Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Sømhovd et al. (2019). *The Montreal Cognitive Assessment as a predictor of dropout from residential substance use disorder treatment*. Hentet fra internett: 15.11.20:

<https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85062218531&origin=inward&txGid=710d87d3bdf8576830f49596c9e89fcf>

Vatne, S. (2015). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Motstand mot endring”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fenomenet motstand mot endring. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Få et større søkelys på de pasienter som blir gitt opp eller havner mellom mange tilbud fordi vi ikke makter hjelpe dem. De som kanskje faller ut av statistikken fordi de ikke er i ”målgruppen”, og kanskje blir en del av drop out statistikken.

Dette skal ende opp i en masteroppgave som går ut på å undersøke fenomenet motstand mot endring. Håpet er å belyse dette temaet for å finne kunnskap som kan gi en større forståelse i en behandlingshverdag med mennesker som lider av avhengighetsproblematikk og ulike psykiske tilstander.

Problemstilling

Hvordan opplever og observerer behandlere motstand mot endring i møte med pasienter i TSB?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt fordi du har jobbet over en viss tid og har bred erfaring. Det er mellom 5 og 8 personer som blir intervjuet i dette prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ber om få intervju deg i opptil 1,5 time, med lydopptak. Alle personopplysninger eller ting som kan knytte deg til virksomheten vil bli anonymisert og lydopptak slettet innen mars 2019.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være undertegnede og min veileder Rune Jonassen ved behandlingsansvarlig institusjon OsloMet, som vil ha tilgang til de anonymiserte opplysningene
- Lydopptakene vil bli oppbevart på egen minnepenn og låst inn i mitt våpenskap inntil de er slettet.
- Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i masteroppgaven.
-

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes Utgangen av desember 2019

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- OsloMet ved Rune Jonassen; runej@oslomet.no (prosjektansvarlig)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.
- Jo Alexander Breiby joa@tyrili.no 91611217 (student)
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen personvernombud@oslomet.no 67235534

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Rune Jonassen

Student
Jo Alexander Breiby

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet (Motstand mot endring), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. Desember 2019

Prosjektdeltaker, dato