

Bekreftede og Ansvarliggjøre

En kvalitativ studie av terapeutens opplevde utfordringer i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering

Heidi Merete Gjerde



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

23.oktober, 2013

Bekreftede og Ansvarliggjøre

En kvalitativ studie av terapeutens opplevde utfordringer i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering

Heidi Merete Gjerde



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

23.oktober, 2013

© Forfatter Heidi Merete Gjerde

År 2013

Tittel Bekrefte og Ansvarliggjøre - en kvalitativ studie av terapeutens opplevde utfordringer i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering

Forfatter Heidi Merete Gjerde

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Heidi Merete Gjerde

Tittel: Bekrefte og Ansvarliggjøre - en kvalitativ studie av terapeutens opplevde utfordringer i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering.

Veileder: Kirsten Benum

Bakgrunn og formål: Terapeuter i Basal Eksponerings-Terapi må forvalte den terapeutiske strategien Komplementær Ytre Regulering (KYR). Det er en strategi som anvendes med gode resultater, i behandlingen av pasienter med sammensatte lidelser og lav fungering. KYR stiller en del krav til terapeutene. Formålet med studien var å undersøke hvilke utfordringer terapeuter opplever i forvaltningen av KYR, hva de opplever hjelper dem i arbeidet med KYR, og hva som kan være til hinder for å få det til.

Metode: For å utforske problemstillingen er det benyttet semistrukturerte kvalitative intervjuer med ledelsen, behandlere og miljøpersonale ved en døgnpost. Intervjuene ble analysert ved bruk av metoden systematisk tekstkondensering, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske metode.

Resultater: Resultatene viser at personalet opplever det utfordrende å forvalte KYR. Utfordringene er knyttet til vurdering av fare for liv og helse, det å ikke lindre smerte, å forvalte underregulering på en bekreftende, og ansvarliggjørende måte, forståelse av atferds betydning, og samarbeid med kollegaer. Forståelse for rasjonalet bak intervensjonene, forståelse av begrepene omsorg og empati, og bevissthet om hvordan egne følelser og behov påvirker egen praksis, er viktig for å få til KYR. Faktorer som hjelper terapeutene til å forvalte arbeidet, er blant annet erfaring med at metoden har god effekt, gkollegastøtte og et lovverk som støtter arbeidsmetoden.

Konklusjon: Utfordringene i forvaltningen av KYR, stiller store krav til personalets terapeutiske ferdigheter, og samarbeidsevner. Terapeutene trenger hjelp til å ha god forståelse for alle elementene i behandlingen. Det bør tilrettelegges for at den enkelte tør å komme frem med egen usikkerhet, for å sikre åpen refleksjon rundt egne reaksjoner og behov. Elementer det bør settes fokus på er ferdigheter i bekreftende kommunikasjon og avlesning av atferd, og terapeutiske utfordringer knyttet til ansvarliggjøring og grensesetting. Det bør skapes en bevissthet om vanlige reaksjoner i forvaltningen av terapeutisk utfordrende oppgaver.

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært spennende, utfordrende og lærerikt. En stor takk til min veileder Kirsten Benum som i hver veiledningstime har bidratt med klargjørende spørsmål og forklaringer, og som hele tiden har hjulpet meg videre i forskningsprosessen. En stor takk til alle informantene i studien, som har bidratt med å dele åpent og ærlig av deres erfaringer og refleksjoner. Dere har gitt et stort bidrag til at jeg har fått økt forståelse for hvordan det er for den enkelte å forvalte Komplementær Ytre Regulering, noe jeg håper jeg har klart å formidle på en måte som kan hjelpe dere i det videre arbeidet, og hjelpe andre som ønsker å implementere metoden. Jeg er ydmyk over hvor villig dere har delt personlige opplevelser og tanker med meg. Takk til Didrik Heggdal, som villig har svart på faglige spørsmål relatert til forståelse av Basal Eksponerings-Terapi og KYR. Jeg vil takke min medstudent May-Britt Gjengstø Utheim for godt samarbeid med innsamling og bearbeiding av materialet. Takk til Reidun Norvoll for å ha inspirert meg til å gjøre kvalitative studier i psykisk helsevern, og for gjennomlesing og gode råd. Takk til mine søstre og min kusine, som har bidratt med formatering og korrekturlesing. Sist men ikke minst, en stor takk til min mann og mine barn.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Teori	3
2.1	Basal Eksponerings-Terapi(BET).....	3
2.1.1	De fem fasene i Basal Eksponerings-Terapi	3
2.1.2	Terapeutens oppgaver i utførelsen av Basal eksponerings-Terapi (BET).....	4
2.1.3	Utfordringer knyttet til ulike tilknytningsstrategier hos pasienten.....	5
2.1.4	Hva er appell, krav og trussel, og hvordan påvirker denne atferden samspillet med personalet	6
2.2	Komplementær Ytre Regulering(KYR)	7
2.2.1	Underregulering	8
2.2.2	Instrumentell regulering	9
2.2.3	Overregulering	10
2.2.4	Oppsummering av Basal Eksponerings-Terapi og Komplementær Ytre Regulering .	10
2.3	Forskningsfunn om vanskelige situasjoner og stress i terapi	11
2.3.1	Alliansebrudd i terapi	11
2.3.2	Når terapeutens behov kommer i konflikt med pasientens	13
2.3.3	Empati, sympati, overidentifikasjon og omsorg.....	15
2.3.4	En studie av et opplæringsprogram for lærere i forhold til regulering av atferdsproblemer i barneskolen	16
2.3.5	Hva er viktig i opplæring og ivaretagelse av terapeuter?.....	17
2.3.6	Oppsummering	18
3	Metode.....	19
3.1	Utvikling av intervjuguiden.....	19
3.2	Prosedyre for gjennomføring av intervjuer	20
3.3	Utvalg	21
3.4	Transkripsjon	21
3.5	Valg av analysemetode	22
3.6	Analyseprosessen.....	22
3.7	Etiske betraktninger	23
3.8	Refleksjon rundt metodiske utfordringer.....	24
3.8.1	Nærhet og avstand til forskningsfeltet	24

3.8.2	Utvalget, og egnethet til å belyse problemstillingen	25
4	Resultatene	26
4.1	Utfordringer ved å forvalte Komplementær Ytre Regulering (KYR) i praksis.....	26
4.1.1	Frykt for å gjøre feil når du står alene med ansvaret.....	27
4.1.2	Å se på lidelse uten å lindre den psykiske smerten	28
4.1.3	Å la være å gripe inn ved mistanke om selvdestruktiv atferd	29
4.1.4	Utfordringer ved devaluering og idealisering	30
4.1.5	Tvil om det er etisk riktig, eller omsorgsfullt og empatisk nok.	31
4.1.6	Balansegangen mellom å løpe etter og forsyne, eller bli for kjølig og avvisende 32	
4.2	Utfordringer i personalgruppen ved kollegasamarbeid	34
4.2.1	Koordinering av behandlingen når personalet forstår atferd forskjellig eller er uenig med modellen	34
4.2.2	Utfordringer knyttet til opplevelsen av at det ikke er et åpent rom, at du kan bli kritisert, og at egne opplevelser ikke blir verdsatt og inkludert	35
4.3	Årsaker til vansker med å forvalte Komplementær Ytre Regulering (KYR).....	37
4.3.1	Manglende forståelse og mestring av modellen	37
4.3.2	Uenighet med modellen	39
4.3.3	Egne emosjonelle behov kommer i konflikt med forvaltning av Komplementær Ytre Regulering (KYR)	39
4.3.4	Ulik forståelse av empati og omsorg.....	40
4.4	Opplevelser av hva som hjelper terapeuten i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering (KYR)	41
4.4.1	Forståelse av behandlingsmodellen og erfaring med at det virker.....	41
4.4.2	Positive erfaringer fra å forvalte Basal Eksponerings-Terapi (BET) og Komplementær Ytre Regulering (KYR)	42
4.4.3	Utvikler evnen til å tåle egne følelsesmessige reaksjoner.....	43
4.4.4	Bekreftende kommunikasjon som terapeutens viktigste verktøy.....	44
4.4.5	Kollegaers støtte som betydningsfylt i forvaltning av Komplementær Ytre Regulering (KYR)	45
4.4.6	Lovverk og organisering	46
5	Diskusjon.....	47
5.1	Hva trenger terapeuten for å klare å under-regulere når de kjenner på egen frykt og usikkerhet?	47
5.1.1	Å få lov å være usikker	48

5.1.2	Hva kan hjelpe terapeuten å forholde seg til sin egen usikkerhet?	49
5.2	Å akseptere smerte, uten å lindre.....	50
5.2.1	Hvorfor er det så vanskelig for enkelte?	50
5.2.2	Hva er det å være empatisk og omsorgsfull i denne sammenhengen?.....	52
5.2.3	Hvordan kan terapeuter bli flinkere til å håndtere egen og andres smerte?	54
5.3	Er atferden appell, eller er den voksen og adekvat?	55
5.4	Å klare å være bekreftende og anerkjennende når du blir devaluert	56
5.4.1	Hva kan være årsaken til at underregulering og regelstyring oppleves så utfordrende?	57
5.4.2	Hva skjer i terapeuten når alliansen brytes?.....	58
5.4.3	Hva kan hjelpe terapeuten å håndtere det ubehaget som oppstår ved alliansebrudd?.....	60
5.5	Oppsummering	62
5.5.1	Fremtidig forskning.....	63
	Litteraturliste	64
	Vedlegg	69

No table of figures entries found.

1 Innledning

Psykologspesialist Didrik Heggdal har i perioden 2000-2013 utviklet terapimodellen Basal Eksponerings-Terapi (BET). Seksjonen som drifter BET-behandling, er en lukket døgnpost lokalisert på Blakstad sykehus. Pasientene som får tilbud om BET-behandling, har en alvorlig og sammensatt problematikk med funksjonsnivå tilsvarende Global Assessment of Functioning (GAF)-score under 30 (Heggdal, 2010). Pasientene har hatt fallende eller vedvarende lavt funksjonsnivå, på tross av at de har fått behandling i spesialisthelsetjenesten. Denne pasientgruppen legger beslag på mange sengeplasser, i avdelinger der en døgnplass koster ca. 3 millioner per år (Heggdal, 2010). Innleggelser er ikke anbefalt for personlighetsforstyrrelse (Helsedirektoratet, 2008), men disse pasientene er så dårlige, at de i lange perioder ikke klarer å fungere utenfor sykehus. 12 pasienter som har fått BET-behandling, har frem til i dag fått sine liv normalisert gjennom Basal Eksponerings-Terapi (Hammer og Heggdal, 2011). Alsos og Malin (2011) fant at psykososialt funksjonsnivå fortsatte å øke etter utskrivelse for pasientene som deltok i deres studie.

I perioden 2000-2008 hadde seksjonen høy forekomst av tvangsbruk (Helsetilsynet, 2006). Det ble formidlet et ønske fra ledelsen om å redusere tvangsbruken, i tråd med føringer fra helsemyndighetene. Et ledd i arbeidet med å redusere tvangen ved seksjonen var å ta i bruk en terapeutiske strategi som kalles *Komplementær Ytre Regulering*, (*KYR*). Personalet bruker en veksling mellom forskjellige måter å regulere pasienten på, for å aksellerere pasientenes utvikling mot å bli selvregulerte og autonome. KYR har blitt et av de viktigste terapeutiske verktøyene i BET. Det har ført til en forbedring av behandlingsopplegget på flere områder. Personalet opplever at pasientene raskere tar i bruk sine ressurser. De tar raskere ansvar i eget liv, og gjenvinner sin autonomi. I den perioden seksjonen har implementert KYR, har behovet for medisinerings blitt drastisk redusert, og det har vært en markant reduksjon i alle former for tvangsbruk ved posten (Lyngstad, i kommunikasjon).

BET og KYR har noen utradisjonelle elementer, som prinsippet om å ikke lindre smerte. Dessuten reguleres pasienter med kronisk suicidalitet konsekvent i mindre grad enn en tradisjonell vurdering av behov for regulering ville antatt var nødvendig. Det kalles *underregulering*. Forfatteren har jobbet som miljøterapeut i seksjonen, i perioden 2003-2006, og fra 2010-d.d. Jeg opplever at arbeidet stiller store krav til meg som terapeut. Det oppstår en del diskusjoner i miljøet, i forhold til hvordan det er best å håndtere situasjoner.

Personale med vanlig helsefaglig utdannelse, forvalter vanskelige terapeutoppgaver. Hammer og Heggdal (2011) sier at personale som normalt er vant til å bruke en tradisjonell tilnærming, og anvende mye ytre regulerende tiltak, vil måtte tåle en del usikkerhet og frykt i overgangen til å ta i bruk Komplementær Ytre Regulering (KYR). De personlige erfaringene jeg har med å forvalte KYR, og observasjon av hvordan det påvirker mine kollegaer, gjorde at jeg ble nysgjerrig på hvordan det oppleves for den enkelte. Interessen for Basal Eksponerings-Terapi(BET) er økende på grunn av de gode behandlingsresultatene. Det er gjort lite forskning på metoden. Andre som ønsker å lære BET, og/eller KYR, kan ha nytte av de erfaringene som personalet ved seksjonen har gjort seg. Det er klare føringer fra helsemyndighetene om å redusere bruken av tvang, og det er et uttalt ønske om og påtrykk fra brukere og pårørende om det samme (Norvoll, 2013). Funnene angående reduksjon av tvangsbruk relatert til innføringen av KYR, og den gode effekten på pasientenes funksjonsnivå, gjør metoden relevant å undersøke nærmere.

Alle terapeuter i psykisk helsevern opplever dilemma og utfordrende situasjoner i terapi. Samtidig er det lite forskning som er gjort innenfor dette området. Det gjelder spesielt innenfor institusjoner, som behandler de pasientene som har alvorligst problematikk. Alvorlig personlighetsforstyrrelse er spesielt utfordrende å behandle, og skaper mye stress, splitting og motoverføringer hos terapeuter (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005, Geller, & Greenberg, 2012, Holmqvist & Armelius, 2006, Miller, Iverson, Kimmelmeier, MacLane, Pistorelle, Fruzzetti, Crenshaw, Erikson, Katrichak, Oser, Pruitt & Watkins, 2010). Oppgaven kan være av interesse på et bredere psykoterapeutisk plan, fordi den undersøker hvordan terapeuter opplever og håndterer stressende og utfordrende situasjoner med en pasientgruppe med alvorlig problematikk. Fokuset for oppgaven vil være å utforske den enkeltes opplevelse med å forvalte KYR.

På grunnlag av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvilke utfordringer opplever terapeuter i arbeidet med å forvalte Komplementær Ytre Regulering, og hva opplever de hjelper dem med å forvalte Komplementær Ytre Regulering?

2 Teori

I teorikapittelet vil jeg først kort presentere behandlingsmetoden Basal Eksponerings-Terapi (BET), og så forklare de ulike terapeutiske intervensjonene i den terapeutiske strategien Komplementær Ytre Regulering (KYR). Jeg vil ha spesielt fokus på terapeutens oppgaver i arbeidet. Deretter vil jeg presentere forskningsfunn og studier som kan belyse temaet terapeututfordringer, og hva som er viktig for å hjelpe terapeuter med å håndtere utfordrende situasjoner. Terapeut er i oppgaven en fellesbetegnelse på alle som forvalter BET og KYR.

2.1 Basal Eksponerings-Terapi(BET)

Basal Eksponerings-Terapi er en terapimodell utviklet for å hjelpe pasienter med lavt funksjonsnivå. I BET tenker man at årsaken til pasientens problem, er at pasienten unnviker ubehagelige og skremmende indre opplevelser. Løsningen på pasientens problem, er at pasienten slutter å unnvike, og heller velger å eksponere seg for følelser og ubehagelige indre opplevelsene (Heggdal, 2010).

2.1.1 De fem fasene i Basal Eksponerings-Terapi

Behandlingsforløpet består av fem faser. I den første fasen etableres KYR som en sikker base. Den sikre basen består av personalets holdning til pasientene, som er varm, vennlig og empatisk, underregulerende holdning og trygge rammer. Et viktig prinsipp er at pasientens behov for å unnvike indre smerte identifiseres som problemet, og blir bekreftet, samtidig som ideen om at noe eller noen kan fjerne smerten punkteres (Heggdal, 2012, B). Dette står i kontrast til tradisjonell tenkning innenfor omsorgsyrkene (Etiske retningslinjer for leger og for sykepleiere, hentet fra nettet 2013), og til vår kulturelle bakgrunn, som ser lidelse som noe unormalt, som skal lindres og fjernes (Harris & Jacobsen, 2010, Hayes, 2006). I den neste fasen etableres arbeidsalliansen. Pasienten bevisstgjøres at hun kan fortsette å unnvike, eller inngå i et samarbeid med terapeutene om å bryte vanemessige unnvikelsesmønstre. Den første og viktigste målsetningen i BET, er i følge Didrik Heggdal (2012 B) å gi pasienten erfaring med å være i arbeidsallianse, slik at hun har bedre forutsetninger til å nyttiggjøre seg funksjonshevende behandling. I den tredje fasen gjøres pasienten oppmerksom på unnvikelsesatferd og unnvikelsesmønstre, og oppfordres til å utforske disse sammen med terapeutene.

I den fjerde fasen ansvarliggjøres pasienten. Det er hennes valg om å eksponere seg eller ikke, som avgjør om det skjer en endring. Miljøterapien understøtter en veksling mellom eksponering og funksjonell avledning. Det er en bevisst valgt handling som gir pasienten en pause fra eksponering. I den femte og siste fasen, konsolideres gode løsninger. Pasienten gis æren for forandring og suksess. Hennes valg om selveksponering anerkjennes og beundres. De fem fasene bygger på hverandre. Pasientens utvikling avgjør hvilke faser det jobbes med, og om man klarer å fullføre alle fasene eller bare deler av programmet i løpet av oppholdet.

2.1.2 Terapeutens oppgaver i utførelsen av Basal eksponerings- Terapi (BET)

Terapimodellen stiller store krav til terapeutene. Den terapeutiske holdningen skal være empatisk, varm og vennlig, og skal utøves uansett intervensjon, også i grensesettings-situasjoner. Terapeutene må ha gode relasjonelle ferdigheter, god forståelse for terapi og beherske en rekke terapeutiske intervensjoner. De må blant annet kunne bekreftende kommunikasjon, KYR, løsningsfokusert konsolidering, og terapeutisk retorikk tilpasset BET. Terapeutene må også kunne identifisere unnvikelsesatferd og ledsage pasienten gjennom bevisstgjøring og eksponering for fryktede indre opplevelser. Intervensjonene tilpasses i tillegg til pasientens tilknytningsstrategier (Heggdal, 2012 A).

En viktig og stor del av det terapeutiske arbeidet er å hjelpe pasienten til å bli selvregulert. Terapeuten må gi ansvaret for valg og handlinger tilbake til pasienten, og ikke gjøre forsøk på å fjerne pasientens psykiske smerte. Pasientens smerte møtes kun med bekreftende kommunikasjon. Hensikten er å validere pasientens følelser og opplevelser, og styrke evnen til å oppleve, og regulere følelsene. Terapeuten må i bekreftende kommunikasjon identifisere og sette ord på det han fanger opp, og inkludere pasienten i en aksepterende relasjon (Heggdal, 2012 B, Killingmo, 1995, 2006). Terapeuten skal ta ansvar for sitt perspektiv: «Det er mulig at jeg tar feil, men for meg så virker det som om du er trist,», og sette punktum etter bekreftelsen. Å legge til et «men», et spørsmål eller en lindrende setning, flytter fokuset bort fra det affektive innholdet, og pasienten kan oppleve at det smertefulle ikke sees og anerkjennes fullt ut (Killingmo, 2006). Bekreftende kommunikasjon har en atferdsregulerende virkning når den anvendes som beskrevet.

Bekreftende kommunikasjon er en sentral intervensjon i Basal Eksponeringsterapi (BET) og i Komplementær Ytre Regulering (KYR), og tilpasses pasientens tilknytningsstrategier, avgrenset ved type C og inviterende ved type A. For å forvalte bekreftende kommunikasjon, må terapeutene kunne forholde seg til pasientenes følelser og opplevelser, og kunne kommunisere om disse følelsene. Terapeuten må kunne skille egne følelser og opplevelser fra pasientens, og ikke handle ut fra egne behov for å lindre eller unngå egen eller pasientens følelsesmessig smerte og ubehag. Dette er oppgaver mange terapeuter strever med (Coutinho, Ribeiro, Hill, & Safran, 2011, Hill & Knox, 2009, Holm, 1995). Den viktige oppgaven i BET med å vedlikeholde og styrke arbeidsalliansen med denne pasientgruppen, og å søke å reetablere den, dersom pasienten ser ut til å trekke seg fra samarbeidet, stiller store krav til terapeuten (Coutinho et al., 2011, Heggdal, 2010, Miller et al., 2010).

En annen oppgave er å identifisere og bevisstgjøre unngikelsesatferd for pasienten. Vedvarende og intenst fokus på unngikelsesatferd, kan oppleves invaderende og kritiserende, og kan forstyrre alliansen om det ikke utføres med varme og nennsomhet (Safran, Muran, Eubanks-Carter, 2011). Terapeuten skal presentere tolkninger og påpekninger som observasjoner, ikke som «sannheter» om pasienten. Terapeutens kompetanse handler om hvordan vanskeligheter og hindringer på veien kan møtes, ikke om at han vet mer om pasienten enn pasienten selv. Terapeuten skal hjelpe pasienten gjennom eksponering, identifisere og reflektere over konsekvenser av eksponering og unngivelse, og utforske og konsolidere nye funksjonelle løsninger, (Heggdal, 2012 B).

2.1.3 utfordringer knyttet til ulike tilknytningsstrategier hos pasienten

I Basal Eksponerings-Terapi (BET) justeres terapeutiske intervensjoner til pasientens tilknytningsstrategier. Tilknytningsstrategier er utviklet i samspill med omsorgspersoner. Det er atferd som barnet har erfart utløser omsorgsattferd fra foreldrene, og/eller beskytter barnet mot fare. Tilbaketrekning og det å ikke vise sine følelser, kan for eksempel være svært hensiktsmessig atferd i enkelte settinger. Etter hvert dannes det et mønster av strategier, som er mer eller mindre fleksibelt, avhengig av fleksibiliteten i barnets omgivelser. Denne atferden kan reduseres eller forsterkes i senere samspill med nye omgivelser. Det skilles mellom type B, type A, type C og type A/C i DMM-modellen, (Crittenden, 2008). I BET behandles pasienter med hovedsakelig type A- eller type C-tilknytningsstrategier.

Pasienter med type A undertrykker negativ affekt, og er tildekkende og tilbaketrukne, mens pasienter med type C bruker appell, krav eller trussel for å utløse omsorgsatferd (Crittenden, 2008, Wilkinson, 2008). Type A strever med å gjenkjenne negative følelser, og bruker mye krefter på å holde disse unna bevisstheten og andres fokus. Derfor må terapeuten bruke tid og gi pasienten rom, slik at hun kan våge å utforske, vedkjenne og uttrykke sine behov. Type C trenger en annen tilnærming. Terapeuten skal bekrefte og anerkjenne pasientens behov, men samtidig er det sentralt at han klarer å strukturere situasjoner, sette grenser og legge inn utsettelse av behovstilfredsstillelse, for å hjelpe pasienten å utvikle indre struktur (Heggdal, 2010).

Type A inntar en underdanig rolle i relasjonen. En risiko for terapeuten, er å bli for invaderende med sin omsorg. Det kan skremme pasienten bort, eller føre til at hun lydig innordner seg. Den manglende oversikten pasienten har over egne behov og den dårlige evnen til å formidle dem, kan skape frustrasjon hos terapeuten. Med type C må terapeuten være oppmerksom på faren for å bli emosjonelt overinvolvert og miste sin reflekterende funksjon. En pasientsentrert praksis med et personlig og forståelsesfullt forhold kan føre til tyngre symptombyrde hos denne pasientgruppen. Oppmerksomhet rettet mot de subjektive opplevelsene, inkludert sykdomshistorien og traumer, kan forverre lidelsen (Wilkinson, 2008). Terapeuten må være oppmerksom på at pasienten kan endre tilknytningsstrategier under stress og/eller forsøk på å anvende nye mestringsstrategier. Terapeuten må endre og tilpasse sine intervensjoner i tråd med pasientens endringer (Heggdal, 2010).

2.1.4 Hva er appell, krav og trussel, og hvordan påvirker denne atferden samspillet med personalet

Å identifisere **appell, krav og trussel** er viktig i arbeidet med Basal Eksponerings-Terapi, for å vite hvilken respons fra personalet som er hensiktsmessig. Appell forstås i denne oppgaven, som at pasienten tar i bruk nonverbale og verbale strategier for å få personalet til å respondere med omsorgsatferd. Gjennom personalets respons, opplever pasienten en midlertidig avledning eller lindring av sin indre psykisk smerte. Pasienten har lært å anvende disse strategiene i oppvekstmiljø og/eller i institusjonsmiljø, for å initiere omsorgsatferd fra omgivelsene (Crittenden, 2008, Heggdal, 2010). Et eksempel på appell kan være at pasienten stiller seg ved døren med et nonverbalt lidende og dystert uttrykk. Når personalet spør hva pasienten gjør/skal, svarer pasienten at hun skal ut og bort.

Dette skaper normalt usikkerhet hos personalet. De starter utforskning av pasientens tilstand. Det besvares ofte med at pasienten har selvskadings- eller selvmordstanker. Appellen utløser omsorg og/eller regulerende tiltak fra personale. Gjentatt erfaring med at appell utløser respons fra omgivelsene, i denne settingen helsevesenet, har bidratt til forsterkning og vedlikeholdelse av atferden. Et negativt samspill utvikles gjennom at pasienten opplever å få sekundærgevinst gjennom personalets respons. **Krav** og **trusler** er mer insisterende nonverbal og verbal atferd, for eksempel «hvis du ikke henter medisin nå med en gang, så knuser jeg møblene.» **Å avlese atferd** betyr i denne sammenhengen, at personalet prøver å identifisere om atferden er appell, krav og trussel, eller voksen, adekvat atferd. Avlesning av pasientens respons på personalets tiltak, er et viktig styringsverktøy: en **progressiv respons** fra pasienten indikerer at dette virker, det skal vi gjøre mer av. Mens en **regressiv respons** indikerer at det vi gjør nå, virker ikke, og det må vi stoppe med (Heggdal, 2010).

Å forsyne brukes om situasjoner der personalet bevisst eller ubevisst ender opp med å gi pasienten respons på appell, krav og trussel, og forsøker å lindre smerten gjennom å gi pasienten det hun ønsker. Uttrykket kan sammenlignes med og forstås i tråd med det psykodynamiske begrepet gratifisering. **Å «ha is i magen»** er å ikke respondere på den antatt appellerende atferden, og vente for å se om pasienten selv tar ansvar og klarer å håndtere situasjonen med funksjonell atferd. Det er viktig å identifisere appell, krav og trussel, slik at personalet unngår å bruke uhensiktsmessige responser som vedlikeholder eller forsterker dysfunksjonelle mestringsstrategier. Det vil på sikt hjelpe pasienten å utvikle og ta i bruk mer hensiktsmessige mestringsstrategier, og hjelpe henne til økt selvregulering.

2.2 Komplementær Ytre Regulering(KYR)

Den terapeutiske strategien KYR er utviklet for å forebygge og reversere regresjon, og aksellerere prosessen til pasienten i retning økt selvregulering. **Regresjon** betyr i denne sammenhengen at pasientens psykologiske utvikling går i negativ retning. Hun tar i bruk mer uhensiktsmessige strategier og viser mer dysfunksjonell atferd. I Basal Eksponerings-Terapi tenker man at den regressive utviklingen er et resultat av et negativt samspill mellom pasienten og terapeutene (Heggdal, 2010). Pasienten får for lite ansvar gjennom at personalet kompenserer for mye for manglende mestring. Alternativt får pasienten for mye ansvar i forhold til mestringsevne ved at hun skrives ut, uten å ha blitt hjulpet til å utvikle nye funksjonell mestringsstrategier. Begge tilnærmingene gjør at pasienten regredierer.

Utfordringen for systemet, er å tilpasse ytre regulering innenfor den rammen pasienten kan tåle, slik at det fremmer at pasienten selv tar ansvar, og utvikler økt mestring. Regulering er i denne sammenhengen, alle de tiltakene som personalet setter i verk, for å hjelpe pasienten å regulere seg selv. Basal Eksponerings-Terapi(BET) fremmer annenordens forandring. Tradisjonell ytre regulering av pasienten, forsøker å lindre pasientens smerte og løse problemene for henne. Selv om pasienten ikke viser en positiv utvikling fortsetter de å gjøre «more of the same» (Watzlawik, Weakland & Fisch, 1974). I BET-behandling introduseres underregulering fra det øyeblikket pasienten kommer til behandling. Underregulering er hovedintervensjonen i KYR. Ut fra vurdert behov koordineres og anvendes intervensjonene instrumentell regulering, regelstyring og overregulering. Jeg vil nå beskrive reguleringsformene som anvendes i KYR.

2.2.1 Underregulering

«I underregulering reguleres pasienten med hensikt mindre enn en konvensjonell vurdering av pasientens behov for regulering og beskyttelse normalt tilsier er nødvendig, for å kompensere for pasientens manglende evne til selvregulering» (Heggdal, 2012 A). Pasienten settes i en situasjon, hvor hun kan velge mellom å gjøre forsøk på mestring, eller fortsette å bruke kjente dysfunksjonelle strategier. Pasienten behandles konsekvent som et voksent og likeverdig menneske, som kan ta ansvar for seg selv. Dette innebærer at hun er på frivillig paragraf. Hun har ikke oppfølging i seksjonen, og hun låses prinsipielt alltid ut, dersom hun ber om det. Personalet ringer aldri for å sjekke hvor hun er eller høre hvordan det går når hun ikke er i seksjonen. Terapeutene gjør ingenting for å lindre pasientens smerte eller ubehag, de bare bekrefter bakenforliggende affekter og opplevelser. Ansvaret for å håndtere utfordringer og velge handlinger, legges tilbake til pasienten (Heggdal, 2010, 2012 A). Uønsket og destruktiv atferd defokuseres, og funksjonell løsningsfokuset atferd anerkjennes og beundres, for å understøtte positiv utvikling hos pasienten.

Personalet må kontinuerlig avlese pasientens atferd. Er det de observerer appell, krav eller trussel, eller er det reell fare for liv og helse? Er det trygt å underregulere, eller må de bytte til en annen form for regulering i den aktuelle situasjonen? Dette er vurderinger personalet må gjøre, uten å involvere pasienten i refleksjonen. Dersom pasienten blir involvert, er de allerede ute av den underregulerende holdningen. De har satt seg i en posisjon der de ikke lenger snakker med en likeverdig person som er ansvarlig for sitt eget liv.

Usystematisk forsterkning gjennom at enkelte responderer på pasientens appell, vil vedlikeholde og/eller forsterke den dysfunksjonelle atferden. Derfor er det viktig at terapeuter jobber koordinert, og kjenner pasientens behandlingsopplegg. De må avlese atferd i «her og nå»-situasjoner og forvalte sin egen opplevde usikkerhet, uten å involvere pasienten. I følge de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008) må terapeuter tåle en viss grad av usikkerhet med denne pasientgruppen, for at de skal få anledning til å utvikle bedre selvregulering. Noen ganger klarer imidlertid ikke pasienten å selv ta ansvar og tyr til gamle dysfunksjonelle strategier i situasjonen, da anvendes instrumentell regulering.

2.2.2 Instrumentell regulering

Hvis en pasient skader seg, eller det er reell fare for suicid, reguleres pasienten i tråd med lovverket (Heggdal, 2012 A). Selvskading behandles ut fra medisinske behov. Pasienten holdes tilbake i avdelingen dersom det er klar indikasjon på at pasienten uttrykker konkret at hun har planer om å ta sitt liv. Dialogen er vennlig, men avgrenset. Personalet utforsker ikke årsaker til selvskadingen eller suicidaltanker, og håndteringen gjøres så kort og instrumentell som mulig. Så snart situasjonen er håndtert, vender terapeutene tilbake til å behandle pasienten i tråd med underregulering. Appell og dysfunksjonell atferd møtes primært med ignorering og/eller avgrenset bekræftende kommunikasjon.

Har atferden en form som ikke kan tolereres i seksjonens miljø, for eksempel skriking, utagering mot fysiske gjenstander eller mot personalet, går man over til å bruke **regelstyring**. Regelstyring er et kjent begrep fra atferdspsykologi, for å avlære atferdsforstyrrelse. Den atferden pasienten har utviklet i et negativt samspill med oppvekstmiljø og/eller helsepersonell, forstås som en form for atferdsforstyrrelse. Ved regelstyring sier terapeuten for eksempel vennlig: «slik er det her», «slik blir det» eller «nå må vi anmode deg om å forlate avdelingen, så kan du komme tilbake når du har roet deg ned». Han går ikke inn i innholdet eller forklarer hvorfor. Bruk av regelstyring skal være definert i behandlingsplanen, ikke noe man finner på i farten. Terapeuten skal ikke være moraliserende. Regelstyring utføres på en fast, bestemt og vennlig måte. Pasienten kan oppnå økt indre struktur, gjennom å måtte forholde seg til den ytre strukturen. Å avlære atferdsforstyrrelsen er målet. Det er sentralt for endre pasientens innstilling, og kunne etablere en arbeidsallianse (Heggdal, 2012 B).

2.2.3 Overregulering

I noen situasjoner med underregulering er det hensiktsmessig å gå over til overregulering. Det gjelder hvis pasienten gjentatte ganger viser sviktende evne og/eller vilje til å mobilisere ressurser. I stedet for å prøve ut funksjonelle mestringsstrategier, velger hun dysfunksjonelle mestringsstrategier. «*Ved overregulering reguleres pasienten i større grad enn hva en konvensjonell vurdering av pasientens behov for regulering og beskyttelse tilsier er nødvendig, for å kompensere for pasientens manglende evne til selvregulering*» (Heggdal, 2012 A). I overreguleringsfasen tar personalet over kontroll, og regulerer pasienten. Det gjøres for at pasienten skal oppleve at personalet tar vare på henne. Personalets eneste oppgave er å være til stede, og forholde seg nøkternt til pasientens atferd, på en vennlig og empatisk måte, mens de avventer pasientens respons. Tempoet skal senkes. Målet er at pasienten skal oppleve stillstand, kjedsomhet, og rastløshet, og derigjennom motiveres til å mobilisere sine ressurser og ta initiativ til en «mestringsamtale». Personalet avventer at pasienten tar et voksent, selvstendig initiativ til å avslutte overregulering, gjennom tydelig å definere mestringsstrategier hun skal prøve ut i vanskelige situasjoner (Heggdal, 2012 A).. Overregulering anvendes sjelden. Godt koordinert underregulering har fjernet behovet for å bruke overregulering, og drastisk redusert bruken av tvang.

2.2.4 Oppsummering av Basal Eksponerings-Terapi og Komplementær Ytre Regulering

I Basal Eksponeringsterapi ses årsaken til pasientens problem å være unnvikelse av følelser og indre opplevelser. Løsningen er at pasienten slutter å unnvike. Pasienten ledsages gjennom fem faser, som øker pasientens evne til å være i arbeidsallianse, og til å forholde seg til egne følelser og opplevelser. Det stilles store krav til terapeuten om å forvalte en rekke psykologiske intervensjoner, som forutsetter at han kan regulere og forholde seg til egne følelser uten å agere på dem. Han må kunne kommunisere om følelser og opplevelser med pasientene, og skille egne følelser og opplevelser fra pasientens. I underregulering legges ansvaret tilbake til pasienten. Dette er uvant for pasienten, som har blitt mye regulert og tatt vare på i tradisjonelle akutt- og sikkerhetsseksjoner. Pasienten kan reagere med forsterket tilbaketrekning, og appell, krav og trussel, avhengig av tilknytningsstil, når hun ikke blir møtt på umiddelbare behov av terapeuten.

Atferden kan være voldsom, i form av alvorlig selvskading, skriking, intens devaluering av behandlingsmodellen og terapeuten, og fysisk angrep på inventar og terapeuten. Terapeuter som forvalter KYR skal møte denne atferden på en varm, vennlig og bestemt måte, og koordinert anvende intervensjonene underregulering, instrumentell regulering, regelstyring og overregulering. Min hypotese er at dette arbeidet er krevende, og setter de intrapsykiske og relasjonelle ferdighetene til terapeutene under sterkt press. Jeg vil nå belyse noen forskningsfunn knyttet til hva terapeuter opplever stressende, og utfordringer relatert til alliansebrudd. Jeg vil videre belyse faktorer som kan påvirke terapeuters evne til å opprettholde en profesjonell holdning, og være empatiske. En studie på opplæring i atferdsregulerende tiltak i skolen beskrives. Deretter belyses noen forskningsfunn på hva som kan hjelpe terapeuter til å håndtere utfordrende situasjoner.

2.3 Forskningsfunn om vanskelige situasjoner og stress i terapi

Det er få studier på terapeuters opplevelse av og håndtering av vanskelige følelser og stress (Deutsch, 1984, Miller et al., 2010, Pope and Tabachnick, 1993). Hendelser terapeuter opplever som mest stressende er uttalelser om selvmordstanker og selvskading, at pasienten uttrykker sinne, negativitet og motstand, eller er alvorlig deprimert, apatisk eller mangler motivasjon. Videre er det stressende at pasienten viser manglende positiv utvikling eller avbryter behandlingen prematurt (Deutsch, Miller et al.2010). Stress relateres til økt grad av spenning, angst, flauhet, håpløshet og frykt. Vatne (2006) og Norvoll (2006) beskriver arbeid i institusjoner med alvorlig syke som særdeles utfordrende, og at mange hjelpere strever med hvordan de skal håndtere vanskelige situasjoner. Det kan oppstå sterke motoverføringer, som lettere kan utspille seg innenfor institusjonsrammer. Det kan utvikle seg kulturer der det er stor aksept for at det brukes ulike former for tvang til å regulere pasientene. Det finnes lite forskning på metoder som klarer å korrigere atferd på en anerkjennende måte.

2.3.1 Alliansebrudd i terapi

Det er et konsistent funn at arbeidsallianse påvirker behandlingseffekten på tvers av metoder (Lambert & Barley, 2001, Safran & Muran, 2000, Safran et al., 2011).

En sterk allianse fungerer som en buffer mot stress hos terapeuten, mens en dårlig allianse assosieres med dårlig utfall av behandlingen og økt stress hos terapeuten (Miller et al., 2010). Alliansebrudd er øyeblikk med anspenning eller sammenbrudd i alliansen, og er unngåelig i terapi (Safran et al. 2011). Alliansebrudd aktiverer intense, negative følelser hos terapeuten, som sinne, krenkelse, forvirring og lav selvfølelse (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried, & Hill, 2010, Oliveira & Vandenberghe, 2009). Noen terapeuter opplever at vanskelige tema knyttet til familie og oppvekst blir aktivert (Coutinho et al., 2011).

Å kunne reparere alliansebrudd, og sikrer at pasienten blir i behandling (Ackerman & Hilsenroth, 2001, Coutinho et al, 2010, Safran & Muran, 2000). Flere fremholder betydningen av at terapeuter får opplæring i håndtering av alliansebrudd (Castonguay et al., 2010, Hill & Knox, 2009). Reperasjon av alliansebrudd bidrar i følge utviklingspsykologi til nye korrigerende emosjonelle erfaringer, og gir økt affektbevissthet, og selvreguleringsevne. Denne kunnskapen er overførbar til terapi (Hart & Schwarz, 2009, Oliveira & Vandenberghe, Safran, Crocker, McMair & Murray, 1990). Alliansebrudd er ideelle situasjoner for fenomenologisk utforskning. De kan bevisstgjøre pasienten om dysfunksjonelle mønstre, men det er også sårbare situasjoner, som kan bidra til å forsterke og vedlikeholde disse mønstrene (Coutinho et al., 2011).

Safran & Muran (2000) beskriver to former for konflikter som oppstår med pasienter, **tilbaketrekning** og **konfrontasjon**. Tilbaketrekning kjennetegnes ved at pasienten beveger seg bort fra terapeuten, ved å skifte tema eller underkaste seg terapeuten for å unngå vanskelige tema, ikke ulikt type A tilknytningsstrategier. Denne formen for konflikt oppleves ikke så vanskelig for terapeuten som konfrontasjoner. Terapeuten opplever ofte at han er inne på et vanskelig tema for pasienten, og forstår pasientens tilbaketrekning som beskyttelse. I konfrontasjoner beveger pasienten seg mot terapeuten og gir åpent uttrykk for sinne og misnøye, eller prøver å presse eller kontrollere terapeuten, ikke ulikt type C tilknytningsstrategier. Denne formen for konflikt synes de fleste terapeuter er svært utfordrende. I mange tilfeller reagerer terapeuten selv med sinne, forsvarer seg dogmatisk, eller holder seg strikt til egen metode på en ufleksibel måte (Ackerman & Hilsenroth, 2001, Coutinho et al., 2011, Safran & Muran, 2000). Den ideelle måten å håndtere de to typene konflikter på er forskjellig. Ved tilbaketrekning er det viktig at terapeuten empatisk utforsker indre prosesser som hindrer pasienten fra å oppleve og uttrykke følelser.

Slik kan pasienten klare å akseptere og uttrykke sårbarhet og underliggende behov. Konfrontasjoner håndteres best ved at terapeuten forsøker å overleve klientens aggressive atferd, uten å reagere med aggresjon selv. På den måten kan klienten bevege seg fra å være sint og aggressiv til å utforske primære følelser og uttrykte behov. Konflikter med pasienter med personlighetsforstyrrelse i terapi, ble ofte ikke løst, og Coutinho et al. (2011) tror det kan henge sammen med pasientens problematikk. Alliansen blir utfordret i større grad, grunnet at det oppstår flere konflikter. Klienter i negative forløp avviste terapeutens forsøk på å hjelpe. Avvisning av terapeutens kompetanse kan gjøre terapeuten tilbøyelig til å avvise tilbake (Von der Lippe, Monsen, Rønnestad & Eilertsen, 2008). God allianse opplevdes spesielt nyttig for pasienter med personlighetsforstyrrelse (Falkenstrøm, Granstrøm og Holmqvist, 2013).

2.3.2 Når terapeutens behov kommer i konflikt med pasientens

«Profesjonell holdning er en stadig streben etter å, i yrkeslivet, bli styrt av det som –på kort eller lang sikt- gagnar den hjelpsøkende, ikke av egne behov, følelser og impulser. Det innebærer å vise respekt, interesse, varme, medmenneskelighet, empati og en personlig måte å motta og behandle den hjelpsøkende på» (Holm, 1995, s.51). Pasienters legitime behov er å få del i terapeutens kunnskap og erfaring, og å bli behandlet med respekt. Relasjonen til pasienter er ikke likeverdig og gjensidig. Terapeuter har ikke krav på respekt fra pasienten, men må vise respekt for henne. I profesjonell holdning ligger krav om at terapeuten har bevissthet om egne behov og følelser, slik at de kan kontrolleres, og ikke tar overhånd i kontakten med pasienten (Holm, 1995).

Profesjonelle terapeuter må være bevisste sine behov, ellers kommer pasientens integritet og trygghet i faresonen. Viktige behov å kunne noe om, er kontrollbehovet, behovet for å være dyktig, behovet for å bli sett, behovet for å bli likt, og ønske om å skade. Institusjoner forsterker vilkårene for at **kontrollbehov** hos terapeuten utspiller seg. Relasjonen innbyr til kontroll fra terapeuten, og regressiv lydighet fra pasienten. Lovverk og kulturelle forventninger kan forsterke angsten for å miste kontroll (Holm, 1995). Typiske formuleringer ved økt kontrollbehov, er «tenk om det og det hender», eller «hvem har det medisinske ansvaret?». Det er viktig å være bevisst hva som styrer valgene terapeuter tar; et reelt behov for å kontrollere pasienten, eller kontroll av pasienten for å regulere terapeutens angst. En altfor sterk grad av kontroll av pasienten kan føre til at pasienten blir mer uselvstendig, avhengig og passiv enn nødvendig (Holm, 1995).

Behov for å være dyktig kan være positivt og stimulere god fagutøvelse. Men det kan føre til at terapeuten trenger at pasienten blir frisk, er harmonisk, oppfører seg bra, og gir uttrykk for takknemlighet, for å kjenne seg dyktig og kompetent. Et stort behov for å være dyktig kan føre til at terapeuten trekkes mot relasjoner der han blir idealisert. Det kan medføre sinne og skuffelse mot pasienter som ikke blir bedre, eller er misfornøyde med behandlingen. Da kan terapeuten ubevisst avvise gjennom ikke lenger å vise interesse for pasienten (Holm, 1995). Alle har **behov for å bli sett**, få bekreftelse og oppmerksomhet. En kan se dette behovet utspille seg i myten om at pasienten blir bedre hvis terapeuten byr på seg selv. Pasienter var mer tilfredse med samtaler der de fikk være i fokus. Når terapeuten «byr» på seg selv er det kanskje tvert imot pasienten som må lytte og by på seg selv (Holm, 1995).

Behovet for å bli likt, fører til at terapeuten prøver å strekke til, og fylle pasientens behov. Noen ganger er det bra, men dersom behovet for å bli likt tar overhånd, kan det føre til at terapeuten unngår å komme med informasjon eller utføre handlinger som han vet pasienten ikke vil like. Terapeuten kan unngå viktige tema, fordi pasienten kan bli krenket over å bli spurt. Andre eksempel er at terapeuten ikke klarer å sette grenser for pasienten, lar henne ringe på ubekvemme tider, eller bruker for mye av behandlingstiden på henne (Holm, 1995). **Ønske om å skade** snakkes sjelden om blant profesjonelle hjelpere. Terapeuter kan få lyst til å ta igjen når de utsettes for situasjoner som vekker sinne og andre vanskelige følelser. Situasjoner der personalet kan bruke sin maktposisjon til å utsette pasienten for unødig kontroll og smerte kan skape anledninger til å utagere slike behov (Vatne, 2006). Årsaker til at terapeuter avviker fra profesjonell holdning, kan være pasientrelaterte, undervisningsrelaterte, relatert til arbeidsforhold, eller til terapeutens personlighet (Holm, 1995).

Irrasjonelle «beliefs» har vist seg å ha innvirkning på opplevd stress (Deutsch, 1984, Ellis, 2003). Deutsch (1984) fant at det sterkeste irrasjonelle «belief» var at terapeuten umiddelbart må gi maksimalt av sin tid, energi og oppmerksomhet, når pasienten krever det. Ellis beskrev fire irrasjonelle «beliefs»: 1. Jeg må ha suksess med alle mine klienter, praktisk talt hele tiden, selv med umulige klienter. 2. Jeg må være en forståelsesfull terapeut, klart bedre enn andre terapeuter jeg har hørt om eller vet om. 3. Jeg må være høyt elsket og respektert av alle mine klienter. 4. Siden jeg gjør mitt beste og jobber så hardt som terapeut, bør klientene jobbe like hardt og ansvarsfullt, lytte til hva jeg sier og strebe etter å oppnå endring (Brodsky, 2011).

2.3.3 Empati, sympati, overidentifikasjon og omsorg

Terapeutens empatiske evne er en sentral faktor i arbeidet med den terapeutiske alliansen og har stor betydning for pasientens opplevelse og utbytte av behandling (Angus & Kagan, 2007, Greenberg, Elliott, Watson, & Bohart, 2001, Lambert & Barley, 2001, Vatne, 2006). God evne til empati har vist seg å være bra for å håndtere situasjoner profesjonelt, og beskytte terapeuten fra utbrenthet (Harrison & Westwood, 2009, Holm, 2005). «*Empati betyr å fange opp og forstå et annet menneskes følelser, og veiledes av denne forståelsen i kontakten med den andre. Det er altså tale om både en indre prosess av å oppnå forståelse og en måte å kommunisere denne forståelsen på, ikke bare i ord, men i alle handlinger som rettes mot den andre*» (Holm, 1995, s.77). Forutsetninger for empatisk evne er stabil identitet og selvfølelse. God selvavgrensning gir oversikt over hvilke følelser som er ens egne, slik at man ikke blander dem sammen med andres. God affekttoleranse og evne til å romme andres vanskelige følelser, kan hjelpe terapeuten å skille ulike følelser hos seg selv og til å forholde seg til andres følelser. Bevissthet om følelsesmessige signaler som kunnskapsformidlere handler i følge Ulla Holm (1995) om evnen til å reflektere over hva følelsene forteller oss, ikke ulikt mentalisering. Det er viktig å skille empati fra sympati og overidentifikasjon (Holm, 1995, 2005).

Overidentifikasjon vil si at man ikke klarer å skille egne og pasientens følelser og opplevelser fra hverandre, og reagerer som om man selv føler det samme. Foreldre som overidentifiserer seg med barnet, hjelper det ikke med å tåle følelsen, men skaper en opplevelse av å bli emosjonelt overveldet (Wilkinson, 2008). Overidentifisering levner ikke psykisk rom for barnet til å erfare seg selv i samspillet, og kan føre til utviklingsforstyrrelser (Hart & Schwartz, 2008). Overidentifikasjon, innebærer en tilsløring av selv-andre grenser, mens empati, innebærer en tydelig bevissthet om at selv om vi føler som den andre, er vi ikke i samme situasjon (Decety & Meyer, 2008, Strayer, 1987).

Eisenberg (2006) definerer **sympati** som det «*å fange opp den andres tilstand uten å føle det samme, men føle sorg og bekymring for den andre*». Leger med høy grad av sympati virket å bli styrt av sterke behov for å hjelpe og bli likt, og det påvirket beslutningene de tok. Mange hadde problemer med å forstå hvordan de skulle hjelpe pasientene til å håndtere egne følelser. Det medførte at de falt ned på en «snill», sympatisk væremåte og hjelp med informasjon og praktiske ting (Holm, 1995).

I situasjoner med personlig ubehag, kan den empatiske prosessen bli brutt. Det skjer ubevisst, fordi terapeuten beskytter seg mot emosjonelt aversive reaksjoner. Årsaker til redusert eller manglende empati kan ligge i manglende forståelse for aspekter ved pasientens dagligliv, manglende evne hos terapeuten til å håndtere den profesjonelle settingen, stressfaktorer i terapeuten eget liv, psykopatologi hos terapeuten, terapeuten egen erfaring med manglende empati, eller at pasientens patologi er så alvorlig at den virker negativt inn på terapeuten (Holm, 1995). Det er viktig å legge merke til at en terapeut kan forholde seg veldig empatisk i en setting, og streve i en annen, avhengig av disse faktorene. Terapeuter har større problemer med å ha empati overfor pasienter som gir åpent uttrykk for sinne, som ved alliansebrudd av typen konfontasjoner (Coutinho et al., 2011).

2.3.4 En studie av et opplæringsprogram for lærere i forhold til regulering av atferdsproblemer i barneskolen

Nils Eriksen (2006, 2008) har utviklet et opplæringsprogram for lærere for å redusere atferdsproblemer i barneskolen, som har likhetstrekk med forvaltning av Komplementær Ytre Regulering. Han mener at årsaken til atferdsproblemer i den norske skolen er lærerens lederstil. Lederstilen er tillatende, og kjennetegnes ved å være varm og ikke-kontrollerende. Når elever får mye ansvar for egen læring, og lite struktur, velger mange barn ut fra lystprinsippet og umiddelbar behovstilfredsstillelse. Resultatet er blant annet redusert toleranse for frustrasjon og negative affekter, redusert egostyrke og regulering av selvfølelse (Eriksen, 2008). Tillatende lederstil understøttes av humanistisk oppdragelsesstil, som ukritisk tenker positivt om medbestemmelse, demokrati, ansvar for egen læring og det å forhandle med barn og unge. For at elever skal lære å kontrollere egen atferd, og ta ansvar for egen læring, må lærere anvende autoritativ lederstil. Den autoritative lederstilen kjennetegnes av varme og kontroll. Voksne bestemmer hva som er tillatt og ikke tillatt, slik at de langsiktige målene for barna blir realisert. Kontroll i den autoritative lederstilen skiller seg klart fra den autoritære, som mange har negative assosiasjoner til. I den autoritative lederstilen utøves kontroll på en rolig, fast, bestemt og saksorientert måte. Den autoritære lederstilen utøver kontroll på en sint, aggressiv, skiftende og personrettet måte (Eriksen, 2006). Den autoritative oppdragelsesstilen innebærer at det hele tiden er kjærlighet og varme bak grensesettingen. Det kan ta tid før barnet erfarer relasjonen som positiv. Læreren må over tid kommunisere den positive holdningen: «jeg bryr meg om deg, derfor tillater jeg ikke ..».

Programmet tar hensyn til de emosjonelle og personlighetsmessige problemene mange lærere opplever, spesielt i forbindelse med grensesetting. For å forstå og håndtere utfordringene lærere møter ble psykoanalytisk teori anvendt, og det ble jobbet med veiledning rettet mot konkrete situasjoner. Situasjoner med hensiktsmessig og uhensiktsmessig læreratferd ble presentert. Lærerne analyserte hvordan det ville påvirke eleven og klassens utvikling å møte atferden på en hensiktsmessig versus uhensiktsmessig måte. Motstand mot å endre atferd viste seg ofte gjennom at læreren kom med begrunnelser for å fortsette å praktisere den uhensiktsmessige læreratferden. Årsaken var følelsesmessige problemer med å praktisere den mest hensiktsmessige læreratferden. Det ble derfor satt i sammenheng med hvordan læreren selv hadde blitt oppdratt. Kasuseksempel ble brukt for å illustrere hvordan egne erfaringer kan skape motstand mot å endre egen atferd, og vansker med å håndtere situasjoner med ignorering eller grensesetting (Eriksen, 2006). Kasusene fungerte som en inngangsport for lærerne til å reflektere rundt egne erfaringer, og hvordan egen historie påvirker utfordringer med å forvalte atferdsregulerende tiltak. En annen faktor som var sentral for å få til atferdsendring i skolen, var enighet om reglene for skolen. Verdier og forståelse av betydningen av å ha felles regler og av å overholde dem, ble identifisert og tydeliggjort, slik at meningsforskjeller kunne håndteres (Eriksen, 2008).

2.3.5 Hva er viktig i opplæring og ivaretagelse av terapeuter?

Det er mulig å øke evnen til empati, og til å håndtere alliansebrudd, gjennom selvrefleksjon, veiledning og egenerapi (Deal, 2003, Holm, 1995, Nolan, Strassle, Roback & Binder, 2004, Vatne, 2006). Forutsetningen for at terapeuter skal klare dette er at de tør å åpne seg i veiledning, og at veileder klarer å skape et ivaretagende klima (Hill & Knox, 2009, Holm, 1995). Dårlig forhold til veileder kan føre til at viktig informasjon holdes tilbake, og forvansker terapeutens eget terapiarbeid (Hess et al., 2008). Veileder må skape et trygt klima i veiledningssituasjonen for å fremme læring. Opptrer veileder uempatisk, er det negativt for utviklingen av terapeutens evne til empati. Veiledere må ha et ikke-kritisk og individrettet fokus, og en empatisk grunnholdning til de som deltar i opplæringen for å lykkes (Angus & Kegan, 2007, Holm, 1995). Møtet med utdanning, arbeidsliv og pasienter kan utfordre terapeutens evne til å være profesjonell og empatisk, eller bidra til å styrke og utvikle terapeutens empatiske kapasitet (Harrison & Westwood, 2009, Holm, 1995). Kollega-samarbeid ser ut til å gi støtte og feedback, som gjør det lettere å håndtere vanskelige pasientcase (Nolan et al., 2004).

Terapeuter må lære om negative effekter og alliansebrudd, og hvordan de skal møte dette (Castonguay et al., 2010). De må også lære hvordan de kan respondere på en ikke-offensiv og åpen måte, og ta ansvar for sitt bidrag til relasjonen (Safran et al., 2011). Terapeuter profiterer på å ta vare på sin indre verden og egen mentale helse, kultivere og opprettholde selvbevissthet, sette av tid til å ivareta egne behov, og utvikle sin empatiske evne for å frigjøre stressreaksjoner som oppstår i forbindelse med terapeutisk arbeid (Geller & Greenberg, 2012, Harrison & Westwood, 2009).

2.3.6 Oppsummering

Terapeuter vil oppleve stressende og utfordrende situasjoner. De vanskeligste situasjonene er suicidale tanker og atferd, selvskading, sterke symptomer av typen resignasjon, depresjon og angst. Det oppleves vanskelig med pasienter som blir konfronterende og devaluerende, og som gir åpenlyst uttrykk for sinne og misnøye med behandlingen og terapeuten. Brudd i alliansen er vanlig, og mange terapeuter strever med å håndtere slike situasjoner. Det er viktig for utfallet av behandling at terapeuten oppøver evnen til å møte alliansebrudd. Terapeutens egne behov kan komme i veien for og skape utfordringer med å forvalte sitt arbeid i tråd med kravene til profesjonell holdning. God forståelse for hva empati innebærer, og kunnskap om hva som skiller empati fra overidentifikasjon og sympati, kan hjelpe terapeuten til å ha oversikt over hvilken prosess de er inne i. Ved opplæring i atferdsregulering kan det være viktig å fokusere både på å forstå hensikten med og lære å utøve hensiktsmessig arbeid, og å utforske hvordan egne erfaringer påvirker hvordan vi forholder oss i grensesettings-situasjoner. Veiledere og et miljø som bidrar til at terapeuten tør å utforske egne utfordringer i forvaltning av terapeutiske oppgaver er sentralt for at han skal klare å forvalte vanskelige situasjoner på en god måte, og videreutvikle sine ferdigheter. Faktorer som kan hjelpe terapeuter å stå i vanskelig arbeid er veiledning, ivaretagelse av egen mentale og fysiske helse og god støtte fra andre.

3 Metode

Problemstillingen min er hvilke utfordringer terapeuter *opplever* i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering (KYR), og hva terapeutene *opplever* hjelper dem i å forvalte KYR. Det var naturlig å velge en fenomenologisk, kvalitativ metodisk tilnærming, som er godt egnet til å undersøke aspekter ved terapeutenes opplevelser (Giorgi, 1997, Malterud, 2002, 2003). For å belyse forskningsspørsmålene valgte vi kvalitative semistrukturerte intervjuer som er et godt egnet redskap i kvalitativ forskning (Hill et al., 2005, Malterud, 2002).

3.1 Utvikling av intervjuguiden

Metoden som ble valgt for innsamling av data var semistrukturerte intervjuer. Det er en anerkjent metode i innsamling av materiale i kvalitativ forskning (Hill et al., 2005). Intervjuguiden ble inspirert av aktuell litteratur om utfordringer i terapeutisk arbeid, og utforskning av mine erfaringer med forvaltning av KYR, som miljøterapeut ved seksjonen. Temaer som jeg hadde erfart var utfordrende og selv hadde jobbet med å forstå gjennom teori, og/eller hadde diskutert med kollegaer, ble gjennomgått sammen med veileder og medstudent. Basert på dette ble fem tema av særskilt interesse valgt ut. Temaene var i hovedtrekk: 1. Positive erfaringer fra å jobbe med Basal Eksponerings-Terapi og KYR, 2. Hva er utfordrende ved å jobbe med KYR? 3. Hvis du får vanskelige følelser i arbeidet med KYR, hvordan håndterer du det? 4. Har arbeidet med KYR påvirket dine tanker om omsorg, etikk og behandling, og 5. Hvordan er det å jobbe så strukturert som dere gjør? Hvert tema hadde en rekke underspørsmål, i tilfelle intervjuobjektet skulle streve med å komme i gang, hente frem egne refleksjoner, eller forstå temaet.

Intervjuene ble innledet med at informanten fikk fortelle om sin bakgrunn, for å få en myk inngang til tema, og fulgt av et åpent spørsmål om hvordan informanten hadde opplevd utviklingen og innføringen av KYR. Det ble gjort bevisst fordi det å få snakke mer fritt rundt et tema åpner for at det som opptar personen mest kommer til uttrykk (Giorgi, 1997, Malterud, 2002). Intervjuguiden (vedlegg 1) ble testet ved at en medstudent intervjuet meg, som har egenerfaring med å forvalte metoden.

Intervjuet besto av 6 hovedtema, med 41 underspørsmål (52 til psykologspesialisten som har utviklet metoden), som til dels fungerte som hjelpespørsmål. Etter to intervjuer ble intervjuguiden revidert (vedlegg 2).. Tema ble spisset, og antall hjelpespørsmål redusert, siden det var vanskelig å intervjuer og forholde seg til teksten i intervjuguiden når den var så omfattende. Revideringen var i tråd med Hill et al. (2005) sine anbefalinger, og guiden fungerte godt etter dette. Fokuset i intervjusituasjonene var å skape en god atmosfære, slik at den enkelte skulle få formidle sin opplevelse, og tørre å snakke mest mulig åpent rundt det de opplevde utfordrende med forvaltning av Komplementær Ytre Regulering (KYR) (Hill et al., 2005, Kvale & Brinkman, 2009). Informantene skulle oppleve at deres grenser ble respektert, og at det var viktig å få frem deres perspektiv på KYR. Jeg brukte min erfaring med å forvalte KYR til å stille undrende spørsmål for å utforske tema som jeg mente var spesielt relevante for å forstå de utfordringene informantene møter når de anvender KYR. Jeg fungerte som hovedintervjuer, og var inspirert av Kvale og Brinkmann (2009) sine kvalifikasjonskriterier for intervjueren. Intervjuene ble utført sammen med en medstudent.

3.2 Prosedyre for gjennomføring av intervjuer

Det ble først gjennomført et informasjonsmøte på avdelingen, der kun 1/3 av gruppen var til stede. Det ble sendt ut mail med informasjonsskriv om studien til alle aktuelle informanter, (vedlegg 3). I tillegg informerte jeg de som ikke var på informasjonsmøtet muntlig i forbindelse med jobb, for å sikre tilgang på informasjon og mulighet til å stille spørsmål. Sentrale personer i posten tok ansvar for å minne om studien. Det ble hengt opp en påmeldingsliste for intervjuer i seksjonen. Ledelsen la til rette for at alle informantene kunne utføre intervjuene i arbeidstiden. Det ble vektlagt at det var frivillig å delta, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien, dersom de skulle angre. Det ble innhentet informert samtykke, (vedlegg 4). Intervjuene ble gjennomført med begge studentene til stede, med unntak av ett intervju som jeg gjennomførte alene. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og varte rundt 2 timer, med ett unntak. Dette intervjuet var med en som ikke har erfaring med å forvalte Basal Eksponerings-Terapi i klinikken, og var kortere. Alle intervjuene ble gjennomført ved seksjonen, med unntak av ett, som ble gjennomført på informantens andre arbeidsplass etter eget ønske. Intervjuene ble gjennomført i perioden 29.april-13.juni.2013.

3.3 Utvalg

Ved seksjonen er det per i dag 2 ledere, 2 behandlere og 14 personale. Alle har lang erfaring med å jobbe med Basal Eksponerings-Terapi (BET) og Komplementær Ytre Regulering (KYR), med unntak av lederne. Disse 18 var aktuelle informanter. Fire takket nei. De fire tilhører miljøpersonalgruppen, en spesial-sykepleier, en sykepleier, en spesialhjelpepleier og en hjelpepleier, hvorav den ene har valgt å avslutte arbeidet i BET-gruppen. Alle fire har lang erfaring med å forvalte metoden. Av de 14 som takket ja til å bli intervjuet har 8 vært i posten fra 90-tallet, 4 har kommet til i perioden 2003-2006. De to fra ledelsen har kun to-tre års erfaring med BET. Deres perspektiv opplevdes relevant fordi de forvalter ledelsesansvar, og kunne bidra med et «utenfra»-perspektiv fordi de ikke har jobbet så lenge med BET.

Alle informantene har mange års erfaring med å jobbe i psykisk helsevern. Med unntak av ledelsen, var alle ansatt i posten under implementeringen av KYR. Gruppen består av 7 sykepleiere med spesialisering i psykisk helsevern, en psykologspesialist, 2 overleger, 1 vernepleier, 2 hjelpepleiere med videreutdanning i psykisk helsevern og 1 ufaglært med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsevern. To av informantene er behandlingsansvarlige, hvorav en av dem har fagansvar. En i sykepleiergruppen har kvalitetsutviklingsansvar, og to i sykepleiergruppen har fullført utdanning i BET, og har tittelen BET-terapeut. I tillegg har flere i gruppen diverse kurs og videreutdanning i bl.a. ledelse, familiearbeid, veiledning, og psykosebehandling.

3.4 Transkripsjon

Materialet ble transkribert i samarbeid med medstudent. Intervjuene kom tett, så analysen startet ikke parallelt, som anbefalt av Malterud (2003), og Kvale og Brinkmann (2009). Samtidig viste de tidlige intervjuene viktige tendenser, som påvirket spørsmålgivingen og fokus på temaer i de senere intervjuene. Materialet ble transkribert i sin helhet, med unntak av kommentarer fra intervjuerne eller deltagerne som besto av fyllord som eh, mm, ja, og lignende. Noen få partier av enkelte intervjuer er utelatt, fordi tema i samtalen var helt irrelevant for problemstillingen. Noen få steder har det ikke vært mulig å fange opp enkeltord på tross av gjentatte forsøk. Det er da bemerket i teksten, og særskilt dersom det påvirker forståelsen av meningen i det deltageren sier. Ved tydelig uttrykk for følelsesmessig engasjement, latter, megetsigende tonefall o.l. har det blitt notert i parentes i teksten.

Medstudenten og jeg har valgt å skrive to selvstendige oppgaver, med utgangspunkt i det samme materialet.

3.5 Valg av analysemetode

På grunn av materialets størrelse, 354 transkriberte sider, og ønsket om å beskrive og løfte opp essenser i materialet, falt valget av metode på Malteruds (2003) systematiske tekstkondensering, inspirert av Giorgis fenomenologiske metode, og Hill et al. (2005) sin konsensbaserte kvalitative forskningsmetode. Jeg tok utgangspunkt i Giorgis anbefaling om å gjennomføre analysen i fire trinn; 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og 4) å sammenfatte betydningen av dette.

3.6 Analyseprosessen

Hele materialet ble lest for å få et helhetsinntrykk av hvilke tema som opptok informantene i forhold til å forvalte Komplementær Ytre Regulering. Teksten ble fortettet til ca.90 sider. Tema som besvarte problemstillingen ble identifisert. Disse temaene var i stor grad relatert til hovedtemaene i intervjuguiden. Sitater som illustrerte opplevelser godt, ble uthevet. Jeg identifiserte hva den enkelte overordnet hadde sagt om ulike tema, og registrerte det dersom de ikke hadde uttalt seg om det aktuelle tema. Jeg utarbeidet en tabell der jeg talte hvor mange som hadde uttalt seg om hver kategori. Slik fikk jeg oversikt over hvor aktuelle de ulike kategoriene var for gruppen som helhet, og om enkeltpersoner hadde refleksjoner som gikk på tvers av flertallet. Dette ble gjort for å sikre validiteten i resultatdelen. Deretter gikk jeg grundig gjennom kategoriene og sammenfattet dem i tre hovedtema som vil bli presentert i resultatdelen. Ved behov har jeg returnert til datamaterialet underveis, for å verifisere påstander.

3.7 Ethiske betraktninger

Det kommer frem i intervjuene, og det var kjent for meg fra før, at det har vært utfordringer knyttet til samarbeid i gruppen en periode. Det har vært viktig å vise respekt for den enkelte i forhold til at alle har sin opplevelse av saken. Jeg har vært opptatt av å innhente informert samtykke, og presisere retten til å trekke seg om man kjenner at man føler seg utrygg på den informasjonen som er gitt. I fremstilling av resultatene har jeg hatt fokus på anonymisering. Det var ingen spesielle fordeler ved å delta i studien, men det kan tenkes at det var vanskelig både å si ja og nei til å delta. Det er en liten gruppe, og det er synlig hvem som deltar/ikke deltar. Noen kan ha kjent på frykt for represalier eller ubehag over hva de andre tenkte i forhold til deres valg. Konflikter på arbeidsplassen kan ha gjort folk ekstra sensitive for implisitte føringer i forhold til deltagelse. Intervjuer ansikt til ansikt, og med to psykologstudenter, kan ha gjort det vanskelig å være ærlig om motforestillinger, og ha ført til at informantene ble opptatt av å leve opp til sosiale og faglige implisitte forventninger.

Informantene kjenner hverandre godt. Selv om forfatteren gjør sitt ytterste for å bevare anonymitet, kan noen gjøre antagelser om hvem som mener og sier hva. Tre av deltagerne har sagt ja til at deres materiale ikke anonymiseres. Selv om man kjenner seg bekvem med det i utgangspunktet, kan det være man angrer når man ser ting publisert. De som har en utsatt posisjon, har fått anledning til å lese gjennom oppgaven på forhånd, og komme med tilbakemeldinger. Noen av dem har også gitt innspill i forhold til oppgaven generelt, som kan ha bidratt til å styrke oppgavens validitet.

Alle informantene har en relasjon til meg som kollega. Jeg har ikke vært en del av arbeidskonflikten, men enkelte kan likevel være skeptiske til min rolle i dette. Det kan ha farget dem i forhold til hva de ønsket å dele, og hvor åpne og ærlige de opplevde at de kunne være med egne utfordringer. De kan ha kjent på utrygghet til hvordan materialet vil bli fremstilt, og om noe av det de sier kan bli brukt mot dem. Det kan ha medført at jeg ikke har fått frem viktige nyanser, som ville utdypet forståelsen av problemstillingen. Alle betraktningene over kan ha vært medvirkende årsaker til at fire av de som jobber i miljøpersonalgruppen valgte å ikke delta i studien.

3.8 Refleksjon rundt metodiske utfordringer

I likhet med forskning generelt, er min oppgave preget av min forforståelse og mine erfaringer. I tråd med Hill et al. (2005) sine anbefalinger, velger jeg å si noe om mine «bias» og reflektere rundt viktige faktorer tilknyttet min studie.

3.8.1 Nærhet og avstand til forskningsfeltet

Slik det kommer frem i innledningen, er mine kliniske erfaringer med utfordringer ved å forvalte Komplementær Ytre Regulering (KYR) bakgrunnen for at jeg ønsket å forske på dette. Erfaring med klinisk arbeid i andre psykiatriske avdelinger, og diskusjoner med kollegaer i psykisk helsevern, har påvirket min interesse for utfordringer i terapeutisk arbeid. Mitt utgangspunkt før studien, var at jeg har stor tro på Basal Eksponerings-Terapi som terapimodell. Jeg mener at KYR kan være et viktig bidrag til hvordan terapeuter kan jobbe med ansvarliggjøring på en bevisst måte, og samtidig oppnå reduksjon i bruken av tvang. Min opplevelse var at arbeidet er personlig krevende å forvalte. Det var grunnlaget for mitt ønske om å utforske den enkeltes opplevelse av å forvalte KYR, og hva som hjelper dem i utfordrende situasjoner. Oppgaven må leses med det som bakgrunn.

Min forforståelse og min kliniske erfaring kan ha preget spørsmålsstillingen i intervjuene, og hvilke tema jeg har ønsket å utdype. Forskerens egen oppfatning av hva som er riktig praksis, kan prege fokus i intervjuer og i analysen (Norvoll, 2006). Jeg har vært opptatt av å reflektere over dette, og strebe etter å være åpen for hvordan andre opplever KYR. Jeg har vært nysgjerrig på mulige årsaker til ulik forståelse, i motsetning til å ha et fokus på hva som er riktig og gal praksis. Fordelene med å forske i eget felt kan være bedre forståelse for det deltagerne beskriver. Selv om opplevelsene ikke er identiske, vil elementer ligne og forskerens perspektiv kan bidra til å utvikle nye perspektiver (Corbin & Strauss, 2009). Informantene kan ha en annen tillit til en som har egenerfaring med feltet, fordi opplevelser og interesseområde er felles, og forsker og informant «snakker samme språk».

3.8.2 Utvalget, og egnethet til å belyse problemstillingen

For kvalitative studier er det anbefalt et utvalg i størrelsesordenen 15+/-10 (Hill et al., 2005, Kvale & Brinkman, 2009, Malterud, 2003), avhengig av studien og intervjuenes lengde. Mitt utvalg er 14 informanter fordelt på 13 intervjuer. Det ligger godt innenfor rammen, og kan sies å være for omfattende, intervjuenes lengde tatt i betraktning. Antallet deltagere gjør det mulig å undersøke konsensus relatert til ulike oppfatninger (Hill et al., 2005). Utvalget er egnet til å belyse problemstillingen. De er alene om å ha lang erfaring med å forvalte Basal Eksponerings-Terapi og Komplementær Ytre Regulering, fordi det er i denne døgnposten Heggdal har utviklet og prøvd ut modellen.

Det er mye spredning i gruppen i form av ulike roller, ulikt utdanningsnivå, og forskjellig erfaring med KYR. Miljøpersonalgruppen er størst, 10 stykker. Det er de som er tettest på forvaltningen av KYR i praksis, og det har vært viktig å ha fokus på å synliggjøre deres opplevelser i resultatdelen.

4 Resultatene

Resultatdelen innledes med en presentasjon av det informantene opplever mest utfordrende ved å forvalte Komplementær Ytre Regulering (KYR). Alle informantene med klinisk erfaring har blitt spurt om hva de tror er årsaken til at enkelte strever med å forvalte KYR, og resultatene av dette presenteres i en egen del. De siste resultatene som presenteres er faktorer terapeutene opplever hjelper dem å forvalte KYR. Sitatene som gjengis er redigert med fokus på å formidle budskapet.

Alle informantene unntatt behandlerne er samlet i en gruppe, miljøgruppen. Behandlerne omtales som han og hun, eller som en behandlergruppe ettersom hva som er hensiktsmessig. Andre ganger inkluderes de i hele informantgruppen. Ledelsens synspunkter har stort sett ikke en betydning som skiller seg markant i fra miljøgruppen i forhold til min problemstilling, og deres materiale inkluderes derfor i miljøgruppens, med noen få unntak. Sitater vil bli brukt for å belyse og understreke opplevelser som kommer frem i datamaterialet. Terapeutene/ personalgruppen omtales konsekvent som han, og pasient som hun. Dette er et praktisk valg, for å anonymisere materialet.

4.1 Utfordringer ved å forvalte Komplementær Ytre Regulering (KYR) i praksis

For personalet og behandlerne har det vært utfordrende å legge om til en underregulerende holdning, som er hovedintervensjonen i KYR. Før innføringen av KYR, var seksjonen vant til å forebygge og stoppe uønsket atferd på tradisjonell måte, ved ytre regulering etter vurdert behov. Reguleringen innebar for eksempel tett oppfølging, beltelegginger og tvangsmedisinering. Tilnærmingen til pasientene var mer objektrelasjonsorientert. Seksjonen var preget av humanistiske verdier. Personalet var opptatt av å tåle pasientenes uttrykk, og ikke handle umiddelbart for å stoppe atferd. Ved etablering av underregulerende holdning, ble det innført prinsipper som at de ikke skulle ringe pasienter som var på permisjon for å høre hvordan det gikk, og at de alltid skulle slippe ut pasienter som ønsket det. Personalet skulle møte pasientene som voksne, likeverdige mennesker som har ansvar for sitt liv. Destruktiv atferd skulle defokuseres, eller håndteres instrumentelt ved behov. 12 av 14 informanter har erfaring fra innføringen og forvaltning av KYR. 10 av disse jobber i miljø.

4.1.1 Frykt for å gjøre feil når du står alene med ansvaret

Mange i gruppen forteller om til dels sterkt følelsesmessig ubehag knyttet til de situasjonene der de må vurdere om pasienten appellerer, eller om det er reell fare for liv og helse. Det er som oftest knyttet til om en skal slippe ut av seksjonen, en pasient som har et uttrykk (appell), som kan tolkes til at hun har tanker om å skade seg, eller ta livet sitt. Disse pasientene skal prinsipielt slippes ut ved underregulering. Enkelte av informantene opplever at ubehaget knyttet til disse situasjonene har blitt lettere å håndtere med erfaring. *«I den gryende begynnelsen, når man turte å slippe ut noen, var det utrolig godt å ha noen i ryggen, som hadde sagt at det (var greit), stått sammen (med deg) og gjort det. Til å nesten ikke få den følelsen når du står alene om å ta avgjørelser en gang. Det blir liksom litt automatisk (nå), at det er det vi gjør.»* Informantene forteller at selv om ubehaget er redusert, forsvinner det ikke. De blir fortsatt konfrontert med det i enkelte situasjoner, selv om de har jobbet i mange år. En informant refererer til en situasjon der han slapp en pasient ut en tid tilbake: *«Da husker jeg at jeg fikk så vondt i magen at jeg måtte gå inn på vaktrommet og krøke meg sammen, og jeg tenkte: Åh, Herregud!! Hun kommer ikke levende tilbake.»*

Selv om flere forteller at det skjer en positiv endring med erfaring, i form av at det blir lettere å forvalte metoden, bruker alle strategier som hjelper dem å forholde seg til ubehag i slike situasjoner. De lener seg til kollegaer, journalnotat fra behandler, eller føringer i lovverket. Noen av informantene virker å ha aksept for at det er usikkerhet og ubehag knyttet til disse situasjonene, og at det er en del av jobben deres å forholde seg til dette ubehaget. Behandler kjenner ikke til andre seksjoner hvor personalet må forvalte så vanskelige beslutninger på så lavt nivå. Selv om behandlerne gjør grundige vurderinger av suicidalitet og risiko, og journalfører det, blir personalet likevel stående i situasjoner hvor pasienten er i affekt og de må ta stilling til om de skal underregulere eller regulere. Det er en stor utfordring for personalet, og enkelte opplever å streve mer enn andre i slike situasjoner.

For enkelte er disse situasjonene utfordrende på to måter. En ting er det personlige ansvaret de opplever å stå med i forhold til reell fare for liv og helse, som nevnt over. Det andre er frykt for å gjøre feil i forhold til behandlingsmodellen, og bli konfrontert med dette i etterkant. To i

miljøgruppen forteller at de en lengre periode opplevde at man kunne bli «arrestert» for det, dersom man gjorde feil.

De har begge opplevd en positiv endring ved at seksjonen har fått økt kunnskap om underregulering og at de selv har blitt flinke til å avlese atferd. Noen forteller om eget ubehag relatert til å ha gjort feil, og flere forteller om at andre/noen opplever å være redde for å gjøre feil, både vurderingsmessig og i forhold til modellen.

«Hvor går grensene? Det er det mitt ansvar å vurdere. Jeg får ikke så mye hjelp til det egentlig. Jeg får beskjed om at underregulering gjelder. Det er krevende situasjoner. Jeg får to beskjeder samtidig. Det er det mange som har sagt: Det er underregulering som gjelder, men vi har ansvar for liv og helse. Det finnes ikke noen fasitt på det, egentlig. Det tror jeg mange har slitt med. Og så sliter de med det at de føler veldig sterkt at de skal være lojale i forhold til den strategien som er valgt, slik at de er litt engstelige for å ta det ansvaret for å stå i det i forhold til liv og helse, men det er også vanskelig i forhold til det at de er usikre på om de er lojale i forhold til behandling eller ikke, når de vurderer sånne problemstillinger.»

For noen har ubehaget med å gjøre feil i disse situasjonene blitt betraktelig redusert ved aksept for at det er vanskelig, og økt mestring i form av blant annet bedre evne til å avlese og tolke atferden til pasienten. De opplever at det er åpent for å være ærlig om at man av og til går på appell, og at det er en del av en læringsprosess å se på disse situasjonene.

4.1.2 Å se på lidelse uten å lindre den psykiske smerten

Mange forteller om situasjoner der de føler veldig med pasienten, og må jobbe med seg selv for å holde tilbake behovet for å lindre eller foreslå løsninger på problemet. Jobben deres oppleves ikke enkel. Den innebærer at man må forholde seg til, og dele pasientens smerte, og samtidig kontrollere egne behov for å handle, fikse og lindre. Terapeuten må ikke handle på behovet for å lindre. Han skal bare se og bekrefte følelser og opplevelser. Det har vært og er en krevende omstilling: *«Hver gang behovet kommer for å si noe sånt som: Du må jo huske at, eller, ja, vi skal nok finne en løsning på et vis, eller, det går bra, eller noe sånt, så sier du ikke det, da sier du bare at: Det der høres veldig slitsomt ut.»* Behandler forteller at dette også er en stor utfordring for leger.

Leger er normalt veldig handlingsorienterte, og det har vært en prosess for behandler selv å legge om fra handling, til å bare bekrefte og dele psykisk smerte. Majoriteten av gruppen opplever at det er viktig og riktig å tåle dette ubehaget, fordi det er det som hjelper pasienten på sikt. Flere forteller om en prosess, hvor de har innsett at det ikke hjelper å trøste og lindre den psykiske smerten, og at den innsikten har kommet med erfaring. *«Det er blitt så klart for meg at det hjelper ikke å sette den personen på fanget mitt, og holde den inne i fanget mitt. Jeg ser så tydelig at det hjelper ikke! Det går feil vei!»*

De ser at dersom de møter pasienten og tilfredsstillende behovene for lindring gjennom støtte, omsorg og praktisk hjelp og veiledning, så er responsen regressiv. Mange forteller om situasjoner der de responderer på appell, og lindrer, eller at de ser at andre gjør det. Det er vanskelige vurderinger, og av og til klarer de ikke identifisere appellen før det «er for sent». Samtidig beskrives det at enkelte har større behov for å lindre og gi omsorg enn andre, og går oftere på appell. Før tydeliggjøringen av intervensjonene i Komplementær Ytre Regulering, jobbet man mer omsorgsorientert. Behandler beskriver at enkelte jobbet veldig objekt-relasjonsorientert, og flere i gruppen opplevde at enkelte jobbet for nært på pasientene. Grensene mellom personale og pasientene var utvisket og at det var «for mye» omsorg, som var sympatistyrte, og ikke empatistyrte, slik de forstår det.

4.1.3 Å la være å gripe inn ved mistanke om selvdestruktiv atferd

Enkelte opplever til dels sterkt ubehag ved å ikke gripe inn når man mistenker eller vet at pasienten driver med selvdestruktiv atferd. To av informantene ser for eksempel at det er feil å gå på appell, og at det ikke hjelper å regulere pasientene. De strever samtidig med at det er ubehagelig å oppleve konsekvensene av selvskading, i form av arr som pasienten må leve med resten av livet. Det oppleves som et etisk dilemma.

«Jeg synes vel egentlig ikke at man skal gripe inn og løpe etter og forsyne. Det har nok en forsterkende effekt. (Men) jeg har kjent mye på det at det er veldig vanskelig at pasienter skrives ut herfra (med) dype kutt som ikke er suturert og sånn. Jeg kjenner at det gjør mye med meg. Og jeg stiller meg spørsmål om man har gjort det man skulle da, altså?»*

*Merk: Det er kun dersom pasienten nekter, på tross av at de er blitt informert om konsekvensene, at kutt ikke blir suturert. Det er ikke praksis ved avdelingen å la være å suturere sår.

En annen sier at han flere ganger har strevd med måten de skal forholde seg til for eksempel selvd destruktiv atferd som tvang, og noen ganger har vært uenig i at atferd ikke blir stanset. Dette til tross for at han forstår at det er for at pasienten skal få anledning til å mobilisere sine egne ressurser. Det er flere som opplever ubehag i forbindelse med lignende situasjoner: *«Skal jeg gå inn? Hun har det så vanskelig nå, også skal jeg ikke gå inn.. Å stå i det, dag etter dag etter dag. Selv om du hører at det er riktig og det kommer til å virke på sikt, så går du med de følelsene hver eneste dag. Det er noen som synes det er vanskelig.»*

Størsteparten av gruppen virker ikke å streve med dette på denne måten. To informanter påpeker at det er mindre selvd destruktiv atferd som et resultat av at personalet ikke lenger gir respons på denne atferden. Det er mye mindre tvangsbruk, fordi man ikke går inn i en kamp med pasienten for å stoppe atferden.

4.1.4 utfordringer ved devaluering og idealisering

Når personalet ikke lindrer eller gir respons på appell på den måten pasientene har vært vant til, kan pasientene bli krenket. Dette skjer spesielt i starten av behandlingen. Pasientene er ikke vant til å få ansvar, og bli behandlet som voksne mennesker, forteller enkelte. Noen pasienter blir veldig devaluerende dersom de ikke blir møtt på appellen. En av informantene sier at det å tåle å bli devaluert, er en viktig del av jobben han skal gjøre. *«Når så dårlige pasienter som det vi har, forventer at vi skal gjøre jobben, og vi er avventende og ikke gjør det, så er det ubehagelig.»* Han fortsetter: *«Jeg må ta i mot en del ubehag. Jeg må tåle å bli devaluert. Jeg må tåle å få en del ubehag rettet mot meg, og jeg må tåle mitt eget ubehag.»*

Det å være regelstyrende med enkelte pasienter beskriver behandler som en situasjon som utløser sinne og devaluering fra pasienten. Få har uttalt seg om eget ubehag ved å bli devaluert, men noen snakker om at de får høre misnøye med behandlingsmodellen og andre personale fra pasienter. Det kan virke som pasienters meninger påvirker enkelte i personalgruppens egne forestillinger om eget arbeid. Det virker som om de opplever at pasientens uttrykte misnøye er en «sannhet» om behandlingen de selv eller kollegaer utøver.

To av informantene forteller om utfordringer knyttet til det å bli idealisert. Utfordringen de opplever, er at andre i personalgruppen blir fiendtlige mot den som idealiseres, og kommer med beskyldninger om at vedkommende forsyner pasienten/tilfredsstiller pasientens behov. En måte å håndtere det på, er å søke veiledning hos behandler.

4.1.5 Tvil om det er etisk riktig, eller omsorgsfullt og empatisk nok.

Noen få opplever at de av og til er i tvil om etikken, og opplever tvil i forhold til hvordan de og kollegaer forvalter sitt arbeid. De opplever at det blir brukt for lite tid til å diskutere etiske dilemma. En har tanker om at de kunne brukt mer overregulering for å hindre at pasientene fikk utføre så mye destruktivitet. Da ville ikke konsekvensene av det selvdestruktive blitt så alvorlig for enkelte pasienter. Det er ikke nødvendigvis det å endre det arbeidet de gjør som er målet med å ha etiske diskusjoner, men muligheten for å kunne snakke om ubehaget ved å kjenne på dette dilemma. De som strever med etikken, opplever at det er lite rom for å løfte frem tvil knyttet til om underregulering utføres empatisk nok. *«I teorien skal alt foregå på en vennlig, empatisk måte, men så er det jo ikke sånn, da. Jeg husker at jeg sa, en gang for lenge siden: Vi må huske å ha med oss empatien. Og det ble tatt fryktelig ille opp, fordi det var som om jeg insinuerte at folk ikke var empatiske, for det står det på papiret at du skal være».* Flere i gruppen, både blant de som strever og de som ikke strever med etikken, synes det av og til har vært liten vilje til å snakke om empati og etikk, og å løfte frem ulike perspektiver.

Majoriteten av gruppen mener at Basal Eksponerings-Terapi og Komplementær Ytre Regulering er empatisk og etisk riktig. De fremhever at det å ikke gå på appell, men underregulere, gir pasienten anledning til å mobilisere sine egne ressurser og bli selvstendig. De mener at det er uetisk å respondere på appell, fordi det hindrer pasienten i å utvikle seg. At pasienten kan oppleve seg krenket «her og nå» fordi de ikke får den omsorgen de opplever at de behøver, oppveies av den langsiktige funksjonshevingen. På spørsmål om han kunne gått tilbake og jobbet slik de gjorde før innføringen av KYR, svarer en av terapeutene: *«Nei, jeg tror ikke det! Fordi jeg tenker at da sitter du og ser på at kollegaer av deg gjør folk verre, i stedet for å hjelpe dem! Og du skal være en del av noe som jeg er helt overbevist om at vil gjøre den pasienten verre. Få det dårligere. Bli mer avhengig. Få mindre eget liv! Det hadde vært helt umulig! Det hadde vært uetisk det! Det hadde jeg følt i alle fall.»*

Behandler mener diskusjonen om modellens etikk, forsvarlighet og empati, ofte blir et tema i forbindelse med at personalet har vært i vanskelige situasjoner og valgt å regulere. Når det blir en diskusjon om det kunne vært mulig å handle annerledes, kommer tema helsepersonell-loven, etikk og empati på banen:

«Så oppstår den neste utfordringen. Det med underregulering. Det med å slippe ut pasienten og helsepersonell-loven, hvor hver enkelt er ansvarlig for sine handlinger. Jeg kan ikke si på dagtid, at hvis den personen vil ut i kveld, så slipper du ut personen. Jeg kan si det, men det har ingen gyldighet for personen. Så blir det det etterspillet, den etterpåkløskapan, det å komme på rapporter dagen etterpå eller etter en helg: Kunne vi gjort det på en annen måte? Kunne vi ha hatt mer is i magen? Det du støter på da er at personen føler seg kritisert. Og da har du det gående med en gang, og så får du det med etikk. Er det her etisk? En ting er at det er forsvarlig. En annen ting er om det er etisk, og er vi uempatiske?»

4.1.6 Balansegangen mellom å løpe etter og forsyne, eller bli for kjølig og avvisende

En utfordring flere påpeker med forvaltning av underregulering og regelstyring, er det å klare å være varm og empatisk, og avgrenset og tydelig samtidig. En metafor som brukes er at det er to grøfter å falle i. Den ene grøften er at personalet går på appell, og ikke klarer å la være å tilfredsstille pasientens behov. De ser og sympatiserer med pasientens smerte, og ender opp med å forsøke å lindre eller gjøre noe som pasienten opplever som støtte og omsorg. Den andre grøften er at man kan virke for avvisende, streng eller likegyldig. Denne utfordringen blir tydeligst ved bruk av regelstyring. Enkelte opplever at underregulering av og til misbrukes, og blir en unnskyldning til å ikke gjøre noe. Fem av informantene mener at underregulering av og til utføres av enkelte av personalet på en unødvendig kald og avvisende måte. En mener at behandlingen kan være mer omsorgsfull. De som tror at underregulering ikke tillater tilstedeværelse, misforstår.

«Jeg tenker at omsorg kan være underregulering. Her er underregulering en del av omsorgen. Men det betyr ikke at en ikke kan sitte og lytte og ta imot noe og være i noe sammen med noen. Det betyr bare at vi ikke skal gjøre noe med det.

Det er jo i mitt hode det som er den største forskjellen, fordi her er det opplevelsmodus og det å dele noe, som er det pasientene skal lære av, eller som er terapien.»

Et annet syn mener at det er helt riktig å underregulere, men at å underregulere og regelstyre er utfordrende og vanskelig, og at det derfor er fort gjort å underregulere på en måte hvor man oppleves for kjølig og distansert. Det er et tema som bør bevisstgjøres, mener disse. En av informantene beskriver personlige utfordringer ved å samtidig å være varm, vennlig, og avgrenset. Han reflekterer rundt at han kanskje blir for kjølig i noen settinger.

«Jeg kan kjenne på det at nå er du kjølig. Da tenker jeg at det er ikke det jeg skal være. Jeg skal være varm og vennlig, men avgrenset. Det er en hjelp til meg selv for å bli enda tydeligere på at kanskje det ser veldig kaldt ut? Kanskje pasientene opplever dette som kaldt? Kanskje er det noe jeg må gjøre her for å justere meg? Ta kritikken til meg, og kjenne på om det er noe som riktig her? Jeg har justert meg etter det. Jeg har jobbet med å moderere meg i forhold til å se meg selv utenfra.»

Flere av informanter mener at Komplementær Ytre Regulering forvaltes på en empatisk måte. De opplever ikke at andre i personalgruppen er ufine, kalde eller avvisende, og kjenner seg ikke igjen i fremstillingen av underregulering som kaldt, avvisende eller uempatisk. De som er gode på underregulering er gode på bekreftelse og empati, men samtidig er de tydelige og ansvarliggjørende, forteller to av informantene. Flere i gruppen, inkludert behandlere, mener at det er vanlig at pasientene opplever det vanskelig å ikke få respons på appell. De er ikke vant til å bli ansvarliggjort, og å bli behandlet som voksne, likeverdige mennesker, og reagerer instinktivt med å devaluere personalet og behandlingen: *«Jeg kan ikke løse ting for folk, og det er ubehagelig for folk (pasientene). Når så dårlige pasienter som det vi har, forventer at vi skal gjøre jobben (for dem), og vi er avventende og ikke gjør det, så er det ubehagelig (for dem).»*

4.2 utfordringer i personalgruppen ved kollegasamarbeid

Komplementær Ytre Regulering stiller store krav til samarbeid mellom alle i gruppen. Det er sentralt at alle jobber på samme måte, fordi usystematisk forsterkning av atferd, kan forsinke og hindre pasientens utviklingsprosess. De to hovedutfordringene i gruppen er knyttet til koordinering og arbeidsklima.

4.2.1 Koordinering av behandlingen når personalet forstår atferd forskjellig eller er uenig med modellen

Koordinering gjøres kontinuerlig. Behandlerne coacher personalet på hverdager, i forhold til hvordan en skal møte hver enkelt pasient i miljøet. Koordinering er det verktøyet de bruker for å sikre at alle forvalter behandlingen på samme måte. Å være godt koordinert gjør at de lettere kan håndtere vanskelige situasjoner og forvalte arbeidet, fordi de er enige om hvordan de forstår et fenomen og hva som skal gjøres.

«Hvis ni stykker driver med underregulering, og en driver med regulering, så slår det bena under alle de ni andre. Ikke helt, men til en viss grad så gjør det det. Så det stiller store krav til koordinering, og til å holde seg til det man har blitt enige om. Å ikke gjøre slik en dag, fordi du tenkte at i dag så var det slik du hadde lyst til å gjøre det. Du må holde deg til det hele tiden. Det bestemmes i behandlingsmøte, og så har vi et koordineringsmøte. Så må det inn i behandlingsplanen.»

Det er store utfordringer knyttet til koordinering. Utfordringene gjelder på den ene siden manglende forståelse, og på den andre siden manglende vilje og uenighet. Flere er inne på det at de forstår ting forskjellig, og at enkelte ikke avleser atferden på samme måte som de andre, som opplever å beherske det. Enkelte opplever utfordringer i samarbeid med kollegaer som noe av det vanskeligste i forvaltningen av sitt arbeid.

«Det er ikke veldig ok å se på de regressive responsene hos pasientene. De responsene handler veldig mye om at ting ikke henger sammen, eller at vi ikke bruker verktøyene våre riktig. Det handler mye mindre om pasientene enn det handler om oss! Det handler om oss når det gjelder KYR. Er vi avgrenset og ansvarliggjørende, så blir pasientene det også».

Noen er i følge behandler og andre, redde for å vise at de strever med metoden. Det medfører i noen tilfeller at de unnlater å synliggjøre hva de gjør, og lar være å ta det opp i fora der det er mulig å se på det sammen. Dette gjør jobben svært vanskelig. I Basal Eksponerings-Terapi må du kunne spille på lag, og følge instruksjoner, sier den andre behandleren. Noen er direkte uenige i modellen, og velger av og til å styre sine handlinger ut fra det:

«Noen er mer egenrådige og har sterke meninger. De tenker: «Nei, dette går ikke. Nå er det nok! Nå får underregulering bare være underregulering. Da får du den ukoordinerte forsterkningen av dysfunksjonell atferd. Pasienten får en forsterkning, og så tas det ikke opp som en utfordring man står i, og kanskje det heller ikke rapporteres at det skjedde»

Behandler avleser at dette skjer i pasientens regressive respons. Enkelte er av den oppfatning at behandler kritiserer dem uten at han vet hva de egentlig gjør når de er sammen med pasienten. Hvis han visste det, så ville han ikke ha kritisert dem. Det kommer også frem at enkelte bevisst velger å la være å rapportere en del av det de gjør, fordi de er redde for reaksjonen, eller fordi de vet at det vil bli kritisert.

4.2.2 utfordringer knyttet til opplevelsen av at det ikke er et åpent rom, at du kan bli kritisert, og at egne opplevelser ikke blir verdsatt og inkludert

De fleste i gruppen påpeker at det er utfordringer knyttet til samarbeidsklima. Det har rådet og råder blant enkelte, sterkt ubehag med opplevelsen av å bli kritisert, og å bli beskyldt for illojalitet. Tre informanter forteller om at de selv eller andre har blitt kritisert. De er uenige i kritikken, eller mener det dreier seg om misforståelser. Kritikken som kan komme når noen har gjort noe «feil» oppleves av enkelte å gå på detaljnivå, «*Hvordan man er. Hvordan man sier ting. Hvordan man ikke sier ting. Hvilken holdning man utstråler. Som kan være vanskelig å definere.*» Det som beskrives, er at når Komplementær Ytre Regulering ble innført, og de drev og lærte seg å bruke underregulering, var det flere som var preget frykt for å gjøre feil hele miljøet. Å gjøre feil virker å ha vært sidestilt med det å respondere på pasientens appell med omsorg. Det medførte at enkelte i personalgruppen lot være å svare pasientene, eller «gjemte» seg på kontoret i enkelte situasjoner.

Alle som snakker om dette opplever at det har endret seg i positiv retning med større forståelse av KYR. Enkelte påpeker spesielt betydningen av at evnen til å avlese atferd har blitt bedre. Det har gjort dem tryggere på at de forvalter KYR riktig.

Enkelte forteller at de opplever at det ikke er et åpent rom hvor de kan komme frem med det som opptar dem. Flere kollegaer som selv opplever at det er plass for egne meninger, inkludert behandler, vet at det ikke oppleves slik for alle. To informanter som selv opplever å mestre godt, anerkjenner behovet for dette rommet. *«Det er ikke rom. Og det er kjempe-skummelt for hele behandlingen, fordi det rommet må vi ha. Det rommet er kjempeviktig»*. En opplever at den biten med å ta godt nok vare på hverandre i personalgruppen, er for dårlig ivaretatt. Når noen prøver å si noe om at det er vanskelig for dem å forvalte noen oppgaver, opplever de å bli møtt med korrigerende og råd, ikke med bekreftelse. *«Folk som sier: det var vanskelig for meg, de får høre at du skulle gjort det sånn. De får ikke den bekreftelsen: nei, det var vanskelig det, det er ikke så lett i en sånn situasjon. Du får ikke den kommentaren, du får bare: og sånn skal du gjøre det!»*

Kontrastene i gruppen er store i forhold til hvordan de opplever sitt arbeidsmiljø. Flere av informantene har en opplevelse av å ha god tilgang på kunnskap. De har gode kollegaer som er en betydningsfull støtte i forvaltningen av arbeidet. Fagligheten i seksjonen blir lagt merke til av lederne, og for personalgruppen er det faglige en ressurs og en inspirasjon. Enkelte opplever at veiledningen i seksjonen har bra kvalitet og er nyttig, mens andre opplever det lite nyttig. Mange i miljøpersonalgruppen opplevde individuell veiledning med en innleid terapeut som veldig nyttig. *«Det gjorde stor forskjell for meg! For hvem jeg var oppe i dette. Hvem jeg ønsket å være, og hvordan jeg skulle få til det.»*

Det er sprik i gruppen som forvalter modellen i hverdagen, i forhold til hvordan de opplever at opplegget er blitt veldig strukturert. 7 informanter er positive, inkludert behandlerne, mens fem har fra moderate til sterke motforestillinger. De positive fremhever strukturen i forhold til gode rammer rundt eget arbeid som ivaretar at arbeidet blir effektivt og godt koordinert. Strukturen er ansvarliggjørende, meningsfull og strukturerende for pasientene. Den sikrer at hver pasient får samme oppfølging og tilbud. *«Udelt positivt! Selv om det er krevende, så er det mye mer spennende å jobbe. Målene blir mye klarere, for deg selv, også pasientenes mål. Du jobber mye mer samlet. Alle drar i samme retning, i stedet for at det spriker i alle retninger. Altså, det er mye mer tilfredsstillende!»*

Tre informanter opplever strukturen for rigid. Det ødelegger for anledninger til samhandling med pasientene, og for å kunne ta opp ting med kollegaer, som man trenger å vite. To har kun enkelte innvendinger mot strukturen. De tror at for stor grad av rigiditet og struktur kan medføre at viktige synspunkt ikke kommer frem, og at kreativiteten i arbeidet kan bli borte. Enkelte kan miste engasjementet fordi de ikke føler seg delaktig i opplegget.

«Jeg opplever det både positivt og negativt. Jeg frykter at man ikke skal klare å stoppe å strukturere seg. På et eller annet tidspunkt må det vel være nok struktur? Vi bor i en del av verden der vi har behov for å strukturere oss hele tiden. Og gjøre noe nytt, og hele tiden lete etter nye og bedre måter (å gjøre ting på). Det går en grense. På et eller annet (tidspunkt) må man lande og jobbe. Jeg er litt redd fokuset på strukturen er blitt litt for viktig. Man mister noe vesentlig.»

4.3 Årsaker til vansker med å forvalte Komplementær Ytre Regulering (KYR)

For å forstå om og hvorfor noen strever med å forvalte KYR, ble dette spørsmålet stilt til alle som har nær kontakt med praksisfeltet.

4.3.1 Manglende forståelse og mestring av modellen

Både behandlere og flere i personalgruppen tenker at manglende forståelse og mestring av modellen er årsak til at noen ikke klarer å forvalte KYR. *«Man skjønner ting på to nivåer. Man forstår det helt med en sånn ryggmargsrefleks. Dette her med hvilken avstand man bør ha, hva som virker regressivt og hva som ikke (gjør det). Noen forstår det helt. Noen tror at de forstår det helt, men så bruker de mye egostøtte allikevel.»* Dette medfører som nevnt store utfordringer i koordinering, fordi det blant annet kan høres ut som om man er enig, men når de går ut og jobber, så handler personalet helt forskjellig. Det kan skape forvirring og tvil i forhold til hvordan en skal håndtere forskjellige situasjoner. *«Det blir litt vanskelig. Hvis jeg har ansvaret da, (og sier) at nå skal vi ha en koordinering før vi gjør ting, og så får du sånne argumenter som du egentlig er uenig i. Av og til så lar jeg dem gjøre det, selv om jeg mener noe annet.»*

Flere i gruppen opplever at enkelte kollegaer ikke fullt ut forstår appell, og derfor ender opp med å gå på appell og tilfredsstille pasientens umiddelbare behov. En av årsakene til dette, tror de kan være at enkelte opplever at det er slemme å identifisere appell, trussel og krav. Man burde ikke gjøre det, for det er ikke sikkert at det er det. Det er slemme å si at pasientene forsøker å oppnå noe med atferden sin. Enkelte forstår pasientens henvendelser som voksne og ryddige, og overrapporterer i følge behandler på hvor dyktige pasientene er. Behandler opplever det viktig å utvise nøkternhet i forhold til pasientens utvikling. En forteller at det har vært vanskelig å etablere en nøytral holdning til bruken av begreper som appell og regressiv atferd for å beskrive og forstå atferd og sikre gode intervensjoner.

«Det å bruke det fagspråket for det det er, et adjektiv, som er helt verdinøytralt. Det er veldig vanskelig når man skal jobbe med implementering. Her er det noe som har vokst seg opp, nedenfra og opp. Vi hadde ikke noen ledelsesforankret trygghet i forhold til at nå skal vi introdusere et språk, som er et hjelpemiddel til å forstå og avlese atferd. Da må vi bruke faguttrykk som på folkemunne kan virke støtende, men som bare er ment å skulle være et støttespråk til det vi holder på med. Appell, krav eller trussel, det er ikke pene ord.»

Noe som hjelper for å ha et empatisk blikk på atferd, er å forstå den ut fra DMM-modellen til Crittenden (Crittenden, 2008). *«Det er lettere å være empatisk med et menneske som gjør en del handlinger som er grunnleggende uspiselige eller ubehagelige å forholde seg til, når man avleser det i et beskyttelsesperspektiv: Jeg gjør det fordi jeg ikke kan noe annet, fordi det gjør så vondt.»*

Enkelte peker på vanskelig språk og begrepsbruk i modellen som en mulig årsak til at enkelte strever med å forstå modellen. Øverste leder er imponert over den integrerte terminologien, men mener at behandlingsmodellen krever et visst abstraksjonsnivå hos de som skal forvalte den. En forteller at når han skal forklare modellen til andre, så knytter han det til vanlige kjente begreper, som ansvarliggjøring og autonomi. *«Å få implementert det på andre steder handler vel om å skape forståelsen. Det er kanskje lettere hvis man forklarer det med at det er ansvarliggjøring. Ansvarliggjøring hører til selvstendighet og autonomi, og det er vel et mål for alle?»*

De som har enkelte innvendinger mot behandlingsmodellen, har et annet syn på manglende forståelse.

De mener at det egentlig ikke forekommer så mye forsyning. Det at noen tror det, baserer seg på misforståelser og manglende kunnskap om hva den enkelte egentlig gjør når han er alene med pasienten. De mener at enkelte tror at underregulering er det samme som regelstyring, eller å ikke gjøre noen ting, og være helt fraværende. Årsaken til denne tenkningen tror de er at enkelte ikke forstår forskjellen på holdninger og prinsipper, og regler. Enkelte forvalter underregulerende holdning galt, fordi de er redde for å gjøre feil. De ender opp med å ikke gjøre noen ting, fordi de er redde for å bli beskyldt for å forsyne. *«Det var en periode at man var mer opptatt av hva kollegaen gjorde, enn faktisk å gjøre en jobb selv. Og da blir det slitsomt. Og det førte til at folk ble så usikre at de ble handlingslammet, rett og slett.»* De opplever at det har skjedd en bedring den siste tiden. De tror det kan skyldes at en har vært på ulike ytterkanter en periode, fordi forståelsen ikke har vært integrert. Det er en del av en naturlig utviklingsprosess.

4.3.2 Uenighet med modellen

Flere tror at en av årsakene til at noen ikke forvalter KYR riktig er at de tror sterkt på det de gjorde før, og er uenige i endringer som er gjort. Enkelte i gruppen er uenige i deler av metoden, og velger av og til å handle på tvers av koordinerte tiltak. Noen gir åpent uttrykk for uenighet med måten behandlingen har utviklet seg på. De som gir uttrykk for uenighet, mener blant annet at det burde være mer fokus på relasjon, mer omsorg, og sosial hjelp og støtte i enkelte tilfeller. I tillegg mener de at det er overdreven bruk av underregulering og regelstyring. De er også misfornøyde med innføringen av en stram struktur, som oppleves for rigid. Blant de som er uenige, er det tanker om at de og andre ikke «eier» det de driver med lenger. Behandlingen er ikke alltid riktig, og behandlingstiden har blitt for kort. Det vises til at tidligere pasienter understreker betydningen av tid i deres utviklingsprosess. Uenighet medføre at enkelte handler på tvers av modellen i enkelte situasjoner.

4.3.3 Egne emosjonelle behov kommer i konflikt med forvaltning av Komplementær Ytre Regulering (KYR)

9 informanter mener at enkelte ikke alltid klarer å forvalte KYR fordi de har egne behov som kommer i veien, eller får vanskelige følelser, som de ikke klarer å håndtere.

«Det er det omsorgsbehovet de har. Det dekker deres eget behov. De må være oversympatiske, og bære pasienten.»

Det dekker et eller annet behov som personalet har selv. Er det bekreftelse? Det er å være nyttig, føle seg behøvd, og likt, og være en viktig person for den pasienten. Det er også sånn at av og til virker det som at de får en tilfredsstillelse, og sluker pasienten. Omfavner pasienten og tar over hele livet. Jeg skjønner ikke hvordan de klarer. Til og med på fritiden. Og det kommer jo ingen vei! Du bare holder pasienten her hvor hun har vært (hele tiden). Så jeg tror at det er der det ligger, (at det er) personalet sine egne behov. (Det er) forskjell på det å være en hjelper, og en som nesten går i ett med pasienten.»

Behandler forteller at terapeuters egen tilknytningshistorie definitivt spiller inn i forvaltningen av arbeidet. Når personalet fikk anledning til å jobbe med og utforske egen affektfobi i individuell veiledning, skjedde det et kvantesprang i utviklingen til flere i gruppen. Noen erkjenner åpent å ha egne behov som de må håndtere. De reflekterer over det og forteller at de regulerer seg selv i behandlingssituasjoner. De kan for eksempel få lyst til å lindre, fordi de syns synd på pasienten. «Noen ganger så er det vondt å se på at noen er veldig lei seg, og du går ikke og letter på den byrden. Du kunne egentlig tenkt deg (å gjøre) det.» Et stort behov for å gi omsorg mener en av informantene er en ekstra utfordring når du jobber med KYR.

Flere påpeker at enkelte kan bruke underregulering i form av en mer avvisende variant, til å distansere seg fra pasientarbeid. Det sies ikke eksplisitt, men kan forstås som at det er behagelig å ha distanse til det pasienten strever med. Det er ikke nødvendigvis lett å ta opp utfordringer relatert til dette.

«Det har ikke blitt tatt i mot så bra, når folk stiller spørsmålstegn ved kollegaers empati. Da har noen blitt sure på grunn av det, for det er ikke det det dreier seg om. Jeg syns, og det er min personlige mening, at det av og til har vært på sin plass! Uten at jeg er enig i at det skal brukes på den måten, men fordi jeg ser at mange kan bli for bryske og korte, og nesten avvisende til en pasient, hvor det var helt kontraindisert. Det er den andre siden.»

4.3.4 Ulik forståelse av empati og omsorg

Flertallet inkludert behandlerne, mener at empati er å styre sin respons til hva som er riktig for pasienten på sikt. De styres av at pasienten skal oppnå selvregulering. Det er ikke mulig dersom ikke terapeutene kan gjøre noe som oppleves ubehagelig her og nå.

Denne gruppen mener det er etisk riktig, respektfullt, og omsorgsfullt å jobbe på denne måten. Dette synet bygger på forståelsen av at det å respondere på appell og lindre smerte, er regresjonsfremmende, og hindrer pasienten i å bli autonom og selvregulert. *«Det er til deres beste at de ikke får bruke smerten til å få en fordel. Da glemmer de smerten, fordi det er deilig å få den gevinsten. Da er de i det samme utføret som de har vært. Det (ansvarliggjøring) er jo ikke gjort for å være jævlig, det er for å hjelpe, og rettlede folk på veien.»* Handlingene til terapeuten kan oppleves smertefulle for pasienten her og nå, men det har en god hensikt. Det de drev med før Komplementær Ytre Regulering, var ikke empati, men sympati. De syntes synd på, og prøvde å forstå og lindre smerten her og nå. Det hjalp ikke pasienten på sikt. *«Nå gjør vi akkurat det motsatte (lar være å respondere på appell), og det skjer ingenting. De (pasientene) finner andre måter å håndtere det på. Jeg klarer ikke å se at jeg skal gå tilbake (til slik vi jobbet før), selv om dette gjør litt vondt.»* Denne gruppen sier at de som strever ikke klarer å ta det perspektivet at empatien ligger der fremme, og har tro på den objektrelasjonsorienterte måten de jobbet på tidligere.

4.4 Opplevelser av hva som hjelper terapeuten i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering (KYR)

Å forvalte KYR oppleves utfordrende for alle informantene. For å kunne nyttiggjøre seg av deres erfaringer, er det viktig å prøve å forstå hva som hjelper den enkelte til å forvalte sitt arbeid.

4.4.1 Forståelse av behandlingsmodellen og erfaring med at det virker

Mange forteller at når de som gruppe og på enkeltnivå har fått bedre forståelse for komplementær ytre regulering, og har blitt flinkere til å avlese atferd og regressive responser, har det endret deres stressnivå. De føler seg tryggere, og er heller ikke redde for å si fra dersom de ikke klare det og ender opp med å gå på appell. En forteller om en av sine første erfaringer med å underregulere:

«Da fikk jeg prøve det selv, og se at det fungerer. En pasient hadde en greie der hun hadde en atferd som var appellerende, blant annet trusler om å ta sitt eget liv.»

Før KYR prøvde vi med avledning, og å stoppe atferden. Men så sluttet vi helt med det, defokuserte atferden og låste opp døren dersom hun ville ut. *Og det fungerte! Jeg så at det fungerte. Så fikk jeg tak på hva det er vi skal. Det er dette vi driver med. Da synes jeg det var kjempegøy og kjempespennende!»**

*historien er omskrevet for å sikre anonymitet

Alle informantene har blitt styrket av erfaringen med at å se at underregulering virker. De ser at det å bruke underregulering reduserer dysfunksjonell atferd, og fører til progressive responser hos pasientene. Flere av informantene viser i intervjuene en genuin glede når de forteller om pasientenes mestring og verdighet. En av informantene beskriver at han synes situasjoner der pasienten lider og appellerer er vanskelige, men at han styres av sin forståelse og erfaring med å forvalte KYR.

«I sånne situasjoner er det ikke noe greit. Det er vanskelig å forholde seg til. KjempEVanskelig! Samtidig ser jeg appellen, og jeg vet veldig godt at det å gå på en appell gang på gang på gang på gang, det hjelper ikke den pasienten! Da vil hun fortsette å bruke det virkemidlet. Så jeg vet at selv om det er kjempeubehagelig, og det skriker inni meg at jeg må gå og se, vil ikke det få den pasienten videre.»

Det å bli god på å avlese pasientens respons er sentralt i forhold til å styre egen atferd, og har utgjort en stor forskjell for mange av informantene i deres personlige utvikling som forvaltere av KYR. Avlesning av pasientens respons beskrives som en rettesnor for om behandlingen utføres på riktig måte, antiregressivt, og til å justere opplegget. Tro på modellen etter erfaring med at det virker, hjelper den enkelte å stå i det utfordrende arbeidet. *«Jeg kjenner tilfredshet når jeg klarer å underregulere, selv om jeg kjenner at jeg har lyst til å gjøre noe annet, fordi jeg vet at det er det som er det riktige.»*

4.4.2 Positive erfaringer fra å forvalte Basal Eksponerings-Terapi (BET) og Komplementær Ytre Regulering (KYR)

Samtlige i gruppen har positive opplevelser og erfaringer med å jobbe med behandlingsmodellen. Den positive endringen de ser hos pasientene, og erfaringen med at det er mulig for pasientene å bli friske er en sterk motiverende kraft.

Behandlerne og flere andre, opplever det motiverende at de kan hjelpe veldig dårlige pasienter å få et mye bedre liv, og holder frem den store forskjellen det utgjør for dem. Flere i gruppen bekrefter at det gjør at jobben oppleves meningsfull. Det gir håp til pasientene, men også til personalet. *«I den grad jeg blir privat rørt, så er det fordi vi behandler pasienter som har hatt 1 år, 2 år, 3 år på sikkerhetsavdeling, som plutselig blir mennesker i verden igjen. Og synlige. Sånt blir jeg berørt av»*. Det at pasientene opplever seg sett, likeverdige og får valg og ansvar, knyttes til ord som opplevd respekt og at pasientene får verdigheten sin tilbake. En forteller at det er en viktig verdi hos ham at mennesker skal få være autonome, og bestemme over eget liv. *«Jeg vil ikke ha noen formening om hvordan andre skal leve sitt liv. Folk er ansvarlige for det selv. Jeg tenker at det ligger mye respekt i det, for meg i alle fall. Det med at jeg lever livet mitt slik som jeg ønsker. (Pasientene) må få muligheten til det.»*

BET og KYR oppleves ikke bare utviklende for pasientene. Flere av informantene opplever at det har betydd mye for dem i deres egen selvutvikling, og at de tar med seg kunnskapen i mestring av eget liv, og som fagpersoner. Å utvikle seg som terapeut samtidig med pasientenes utvikling, oppleves som ekte likeverd i relasjonen. *«Jeg har følt meg likeverdig pasientene. Det er sånn jeg tror det er å være pasient her. Du begynner å skjønne begrepene i behandlingsprosessen når du er på vei til å utskrives. Slik har det vært for meg. Jeg er ute og jobber med noe, som jeg i etterkant skjønner at det er det det er.»* Den stadige fagutviklingen og akkumulering av økt kunnskap oppleves veldig tilfredsstillende for de aller fleste i gruppen, inkludert behandlerne. Flere opplever at de har lært gode verktøy. De har en opplevelse av at de virkelig kan noe. *«For mitt vedkommende har jeg brukt bekreftende kommunikasjon som en affektregulerende tilnærming. Som en type: «Jeg ser deg»– kommunikasjon, som jeg tenker har vært et helt nødvendig verktøy, i hvert fall for meg»*. Behandlerne, ledelsen og flere i miljøgruppen forteller at de opplever den sterke nedgangen i tvangsbruk og medisinerings som veldig positiv for pasientene, og belønnende for dem selv.

4.4.3 Utvikler evnen til å tåle egne følelsesmessige reaksjoner

Enkelte uttrykker at det å ha toleranse for og god kontakt med egne følelsesmessige reaksjoner er en viktig forutsetning for å utføre arbeidet på en god måte. Det å ikke være redd for følelser er til stor hjelp i arbeidet. *«Jeg kjenner at det er ubehagelig, og jeg kjenner at det kan være vondt. Men jeg vet hva slags funksjon det har, og da er det ikke så smertefullt.»*

De som forholder seg til følelser på denne måten, mener at det å skape, og ha rom for egne følelsesmessige reaksjoner, er viktig for å være en god terapeut. De anerkjenner at det å være terapeut i Basal Eksponerings-Terapi er smertefullt. *«Jeg tror en ting, en forutsetning for å kunne jobbe med Komplementær Ytre Regulering, det er at man anerkjenner at man sliter med det man gjør, og at motoverføringer er kjempe al right, og at det er bra, og at det er slit. Innimellom.»* Disse opplever at det alltid er vondt i situasjoner der de underregulerer, og ikke lindrer og forsyner. De aksepterer denne smerten som en viktig del av det arbeidet de gjør. Den er veiledende i forhold til at det også er smertefullt for pasienten å være i behandling. *«Jeg synes det er et ubehag. I de (utfordrende) situasjonene så er det ubehag, og jeg tenker at det er bra at det er et ubehag! Det skal være et ubehag. Da er jeg på jobb! Jeg kjenner på et ubehag. Jeg har et ubehag med å ha denne jobben. Jeg får betalt for ubehaget. Det er en del av det å jobbe med mennesker.»*

4.4.4 Bekreftende kommunikasjon som terapeutens viktigste verktøy

Å være god på bekreftende kommunikasjon beskrives av flere som det viktigste verktøyet i Basal Eksponerings-Terapi, og i forvaltningen av KYR. Å treffe med bekreftende kommunikasjon er å se den andre i sin smerte. Behandler opplever denne handlingen som ytterst empatisk. Hvis man ikke klarer det, går man glipp av noe behandlingsmessig. Det er så sentralt å kunne være akkurat der pasienten er følelsesmessig. Å kunne bekreftende kommunikasjon har gitt flere større trygghet i arbeidet. Tre av informantene sier at er man god på å bekrefte, så er man god på underregulering.

«At man klarer å se pasienten. Se det som er så håpløst og vanskelig, men samtidig ikke gjøre som pasienten vil! Da tror jeg at man har fått det til! Hvis pasienten skriker om å få noen til å passe på seg, så gjør man ikke det som pasienten vil, men pasienten føler seg forstått og sett. Ikke at man absolutt ikke skal gjøre som pasienten vil, men ofte så er det det som skjer når man underregulerer. Jeg tror ikke det går å bruke KYR uten bekreftende kommunikasjon!».

Flertallet i gruppen presiserer at det ikke er bra å bruke KYR uten å bruke bekreftende kommunikasjon.

Bekreftende kommunikasjon motvirker at KYR oppleves avvisende eller moraliserende. Bekreftende kommunikasjon øver de på hele tiden, og det anvendes parallelt med underregulering. Dette er de to hovedintervensjonene sier de.

«Bekreftende kommunikasjon er viktig å bruke når man skal bruke KYR. Det er de to tingene sammen som fungerer veldig bra. Det handler om å ikke komme opp med pekefingeren. Jeg tenker at da kunne det fort ha blitt en avvisning. Hvis man bare hadde underregulert, og ikke hatt dialog, empatisk, bekreftende, avgrenset dialog, så ville man kanskje ikke ha skjønt det, men tenkt at hva er det de (personalet) driver med? Driver de bare og avviser meg?»

4.4.5 Kollegaers støtte som betydningsfylt i forvaltning av Komplementær Ytre Regulering (KYR)

Kollegastøtte er betydningsfullt for flertallet av informantene. De som opplever å ha kollegastøtte, har stor glede av det. Opplevelse av manglende støtte er tilsvarende slitsomt og vanskelig. Å ha en felles forståelse og klare å samarbeide om oppgavene oppleves veldig tilfredsstillende. *«Var det i realiteten fare for helsen? Etter hvert så fikk vi en (felles) forståelse for at selv om det er fælt (at pasientene tar destruktive valg), må de ta ansvar selv. Ellers kommer vi ikke videre. Det skapte en sånn trygghet i ryggen. Vi har et koordinert behandlingsopplegg! Det var koordinert at sånn skulle vi gjøre det!»* Mange bruker kollegaer aktivt, og spesielt de kollegaene som de vet er enige med dem i hvordan man skal forvalte KYR. Kollegaene er en støtte i å vurdere situasjoner, dele ansvar i vanskelige beslutninger, og til å kunne dele vanskelige følelser som oppstår hos den enkelte i forvaltningen av arbeidet. Kollegaer er viktige i forhold til å kunne dele egne reaksjoner på å forvalte KYR. *«Det å kunne blåse ut til en kollega at du synes at: dette er så pyton! Det gjør så mye med meg, og kunne si at: herre gud, jeg synes så synd på henne! Jeg holder på å gå i stykker! Det å kunne si sånne ting, og at det er lov å si det.»*

Å få til godt teamarbeid oppleves tilfredsstillende faglig. Informantene erfarer at de kan få til mye og tåle mye mer usikkerhet, når de jobber som team. Behandler forteller at hun kan tåle å ha utrolig mye is i magen og ansvar i enkelte saker, fordi hun har gode kollegaer i ryggen. Den andre behandleren forteller om gleden over å se kollegaer mestre og utvikle seg.

Behandlergruppen og to andre informanter tar opp eget behov for å ha støtte hele linjen opp i organisasjonen. Det er betydningsfylt. Øverste leder er bevisst behovet for støtte når man forvalter en utradisjonell tilnærming.

4.4.6 Lovverk og organisering

Flere i gruppen forteller at det utgjør en stor forskjell for dem at lovverket støtter det arbeidet de gjør. For en informant gjorde lovverket det lettere å håndtere diskusjoner om etikk. En annen sier at det utgjorde en enorm forskjell i forhold til å skulle forvalte Komplementær Ytre Regulering, at det står i retningslinjene at de skal jobbe på denne måten, tørre å tåle usikkerhet. Da ble det legitimt å forvalte arbeidet på den måten de gjør. *«Når er du komfortabel med å låse opp døren? Når blir du det? Det var det fryktelig mange som var kjemperedde for, og det skjønner jeg godt. Jeg var en av de som turte. Det var lovverket som gjorde at jeg aktivt satte i gang. At det var klart og på bordet, alt i fra ansvar her og helt opp til departementet. Det var viktig for meg!»* Veilederen fra Helsedirektoratet brukes også som en støtte og forklaring på at personalet må tåle å jobbe med usikkerhet og ubehag, at det forventes i arbeidet med kronisk suicidale pasienter. *«Veilederen til Helsedirektoratet sier at vi skal gjøre det (forvalte usikkerhet). Vi skal leve med usikkerhet. Det er en del av jobben vår. Vi må forvente det».*

Flere i personalgruppen opplever trygghet gjennom at behandlerne lager gode journalnotat, og tar ansvar. Personalet leser journalnotater og veiledes av føringene der. Hvis det står der at det skal forvaltes med underregulering, så er det mye enklere å stå i vanskelige situasjoner. Behandlerne er bevisst sin rolle, og tar på seg det ansvaret. En av dem opplever det godt å kunne være til nytte gjennom å fylle denne rollen, og vise at hun tar det overordnede ansvaret. Hun opplever at det er viktig for personalet at hun kan være en støtte i enkelte situasjoner. Hun forteller om en situasjon hvor hun hjalp personalet i å vurdere hvordan de skulle håndtere at en pasient som hadde gått ut i skogen, og kom med trusler om å skade seg og ta livet sitt. Hun opplevde at det var mye lettere for personalet å ha «is i magen» i den situasjonen, når hun tok på seg ansvaret for vurderingen. Hun opplever slikt samarbeid givende og meningsfullt.

5 Diskusjon

Jeg har valgt ut noen tema jeg vil diskutere. Det første tema er hva terapeuten trenger for å klare å underregulere når de kjenner på egen frykt og usikkerhet. Det andre tema handler om hvordan terapeuten kan jobbe med å akseptere smerte, uten å lindre pasientens umiddelbare behov, og hva det egentlig er å være empatisk og omsorgsfull i denne sammenhengen. Til sist diskuteres faktorer ved de to viktige funn; betydningen av å kunne avlese atferd, og utfordringer ved å være bekreftende og varm, samtidig som man er ansvarliggjørende og avgrenset.

5.1 Hva trenger terapeuten for å klare å underregulere når de kjenner på egen frykt og usikkerhet?

Personalet som forvalter underregulering havner stadig i situasjoner hvor de må vurdere om de skal forstå atferden som appell, trussel og krav, eller reell fare for liv og helse. For å forvalte underregulering må personalet klare å håndtere slike situasjoner, uten å gå inn i en diskusjon med pasienten på grunn av egen usikkerhet. I tradisjonelle akuttseksjoner ville pasienten blitt spurt om hva hun skal, og om hun har selvmordstanker eller planer, dersom personalet følte seg usikre. Personalet som forvalter en underregulerende holdning, skal prinsipielt ikke gjøre dette. Hvis terapeuten begynner å stille spørsmål ved om pasienten klarer å ta ansvar, kommer pasienten i en underlegen posisjon, ledsaget av ubehagelige følelser som avhengighet, maktesløshet og forvirring (Saltzman, 2011). Det er ikke i tråd med å bli møtt som en likeverdig voksen som kan ta ansvar for eget liv.

I seksjonen kan ekstravakter uten helsefaglig utdanning i prinsippet bli stående i situasjoner der de må gjøre vurderingen om hvorvidt de skal låse opp døren og slippe pasienten rett ut, eller velge å stoppe pasienten, og kanskje handle på tvers av føringer fra behandler. Det er et stort ansvar å legge på den enkelte. Selv om behandlerne har og tar det endelige ansvaret, er det sannsynlig at det ville oppleves ubehagelig å være den som slapp ut pasienten dersom noe går galt. Enkelte i personalgruppen viser til Helsepersonell-loven og enkeltindividets ansvar når de har valgt å regulere pasienten. Det kan virke som et forsøk på å legitimere det valget de har tatt i situasjonen, og/eller være et reelt uttrykk for tvil om hvordan de ville bli holdt ansvarlig dersom det skjedde noe alvorlig med en pasient.

Det kan tenkes at personale som kjenner seg veldig usikre i disse situasjonene har behov for at noe utenfor dem selv kan legitimere deres opplevelse. Tatt i betraktning at resultatene i studien viser at enkelte opplever angst for å bli kritisert, tyder det på at helsepersonell-loven kan fungere som en nødvendige støtte de ikke opplever å få hos kollegaer. Vurdering av suicidalitet og fare for selvdestruktive handlinger, er noe som oppleves svært utfordrende og stressende for terapeuter (Deutsch, 1984, Miller et al., 2011). I stressende situasjoner er terapeuter utsatte for å avvike fra profesjonell holdning og empati, og bli styrt av egne følelsesmessige behov. Enkelte vil oppleve større ubehag enn andre i denne typen situasjoner, avhengig av hvor trygge de er på behandlingsmodellen de forvalter, og hvor stor toleranse de har for eget ubehag i situasjonen. Holm (1995) sier at behovet for kontroll ofte aktiveres i situasjoner hvor noen kan bli ansvarliggjort i etterkant.

I forhold til suicid er det motstridende forventninger fra helsemyndighetene og samfunnet. På den ene siden sier nasjonale føringer for behandling av pasienter med kronisk suicidalitet (2008) at det skal jobbes med «is i magen» i forhold til denne pasientgruppen. Samtidig opplever mange i helsevesenet at hvis det skjer et suicid er det en tendens i media og hos enkelte pårørende til å lete etter syndebukker. Terapeuter som skal jobbe med kan kjenne på ubehag i forhold til dette dilemma. Terapeuter som skal forvalte underregulering bør derfor forsøke å ha oversikt over om de agerer på sine egne eller pasientens behov i disse situasjonene. Åpenhet om og refleksjon rundt hva det gjør med den enkelte å stå i dette spenningsfeltet, og aksept for vanskelighetsgraden, kan bidra til at det blir lettere å forvalte underregulerende holdning i vanskelige vurderinger. Informantgruppen som forvalter underregulering, sier at støtte fra kollegaer, ledelsen og lovverket er svært viktig for å tåle å stå i arbeidet. Hva kan hjelpe terapeutene å forholde seg til den usikkerheten enkelte opplever i denne typen situasjoner?

5.1.1 Å få lov å være usikker

Det kommer frem i intervjuene at flere har vært og er redde for å bli tatt i å ha gjort feil vurdering i forhold til behandlingsmodellen. Det er sannsynlig at dette øker det emosjonelle ubehaget ytterligere i disse situasjonene, som allerede er belastende. Jeg kan ikke si noe om omfanget av slike opplevelser, men det er uansett bekymringsfullt at enkelte opplever frykt for å bli kritisert i forhold til hvilket valg de tar.

Selv om «kritikken» kanskje ikke er ment som kritikk, men som en konstruktiv vurdering av det som har skjedd, er det tydelig at enkelte opplever det slik. Å bli kritisert av kollegaer er en av de tingene som skaper stress og ubehag hos terapeuter. Kritikken oppleves av enkelte å være konkret og personlig, og det kan forsterke ubehaget, og gi en opplevelse av at det er et angrep på ens egne identitet. Slike opplevelser kan være angstskapende, og føre til at de det gjelder prøver å unngå å komme i en lignende situasjon igjen. Det kan gjøre noen enda mer usikre på, og alene med, egne vurderinger. Det kan føre til at de for eksempel forsøker å sikre seg for å slippe å være redde, og samtidig forsøker å dekke over det de egentlig gjør for å slippe skamfølelse over manglende mestring. Risikoen for at terapeuter skjuler viktig informasjon, øker hvis forholdet til veiledende instans er dårlig (Hess et al., 2008). For at det skal bli enklere for alle å forvalte underregulering i tråd med føringene må det være rom for at usikkerhet kommer frem. Først da kan den gjøres noe med.

5.1.2 Hva kan hjelpe terapeuten å forholde seg til sin egen usikkerhet?

For at usikkerheten skal kunne jobbes med, må terapeuten våge å stå frem og være ærlig om sine utfordringer. Det forutsetter at terapeuten har tillit til at den som tar imot vil være empatisk og støttende til terapeutens opplevelse (Holm, 1995). Rommet for ulike perspektiver, følelser og opplevelser, oppleves ikke åpent for alle. Det kan være årsaken til at enkelte ikke klarer å nyttiggjøre seg den kunnskapen som formidles per i dag. Det er tre faktorer som hjelper informantene som mestrer underregulering godt. En hvis grad av usikkerhet må aksepteres i forvaltning av underregulering. Å dele ubehaget med kollegaer, kan hjelpe terapeuten å bære ubehaget. Det er viktig å ha gode ferdigheter i avlesning av atferd. Eriksens (2006) opplæring av lærere inkluderte både opplæring i hensiktsmessig atferd i konkrete situasjoner, og arbeid med økt innsikt i og aksept for hvordan egne erfaringer påvirker handlinger i situasjonen.

Opplæring bør fokusere på de situasjonene der det er uenighet om hvordan en skal forstå atferden. Hva er den hensiktsmessige atferden i konkrete situasjoner? Hvordan skal for eksempel terapeuten møte en pasient som opptrer slik? Hva er det best å si? Å rollespill ulike settinger som kan oppstå i veiledning kan gi flere gode verktøy i disse situasjonene. Diskuter hva som er uhensiktsmessig atferd i situasjonen. Hvilke behov er det naturlig å få i situasjonen? Utforsk hvordan behovet for kontroll kan påvirkes av egne erfaringer.

Erfaring med hvordan man skal håndtere situasjonen har betydning for opplevd trygghet. Den enkelte vil stå alene i mange situasjoner, og det er da de trenger disse ferdighetene. Gode rollemodeller kan illustrere hensiktsmessig atferd i rollespill, videoklipp eller ved å gå foran som et godt eksempel i reelle situasjoner som oppstår i praksisfeltet. Det kan tenkes å være en hensiktsmessig fremgangsmåte når personale som aldri har forvaltet underregulering skal lære det. Betydningen av god teknisk opplæring fremheves av Castonguay et al. (2010) i forhold til å forebygge at terapi får negative konsekvenser.

5.2 Å akseptere smerte, uten å lindre

Et viktig prinsipp i Basal Eksponerings-Terapi og Komplementær Ytre Regulering (KYR), som skiller metoden fra tradisjonell behandling i institusjoner i psykisk helsevern, er at pasientens smerte skal sees og bekreftes, men ikke lindres (Heggdal, 2010, 2012 B). Pasientene skal øve opp evnen til å forholde seg til sine egne følelser. Hvis pasienten truer med å ty til gamle strategier som for eksempel selvskading, skal terapeuten ikke gripe inn. Personalet må tåle at pasienten snubler og går i sin læringsprosess, uten å ta over og «kommunisere» til pasienten at dette mestrer du ikke. Det er en ny erfaring for pasientene å bli møtt på denne måten, og Alsos og Malin (2011) forteller at pasientene opplevde at det var tøft å bli ansvarliggjort. De fikk vite at de hadde valg, og måtte forholde seg til sin egen indre smerte. Det var vanskelig, spesielt i starten. På lik linje opplever mange av terapeutene at det er smertefullt å se på pasientenes lidelse uten å gripe inn. De blir berørt av å se på at pasienten sliter, og for enkelte er det tungt å holde sitt eget behov for å lindre og finne løsninger tilbake. De informantene som forteller om slike utfordringer, men likevel er veldig positive til behandlingsmodellen, finner støtte i erfaring de har gjort seg. Dersom de forholder seg til sin og pasientens smerte, kan pasientene oppnå en positiv utvikling med økt psykologisk fleksibilitet.

5.2.1 Hvorfor er det så vanskelig for enkelte?

Enkelte strever mer med at de ikke skal lindre psykisk smerte, eller gripe inn og forebygge at det foregår selvskading, enn andre. Flere av informantene sier at de som strever ikke helt klarer å ta perspektivet «at empatien ligger der fremme», i pasientens mestring og autonomi.

Hvordan kan vi forstå at det er ulike oppfatninger, og at noen strever med å la være å lindre og møte pasienten på hennes behov? En forklaring kan være at arbeidet strider mot yrkesopplæringen deres. I etiske retningslinjer for både leger og sykepleiere ligger det føringer om at en skal lindre og helbrede smerte, og hindre skade. Det er vanlig i tradisjonell behandling å bekrefte følelser, men det følges ofte umiddelbart av forsøk på å lindre og hjelpe pasienten bort fra sin psykiske smerte. Basal Eksponerings-Terapi sitt syn på smerte som noe man må lære å forholde seg til, er utradisjonelt. Det kan være uvant for medisinsk orienterte yrker som leger og sykepleiere, og det er sannsynlig at det hos enkelte kan komme i konflikt med deres yrkesidentitet. De kan kjenne tvil i forhold til hva som er riktig. Jo mer pasienten strever og tyr til gamle dysfunksjonelle strategier, desto mer øker sannsynligvis behovet for å lindre og stoppe atferden. Det er i dette spenningsfeltet at teamet må vurdere om overregulering skal tas i bruk. Kritiske innvendinger fra kollegaer som har motforestillinger mot behandlingsmodellen kan tenkes å stresse terapeutene ytterligere.

Det er ikke vanskelig å forstå at det er utfordrende å tåle å se på at pasienter snubler og faller i en utviklingsprosess, uten å gripe inn. Konsekvensene av alvorlig selvskading er voldsomme, og det skaper mye stress og ubehag hos terapeutene som kan være vanskelig å forholde seg til (Deutsch, 1984, Miller et al., 2011). I slike situasjoner er det høy risiko for å identifisere seg med pasientens smerte. Det kan påvirke evnen til å se hva som er best for pasienten på sikt (Holm, 1995). For å lære barnet å forholde seg til egne følelser og opplevelser, må foreldre kunne tone seg inn på barnets følelser og opplevelser, og samtidig være adskilt fra dem (Hart & Schwarz, 2009, Wilkinson, 2008). Det ligner terapeutens oppgave i Basal Eksponerings-Terapi. Terapeuten må kunne dele og bekrefte smerten til pasienten, men skille sin egen og pasientens smerte. Slik kan pasienten få en ny erfaring med at følelser er hun kan forholde seg til og dele med andre, uten å gå i stykker. Det forutsetter at terapeuten ikke overveldes av pasientens følelser. Blir han overveldet, øker risikoen for å handle på behovet for å pasientens og sitt eget ubehag. Å klare denne oppgaven stiller høye krav til terapeutens affektbevissthet, affekttoleranse og selvavgrensning.

Pasientgruppen i Basal Eksponerings-Terapi har et høyt lidelsestrykk, og mange har opplevd alvorlige hendelser. Det beskrives at noen av terapeutene får behov for å gi pasientene nye gode objekter, og være en slags «foreldreerstatninger». Det kan være et resultat av en sterk identifikasjon med og behov for å lindre den psykiske smerten de ser at pasienten bærer.

Det å falle ned på det som beskrives som en «sympatisk» væremåte, er vanlig når terapeuten strever med hvordan han skal hjelpe pasienten med hennes følelser. For å håndtere eget behov for å lindre smerte er det viktig å erkjenne at det er ens eget behov, og utforske hvorfor en får så sterkt behov for å lindre (Holm, 1995). Pasientenes dramatiske historie kan gjøre sterkt inntrykk. For enkelte kan det vekke til live deler av egen historie, som gjør det vanskelig å forholde seg profesjonelt i enkelte situasjoner (Coutinho et al., 2011).

5.2.2 Hva er det å være empatisk og omsorgsfull i denne sammenhengen?

Det er uenighet rundt hvorvidt metoden er empatisk, etisk og omsorgsfull nok. Noen opplever at den er ytterst respektfull og empatisk, mens andre er i tvil. Dette blir synliggjort i forskjellig opplevelse av metoden før og etter innføringen av Komplementær Ytre Regulering. Det virker som noen var mer bekvemme med den objektrelasjonell måten de jobbet på tidligere. Flertallet har til dels sterke motforestillinger mot den måten. De sier de opplevde at det var uavgrenset. Flere i denne gruppen tror at enkelte som strever med underregulering, blir forstyrret av egne behov i relasjonen til pasienten. De behovene som påpekes er behovet for å bli sett og få bekreftelse gjennom at pasienten trenger og idealiserer terapeuten.

De legene som var styrt av sterke behov for å hjelpe og bli likt, brukte ofte en sympatistyrte væremåte (Holm, 1995). Det påvirket beslutningene de tok på en negativ måte. Terapeuter møter situasjoner der det de må påføre smerte og ubehag for å hjelpe pasienten til bedre helse. En terapeut med sterkt behov for å bli likt og oppfattet som snill, kan unnlate å iverksette viktige tiltak. Det kan skyldes ubehag relatert til at pasienten vil mislike det han gjør, og devaluere ham. Det kan tenkes at det er dette som skjer når terapeuter i Basal Eksponerings - Terapi velger å tilfredsstille pasientens behov her og nå, selv om de har lært at det fører til regressiv utvikling hos pasienten.

Det virker som noen tenker at omsorg innebærer å til en viss grad lindre smerte her og nå, mens andre tenker at det er mer omsorgsfullt å styre egen atferd ut fra hva som hjelper pasienten mest på sikt. Det blir et spørsmål om hvorvidt hensikten helliger middelet, og det kan tas opp til diskusjon. Å la pasienten «snuble og falle litt» i prosessen med å gjenvinne og utvikle bedre fungering, vil ha en pris.

En må veie gevinsten av å bli autonom opp mot konsekvensene av at pasienten på veien tar noen uhensiktsmessige valg og gjør seg noen ubehagelige erfaringer. Er det mulig å unngå prøving og feiling i en slik læringsprosess, og er alternativet hvor systemet hindrer pasienten i å gjøre seg disse erfaringene og regulerer vedkommende, bedre? Hele gruppen er enig i at den tradisjonelle måten hvor en regulerer pasientens atferd mye, ikke fører frem, og at det arbeidet de gjør er veldig meningsfullt i form av resultatene de får. Svaret på at noen likevel kommer i tvil, kan ligge i det ubehaget som den enkelte blir sittende med i situasjoner der pasienten ber om hjelp, og har behov for å bli lindret, eller strever veldig med å mestre.

Det er mulig at dersom pasienter kjenner at personalet strever med å være avgrenset i slike situasjoner, så kan de fortsette med den appellerende atferden og øke intensiteten, fordi de har en opplevelse av, eller erfaring med, at terapeuten gir seg til slutt, når det blir ubehagelig nok. Den alvorlige personlighetsproblematikken pasientene strever med, innebærer at de bruker primitive forsvarsmekanismer (Betan et al., 2004). En kan se for seg et scenario der pasienten ubevisst bruker egen selvskadingsatferd til å straffe terapeuten som ikke gir henne behovstilfredsstillelse. For noen terapeuter kan det tenkes at dette skaper et så sterkt indre ubehag at det blir uutholdelig. Terapeuten kan for eksempel få tanker om at man har ansvar for pasientens selvskading. En terapeut kan ha hatt en oppvekst der en eller flere omsorgspersoner har gitt positiv respons når han har gitt omsorg, og vært straffende når han har forsøkt å avgrense seg og ta hensyn til egne behov. Denne terapeuten vil kunne streve mer med å «nekte» pasienten behovstilfredsstillelse enn terapeuter uten slike erfaringer. Terapeutens ubehag vil stige suksessivt med styrken i appellen, truslene og kravene fra pasienten. En total avvisning fra pasienten kan trigge sterkt ubehag tilknyttet tidligere erfaring med å bli avvist og devaluert, og gi en opplevelse av å være slem.

En terapeut med god selvavgrensning vil ikke streve på samme måten i en slik situasjon. Han vil ha integrert forståelsen i Basal Eksponerings-Terapi. Pasienten har et valg, og må forholde seg til konsekvensene av sine valg. Terapeuten vil ikke ta på seg «skylden» for at pasienten velger å skade seg, selv om pasienten prøver å gi ham skyldfølelse. Erfaring med at terapeuten tåler situasjonen, uten å overveldes av hennes følelser kan gi pasienten en ny korrigerende emosjonell erfaring og bidra til at pasienten utvikler et mer fleksibelt forsvar, (Hart & Schwarz, 2009, Wilikinson, 2008). Det kan slik sett være nyttig å jobbe med å tydeliggjøre skillet mellom hva som er terapeutens ansvar og hva som er pasientens ansvar i slike situasjoner, for å øke terapeutens trygghet i forhold til å avgrense seg.

Det ideelle ville være at en terapeut som strever med at han får mye skyldfølelse i situasjoner hvor han ikke skal respondere på pasientens appell om hjelp, kan være åpen om dette, og få støtte og opplæring av kollegaer som ikke synes dette er så vanskelig.

5.2.3 Hvordan kan terapeuter bli flinkere til å håndtere egen og andres smerte?

Holm (1995) påpeker at for at vi skal kunne styre behovene våre, må vi ha bevissthet om dem. En forutsetning for å bli bevisst egne behov, er at terapeuten våger å utforske om det er egne følelser og behov som styrer hvordan de velger å møte pasienten. I Basal Eksponerings-Terapi (BET) skal pasienten lære å forholde seg til livets smerte, og da må også terapeuten klare det. Det er en stor utfordring for terapeuter. Affektfobi er noe terapeuter også kan streve med i større eller mindre grad. Det er en viktig forutsetning for å forvalte Komplementær Ytre Regulering og BET at terapeuten jobber kontinuerlig med sin egen affektfobi. Det krever at terapeuten er villig og motivert til det. Resultatene viser at individuell veiledning med en dyktig terapeut var nyttig. Det kan tenkes at det burde være et fast tilbud. Det kan oppleves som et trygt rom hvor den enkelte kan komme frem med sine utfordringer.

Terapeutene som strever med etikken i modellen, kan finne støtte i Holms (1995) arbeid med profesjonell holdning og empati. I noen tilfeller må terapeuter midlertidig utsette pasienten for smerte, for å fremme helse. Det som hjelper terapeuten er blant annet god empatisk evne (Harrison & Westwood, 2009). Empati i denne settingen vil være å bekrefte pasienten, og styre sine handlinger ut fra hva som er bra for pasienten, ikke bare her og nå, men på sikt. Det beskriver hvordan terapeutene som ikke strever med etikken tenker. Det bør samtidig anerkjennes at det er et vanskelig spenningsfelt terapeutene står i, og at å kjenne tvil i forhold til når man lar underregulering «gå for langt» er berettiget, fordi grenseoppgangene er uklare. Vil pasienten klare å mobilisere sine ressurser hvis man venter bare litt til? For å tåle å ha «is i magen» har flere av terapeutene stor nytte av å dele følelser og ansvar for beslutninger med kollegaer. Et åpent rom som understøtter denne strategien er viktig. Det kan motvirke at enkelte får behov for å handle på egenhånd, og på tvers av modellen.

5.3 Er atferden appell, eller er den voksen og adekvat?

Det som har utgjort en stor forskjell for flere av informantene i forhold til å forvalte underregulering, er bedret evne til å avlese atferd som appell, trussel og krav. Forskjeller i forståelse av atferd er en sentral faktor i samarbeidsutfordringer. Alle pasientene ved seksjonen har utviklet strategier for å sikre omsorgsatferd fra omgivelsene. Personalet trenger å forstå atferdens funksjon, i forhold til å velge en hensiktsmessig respons. Hva kan terapeuten oppnå ved å unngå å sette spørsmålstegn ved pasientens appellerende atferd, og tilfredsstillende hennes behov? Det å møte pasienten som en likeverdig og adekvat fungerende voksen istedenfor å forstå atferden som appell, kan tenkes å være belønnende for terapeuten i enkelte situasjoner. Terapeuten kan lytte, bekrefte, og være enig med pasienten. Velger terapeuten å se pasienten sin forespørsel som adekvat, kan han inngå i et samarbeid med pasienten om at hun kan få sin forespørsel imøtekommet. Terapeuten unngår en situasjon hvor pasienten kan reagere med negativ affekt fordi hun ikke får hjelp med sine behov, en potensiell konfliktsituasjon. I en konflikt, kan terapeuten bli utsatt for avvisning, eller sinne og devaluering, som kan vekke både frykt og ubehag (Coutinho et al., 2011).

Enkelte pasienter kan grunnet frustrasjon over opplevelsen av å ikke bli møtt, få et intenst behov for å utagere sitt ubehag i form av å devaluere terapien og terapeuten. Strever terapeuten med dårlig selvfølelse, kan han oppleve at det pasienten sier er «sannheten» om ham, og få et sterkt behov for å unngå lignende situasjoner i fremtiden. Flere av informantene sier at noen føler seg «slemme» når de forstår atferd som appell. Dersom terapeuten har et stort behov for å bli likt og har en sterk identitet knyttet til det å være snill, kan det å føle seg slem vekke et indre ubehag, som terapeuten kan få behov for å fjerne. En slik håndtering grunnet at man prøver å unngå egne aversive reaksjoner, kan være til hinder for den empatiske prosessen (Strayer, 1987). Terapeuten kan ende opp med å handle på egne behov for å oppnå indre likevekt.

Resultatene fra studien viser at det har vært/er ubehagelig for flere å havne i den situasjonen at de har respondert på pasientens appell, og blir konfrontert med det. Behovet for å være dyktig finnes hos alle, i forskjellig grad, og Deutsch (1984) fant at det å ikke leve opp til egne forventninger i arbeidet var stressskapende.

En type irrasjonell «belief» som er vanlig, er at en må ha suksess i sitt arbeid, i større grad enn alle andre terapeuter en kjenner til (Brodsky, 2011). Dette gjør det sannsynlig at det å bli konfrontert med at man har gjort feil i arbeidet, kan vekke stress og ubehag i ulik grad hos den enkelte, og skape behov for å unngå slike situasjoner. Om det regnes som verre å gi for mye omsorg, enn å overse voksen, adekvat atferd, så kan en tenke at personalet kan velge å forstå atferden som appell og handle i tråd med det, fordi det oppleves å skape minst friksjon i møte med kollegaer. Det kunne medvirke til en for rigid praktisering av behandlingsmodellen.

5.4 Å klare å være bekræftende og anerkjennende når du blir devaluert

Mange av pasientene i Basal Eksponerings-Terapi, har utviklet det seksjonen forstår som en form for atferdsforstyrrelse i møte med helsevesenet. De har gjort seg avhengig av andre gjennom å få respons på appell, krav og trussel. Atferden er ofte lært i tilknytning til omsorgspersonene, men forsterkes og vedlikeholdes av personalet i helsevesenet. En av de største utfordringen terapeutene virker å stå overfor i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering, er å underregulere og regelstyre. Flere av informantene opplever at utfordringen er å være varm og vennlig, og samtidig avgrenset og tydelig, når de underregulerer og regelstyrer. De opplever at det er lett å falle i grøften hvor man gir for mye omsorg og blir for ettergivende, eller at man kan bli for kjølig og avvisende. Enkelte i personalgruppen strever med at de syns underregulering er blitt for kaldt og rigid. Det som er interessant, er at intensiteten i motstanden mot modellen øker når tema blir regelstyring, grensesetting.

Regelstyring hjelper terapeutene å unngå konfrontasjoner som ofte medfører tvangsbruk i tradisjonelle poster. Pasientene anmodes om å forholde seg til reglene i seksjonen, eller forlate situasjonen og returnere når de har roet seg ned. Pasienten må forholde seg til regler, og struktur, på samme måte som alle andre. Pasienter som anvender type C tilknytningsstrategier, trenger den ytre strukturen for å utvikle bedre indre struktur (Heggdal, 2010). Å få ansvaret for å løse sitt problem, slik det gjøres i Basal Eksponerings-Terapi, må antas å være provoserende for denne gruppen pasienter, samtidig som det sannsynligvis er avgjørende for at de skal kunne endre sin tilstand. Regelstyring ligner grensesetting i barneoppdragelse. Den voksne må ta ansvaret for å sette grensen, og samtidig anerkjenne og romme barnets subjektive opplevelse av situasjonen (Juul, 1996).

Barn får sin egostyrke og affekttoleranse styrket gjennom å lære å utsette behov, og forholde seg til regler (Eriksen, 2006). Terapeuten forvalter det samme ansvaret med pasienter som har utviklet atferdsproblemer. Den autoritative lederstilen illustrerer best arbeidet terapeuten skal forvalte ved underregulering og regelstyring. Hva kan være årsaken til at akkurat dette arbeidet blir så utfordrende, og vekker så sterke reaksjoner hos enkelte av terapeutene?

5.4.1 Hva kan være årsaken til at underregulering og regelstyring oppleves så utfordrende?

Underregulering innebærer som en av informantene sa, oftest at pasienten ikke får det som hun vil. Regelstyring innebærer i tillegg å konkret nekte pasienten å få tilfredsstilt behov, eller å hindre pasienten i å fortsette med det hun holder på med. Disse elementene i behandlingsmodellen setter alliansen med pasienten på en intens prøve, og pasienten vil oppleve en rekke negative følelser, som opplevd avvisning, krenkelse og sinne. I denne settingen bruker jeg allianse om den relasjonen som er mellom terapeuten og pasienten. Det er ikke det samme som begrepet arbeidsallianse i Basal Eksponerings-Terapi. Situasjonene som oppstår kan betegnes som alliansebrudd. Alliansebruddene kan ha sterk intensitet, og fremprovoseres ved tydelighet i grensesettingssituasjoner.

Pasienter med type A-tilknytningsstrategier vil sannsynligvis velge å trekke seg unna i slike situasjoner, som tilsvarer alliansebrudd av typen tilbaketrekning, mens pasienter med type C tilknytningsstrategier ofte vil velge å gå verbalt og/eller fysisk til angrep på terapeuten, som tilsvarer alliansebrudd av typen konfrontasjon (Coutinho et al., 2011). Terapeuter strever med å håndtere at pasienter er åpent uenige og gir uttrykk for negative følelser. Intensiteten i konfrontasjonene ved seksjonen kan være sterke, og det må antas å være sannsynlig at terapeutene ved seksjonen kan oppleve situasjoner med underregulering og regelstyring som ubehagelige. Pasienten opplever situasjonen som reelt krenkende, og vil ofte ikke være enig i at hun trenger å ta ansvar eller å grensesettes. Terapeutene som skal forvalte underregulering og regelstyring, må samtidig som de setter grenser, klare å anerkjenne og bekrefte pasientens subjektive opplevelse på en varm og vennlig måte. Ideelt håndteres konforntasjoner ved at terapeuten klarer å romme sine reaksjoner og forholde seg rolig og stødig. Det kan gi pasienten anledning til å utforske og anerkjenne underliggende behov og øke sin psykologiske fleksibilitet (Coutinho et al. 2011). Dette arbeidet stiller store krav til terapeuten.

5.4.2 Hva skjer i terapeuten når alliansen brytes?

Å tåle å bli devaluert og kritisert krever sterk indre integritet og en solid selvfølelse. En terapeut (eller forelder) med god selvfølelse, affekttoleranse og selvrefleksivitet, vil tåle å høre at en annen er uenig med ham. Han tør å utforske om protesten er legitim. Han har tillit til sin egen vurdering av situasjonen. Han greier å bekrefte den andres opplevelse, og utagerer ikke på eget sinne som kan ha blitt vekket ved devaluering (Juul, 1996, Holm, 1995).

I situasjoner med grensesetting, som kan resultere i konfrontasjoner, er det sannsynlig at terapeuter som har «brister» i sin selvfølelse, vil streve med å manøvrere og reagere instinktivt riktig. Dette vil være normalen, ikke unntaket. De fleste av oss har enkelte «brist» i selvfølelsen.

Den usikkerheten som kan oppstå i vanskelige situasjoner kan være årsaken til at noen strever med hva de skal si, og velger å forlate miljøet. Det kan oppstå sterke følelser som terapeuten kan streve med å forholde seg til og romme, uten å agere. Verbale og fysiske angrep er skremmende og krenkende. En vanlig følelse å få er sinne. Holm (1995) fant at det var en av de vanskeligste følelsene for terapeuter å håndtere. Noen fornektet sinne, men det «lakk» ut i motoverføringer. Andre utagerte sinnet i samspillet med pasienten, og bortforklarte det med at det var bra for pasienten å se at terapeuten reagerer. Å bli utsatt for negative reaksjoner fra pasienten kan vekke sterke negative affekter hos terapeuten, som kan føre til motagresjon (Castonguay, 2010, Coutinho et al., 2011, V.d.Lippe. et al., 2008). Flere informanter påpeker at de opplever at enkelte forvalter underregulering og regelstyring på en unødvendig kjølig måte i noen situasjoner. Det kan skyldes at en får lyst til å ta igjen, og agerer på eget sinne. For andre er det å bli sint og ønske å skade, følelser som er forbundet med mye skam. Terapeuter kan da tenkes å unngå situasjoner som gjør at de kommer i kontakt med sinne, fordi det vekker sterke aversive følelser som ikke kan tolereres. Både flykt-, og kampreaksjoner er instinktive i angstvekkende situasjoner, og kan forklare at terapeuter kan bli unødvendig bryske og korte i sin forvaltning av regelstyring, eller velge å ikke svare og forsvinne på kontoret.

Å være for rigid og kjølig kan også beskytte mot å ta inn «sårheten» til pasienten, som igjen kan trigge behovet for å lindre og forsyne. Resultatene tyder på at bevisstheten om dette bør holdes høyt, selv om det må understrekes at flere av informantene opplever av at de fleste forvalter underregulering på en god måte.

Flere av terapeutene i Basal Eksponerings-Terapi rapporterer et sterkt ønske om å klare å forvalte metoden slik som det forventes, og at det har versert en del kritikk i forhold til at terapeuter forsyner og er illojale mot modellen. Utrygghet i forhold til å forvalte grensesetting på en god måte, og manglende erfaring med det, kan også føre til at noen blir for «ivrige» etter å være «flinke», og blir unødig kontrollerende i frykt for å bli oppfattet som det motsatte, «forsynende».

Å svare på pasientens appell og gi for mye omsorg, kan likestilles med å ikke klare å forvalte kontrollaspektet i den autoritative lederstilen, eller å være avgrenset og ansvarliggjørende. Resultatene indikerer at dette skjer, og at enkelte terapeuter har større utfordringer enn andre. Hvordan kan vi forstå behovet for å være bekræftende (varm), men ikke ansvarliggjørende (kontrollerende)? Terapeuter som for eksempel trenger ytre bekræftelse for at eget selv skal ha legitimitet, eller synes det er svært ubehagelig med konflikter i relasjoner, vil kunne oppleve det svært utfordrende å stå i grensesettingssituasjoner der pasienten blir avvisende, sint, fiendtlig, og devaluerende (Eriksen, 2006, Holm, 1995). Det kan medføre et sterkt ønske om å unngå slike situasjoner, og føre til at en lar være å sette grenser for pasienten. Det kan ødelegge for at pasienten får optimal behandling. Flere egne behov hos terapeuten kan tenkes å gjøre seg gjeldene i situasjonen, som behov for å bli likt, være flink, få bekræftelse, og bli idealisert. Terapeuten kan føle behov for å fikse potensielle alliansebrudd, eller unngå helt å gjøre det som vekker sinne hos pasienten.

Følelsesmessig ubehag i forhold til konfliktsituasjoner fikk lærere til å rasjonalisere og vise motstand mot å følge modellen og integrere den autoritative lederstilen (Eriksen, 2006, 2008). De kom med «gode» unnskyldninger for hvorfor det ikke var hensiktsmessig å følge modellen. Det kan være at motstand mot underregulering og regelstyring kan forstås som at terapeutene ikke tåler det ubehaget som oppstår og den følgende devalueringen fra pasientene. Det å anerkjenne problemene med å håndtere sitt eget ubehag kan være utfordrende. Det kan føre til at terapeuten velger å være uenig med modellen i stedet. Vansker med å romme eget ubehag i grensesettingssituasjoner må antas å kunne påvirke tendenser til å bli både for ettergivende og til å bli for bryske og rigide i forvaltning av underregulering og regelstyring.

5.4.3 Hva kan hjelpe terapeuten å håndtere det ubehaget som oppstår ved alliansebrudd?

Å underregulere og regelstyre er viktig for å redusere atferdsforstyrrelsen, og skape grunnlag for å etablere arbeidsallianse med pasienten (Heggdal, 2012). Hva hjelper terapeuten å grensesette og ansvarliggjøre på en varm og bekræftende måte? Den terapeuten som opplever å bli devaluert og tåle det, opplever ikke at han trenger pasientens bekræftelse for å ha det godt med seg selv. Han anerkjenner at det påvirker ham å bli devaluert. Forståelse for hvilken funksjon det har for pasienten å devaluere ham, hjelper. Det virker som det er viktig å ha kunnskap om hvorfor pasienter idealiserer og devaluerer, og hvilken funksjon det har i deres utviklingsprosess. Forståelse for hvilke følelser det kan vekke hos terapeuten og hvorfor, kan hjelpe terapeuten å akseptere følelsene og kontrollere dem. Det er for eksempel normalt å reagere med sinne og/eller frykt i situasjoner hvor man føler seg angrepet. At terapeuten kan forholde seg til, og mestre konfliktsituasjoner med pasientene er essensielt for å bevare en god arbeidsallianse, (Castonguay, 2010, Safran et al., 2011). Det kan hjelpe pasienten å bli i stand til å forholde seg til vanskelige situasjoner på en voksen og adekvat måte. Terapeuter som er flinke å håndtere rupturer i relasjonen gir pasientene viktige verktøy til å mestre vanskelige situasjoner, og erfaring med at relasjoner bærer.

Det å sette grenser og være tydelig, skaper på sikt en god og trygg relasjon mellom lærer og elev, men i følge Eriksen (2006) tar det tid før eleven erfarer grensesettingen som omsorg, og stoler på læreren. I mellomtiden må læreren tåle å stå i det, romme elevens misnøye med å bli grensesatt. På samme måte må terapeutene ved seksjonen kunne regne med at pasienten vil trenge tid før de erfarer at relasjonen bærer, og at det å bli ansvarliggjort er et uttrykk for at terapeuten bryr seg om dem. I mellomtiden vil terapeutene få høre mye misnøye med behandlingen fra pasientene. Det er viktig å huske at det pasienten formidler, er sin subjektive opplevelse, ikke «sannheten» om det som skjer. Barn er heller ikke fornøyde med å bli grensesatt, men det betyr ikke det samme som at det er galt av foreldre å grensesette. For å klare å forholde seg til pasientens opplevde misnøye kan terapeutene kanskje ha nytte av åpenhet seg i mellom om hvor i terapiprosessen pasienten er. Hva er naturlige reaksjoner fra pasienten på grensesetting, og hvordan er det for terapeutene å bli gjenstand for pasientens uttrykte misnøye.

En tilleggsutfordring er at pasientene noen ganger kan ha helt legitime grunner til å reagere, fordi terapeutene kan ha forvaltet grensesettingen med unødvendig bryskhet. For å ha og beholde oversikten, behøves åpenhet og vilje til å utforske og lære av situasjoner i etterkant. Slik kan terapeutene bli bedre til å forvalte disse vanskelige og utfordrende situasjonene. Det kunne være til hjelp å ta i bruk en tilsvarende modell som Eriksen (2006). Han jobbet med forståelse for hvorfor det var viktig å velge den hensiktsmessige læreratferden, kognitiv forståelse. Samtidig jobbet han med forståelse for hvilke utfordringer den enkelte lærer opplevde når de skulle grensesette. Han tok utgangspunkt i psykoanalytisk teori om at den enkeltes historie påvirker hvordan de opplever og forholder seg til grensesettingssituasjoner, (emosjonell forståelse). En terapeut oppdratt med en autoritær lederstil, kan ha større utfordringer ved grensesetting av pasientene, enn en terapeut som ble oppdratt med en autoritativ lederstil. Som tidligere nevnt kunne det kanskje være nyttig at en terapeut som ikke strever med å grensesette fungerer som en slags mentor og rollemodell for de som strever.

Det er sårt å erkjenne egne psykologiske utfordringer og behov. For oss terapeuter er det nødvendig, fordi når behovene er ubevisste, risikerer vi å agere på dem. Det kan true pasientens integritet og trygghet (Holm, 1995). Det som hjelper mange av informantene er å nettopp å «dele» ansvaret og de vonde følelsene som oppstår hos dem selv i vanskelige situasjoner med kollegaer. Å sikre at alle som jobber med Komplementær Ytre Regulering har mulighet til å dele sitt ubehag med noen, kan ha betydning for terapeutenes trygghet i forvaltningen av underregulering og regelstyring. Det kan medvirke til at den enkelte klarer å tåle sitt eget ubehag på en hensiktsmessig måte. Et klima hvor det er trygt å utforske egne utfordringer kan hjelpe den enkelte å underregulere på en bekreftende og ansvarliggjørende måte. Ikke overraskende understøtter gode ferdigheter i bekreftende kommunikasjon forvaltning av underregulerende holdning på en god måte. Det kan derfor være nyttig å merke seg hvor stor betydning intervensjonen oppleves å ha, for å lykkes med underregulering. Bekreftende kommunikasjon er empatisk, varmt og vennlig, uten å inkludere «for mye» omsorg.

5.5 Oppsummering

Denne kvalitative studien har, ved hjelp av intervjuer, undersøkt hvilke utfordringer terapeuter opplever i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering (KYR). Hva tenker terapeutene er årsaken til at enkelte strever med å forvalte KYR, og hva opplever de hjelper dem å forvalte KYR. Jeg har funnet at en stor utfordring for terapeutene er situasjoner der terapeutene må vurdere om pasientens atferd er et uttrykk for appell, krav og trussel, eller et uttrykk for reell fare for liv og helse. Terapeutene trenger ferdigheter i avlesning av atferd, kollegastøtte og et godt lovverk for å klare å forvalte disse situasjonene. En annen utfordring er å ikke lindre smerte, bare se og bekrefte. Terapeutene må romme mye i disse situasjonene. Det er viktig å ha oversikt over egne behov, slik at behovet for å gi omsorg og fremstå sympatisk, ikke kommer i veien for å gjøre det som hjelper pasienten til å få økt sitt funksjonsnivå.

En tredje utfordring er ulik tolkning av atferd. Det fører blant annet til vansker med å koordinere, fordi personalet ikke er enige om hva som er en hensiktsmessig respons. Det er viktig å være oppmerksom på faktorer som kan påvirke hvordan terapeuten velger å tolke pasientens atferd. Jeg har kommet med et par forslag. Det finnes sikkert flere. Den fjerde utfordringen er å forvalte underregulering og regelstyring. At det oppleves vanskelig, er lett å forstå. Å ikke tilfredsstille pasientens behov, og å sette grenser for dem, kan bringe terapeuten inn i krevende alliansebrudd med åpne konfrontasjoner med pasientene. Det er i følge Coutinho et al. 2011 noe av det vanskeligste terapeuter står ovenfor. Behovet for å unngå slike situasjoner er naturlig og sterkt. Terapeutene kan ha nytte av å studere og anvende Eriksens (2006) modell for opplæring i en autoritativ lederstil. Han jobbet med hva som var hensiktsmessig atferd i konkrete grensesettingssituasjoner og utforsket samtidig hvilke egne erfaringer som førte til at læreren valgte en uhensiktsmessig atferd i situasjonen. Det kan hjelpe terapeutene til å styrke ferdighetene i å forvalte regelstyring på en bekræftende og ansvarliggjørende måte. De kan ha god nytte av å videreutvikle det redskapet de allerede kjenner godt, bekræftende kommunikasjon. Det tror jeg styrker den empatiske sensitiviteten til terapeutene, som er en viktig beskyttende faktor mot utbrenthet (Harrison & Westwood, 2009, Holm, 1995). Det viktigste budskapet er at terapeutene må ivaretas for å klare å forvalte dette arbeidet. Selvrefleksjon for å sikre læring krever et trygt og empatisk miljø, og god veiledning.

5.5.1 Fremtidig forskning

Det var overraskende for meg hvor viktig det er å være flink til å tolke atferd. Jeg presenterer noen refleksjoner rundt årsaker til forskjellig forståelse av samme atferd, men det er et tema jeg kunne tenkt meg å forske videre på. Observasjon av personalet i praksisfeltet kombinert med intervjuer om hvordan de tolket atferden og styrte sin respons, kunne vært en spennende studie. Ved å få bedre oversikt over hvilken type atferd som er vanskelig å tolke i forhold til om det er appell eller ikke, kunne en ha laget undervisningsvideoer som illustrerer appeller som er vanskelige å avlese. Det kunne øke den enkeltes trygghet i forhold til å avlese og tolke atferd. At terapeutene blir flinkere til å velge hensiktsmessige responser som stimulerer pasientens psykologiske utvikling, kan være et viktig bidrag til pasientbehandling generelt.

Et annet tema jeg ble veldig opptatt av, var hvordan terapeuten opplever alliansebrudd, og det å bli devaluert. Jeg har presentert noen hypoteser om dette. Jeg skulle gjerne sett nærmere på hvilke følelsesmessige reaksjoner, og hvilke behov terapeuter får i denne typen situasjoner. Det kunne vært interessant å se på idealisering på samme måte, i forhold til hvilke utfordringer det representerer for terapeuten. Det kan gi økt kunnskap om hvilke utfordringer terapeuter kan forvente å møte når de opplever devaluering og idealisering, og forståelse for hvordan en best kan ivareta seg selv i slike situasjoner. Hvilke ferdigheter hjelper terapeuten å håndtere disse situasjonen, og hvordan kan den enkelte utvikle bedre ferdigheter på området.

Denne studien har fokusert på noen av terapeutenes opplevelser av Komplementær Ytre Regulering (KYR). Det ville være spennende å utforske pasientenes opplevelse av behandlingen. Hvordan opplever de å bli ansvarliggjort og satt grenser for? Forandrer deres opplevelse seg i løpet av behandlingsprosessen? Hva tenker de om det å bli grensesatt? Opplever de det kun negativt, eller opplever de at det har hatt en funksjon i deres utviklingsprosess?

Til slutt tenker jeg at reduksjonen i tvangsbruk ved seksjonen, som virker å være en konsekvens av innføringen av KYR, er viktig å undersøke. Kan elementer av KYR overføres til andre seksjoner og tilpasses andre pasientgrupper? Vil det bidra til økt behandlingseffekt i psykisk helsevern gjennom å hjelpe pasienter til økt selvregulering og autonomi, og ikke minst, kunne det tenkes å redusere tvangsbruken i andre døgnposter også?

Litteraturliste

- Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J., (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, Volume 38/Summer 2001/Number 2
- Angus, L. & Kagan, F. (2007). Empathic relational bonds and personal agency in psychotherapy: implications for psychotherapy supervision, practice, and research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol.44, No.4,
- Alsos, T.H. & Malin, I.S., (2011). *Å våge å forholde seg til livets smerte. En kvalitativ evaluering av Basal Eksponerings-Terapi*. Innlevert som hovedoppgave på psykologisk institutt. Universitetet i Oslo.
- Betan, E., Heim, A.K., Conklin, C.Z., & Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical practice: An Empirical Investigation. *The American Journal of Psychiatry* 162.5: 890-898
- Bremnes., R, Hatling, T. & Bjørngaard, J.H., (2006): *Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold I perioden 2001-2006* Sluttrapport Sintef Helse Psykisk Helse
- Brodsky, S., (2011). Reluctant and Coerced Therapists I Brodsky, S., (2011): *“Therapy with coerced and reluctant clients*. American Psychological Association.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research* 3 edition, Sage Publications, Inc.
- Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Constantino, M.J., Goldfried, M.R., & Hill, C. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatment. *American psychologist*. American Psychological Association Vol. 65, No.1, 34-49
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C. & Safran, J. (2011). Therapists`and clients`experiences of alliance ruptures: A qualitative study, *Psychotherapy Research*, 21:5, 525-540
- Crittenden, P. (2008): *Raising parents. Attachment, parenting and child safety*. New York. Taylor & Francis.
- Deal, K.H. (2004). The relationship between critical thinking and interpersonal skills. *The Clinical Supervisor*, 22:2, 3-19
- Decety, J. & Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: A social developemental neuroscience account *Development and Psychopathology* 20, 1053-1080 Cambridge University Press USA

- Deutsch, C.J. (1984). Self-Reported Sources of Stress Among Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol.15, No.6, 833-845
- Eisenberg, N. (2006). Empathy-related responding and prosocial behavior. i *Empathy and fairness*, Wiley, Chichester (Novartis Foundation Symposium 278) p 71-96
- Ellis, A. (2003). How to deal with your most difficult client – you. *Journal of Rational-emotive & Cognitive-behavior Therapy*, Vol.21, Nos.3/4, Winter 2003
- Eriksen, Nils (2008). Hva skal vi gjøre med atferdsproblemene i norsk skole? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol.45, nummer 7, side 849-861
- Eriksen, Nils (2006). Et nytt program for forebygging av atferdsproblemer i skolen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol.43 451-460
- Etiske retningslinjer for sykepleiere https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1%09%09-YER-hefte_pdf.pdf
- Etiske retningslinjer for leger <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>
- Falkenstrøm, F., Granstrøm, F. & Holmqvist, R., (2013). Therapeutic Alliance Predicts Symptomatic Improvement Session by Session. *Journal of Counseling Psychology* Vol. 60, No.3, 317-328
- Geller, S.M. & Greenberg, L.S. (2012). Challenges to therapeutic presence pp.143-159 I Geller, S.M. & Greenberg, L.S. (2012): *Therapeutic Presence: A mindful approach to effective therapy*. Magination Press. American Psychological association. Washington DC:US
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology* Volume 28, issue 2, pp.235-261
- Greenberg, L., Elliott, R., Watson, J.C., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy*, Volume 38 Number 4 380-384
- Hammer, J. & Heggdal, D. (2011). Vil BET bidra til mer effektiv behandling? *Psykisk Helse og Rus* 3
- Harris, R. & Jacobsen, T.N. (2010). Omfavn dine demoner og følg ditt hjerte – en introduksjon til aksept og forpliktelsesterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol.7, nr.3, 247-256

- Harrison, R. L. & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: identifying protective practices. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, Vol.46, No.2, 203-219
- Hayes, S.C., (2004). Chapter one. Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies I (Red) Hayes, S.C., Linehan, M.M. & Follett, V.M. *Mindfulness and Acceptance. Exploring the Cognitive-Behavioral Tradition*. p.1-29 Guildford press.
- Heggdal, D. (2012). A. *Basal eksponeringsterapi (BET) Sentrale strategier og intervensjoner*. Asker. Trykkeriet på Blakstad Sykehus.
- Heggdal, D. (2012). B. *Basal Eksponerings-Terapi (BET) Grunnleggende prinsipper og retningslinjer*. Behandlingsmanual. Asker Trykkeriet på Blakstad sykehus.
- Heggdal, D. (2010). *Basal Eksponerings-Terapi. Teoretisk forankring – del 1. Kybernetikk som grunnlag for forståelse og intervensjon*. Asker. Trykkeriet på Blakstad sykehus
- Hess, S. A., Knox, S., Schultz, J. M, Hill, C. E, Sloan, L., Brandt, S., Kelley, F., & Hoffman, M. A. (2008). Predoctoral interns' nondisclosure in supervision, *Psychotherapy Research*, 18:4, 400-411
- Hill, C.E. & Knox, S., (2009). Processing the therapeutic relationship, *Psychotherapy Research*, 19:1, 13-29
- Hill, C.H., Knox, S, Thompson, B.J., Williams, E.N., Hess, S.A., & Ladany, N., (2005). Consensual Qualitative Research: An Update. *Journal of Counseling Psychology*, 2005, Vol.52, No.2, 196-205
- Holm, U. (2005). *Empati. Å forstå menneskers følelser*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Holm, U. (1995). *Det rækker inte att vara snäll. Førhållningssätt, empati och psykologiske strategier hos läkare och andra professionella hjälpare*. Finland. Bokförlaget Natur och kultur.
- Holmvist, R. & Armelius, B-Å., (2006). Sources of psychiatric staff members' feelings towards patients and treatment outcome. *Psychology and psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 571-584
- Juul, J. (1996). *Ditt kompetente barn*. Oslo. Pedagogisk forum.
- Killingmo, B. (2006). A plea for affirmation. Relating to states of unmentalized affects. *The Scandinavian Psychoanalytic Review* 29, 13-21
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*. 76, 503-518

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy* Vol.38 No.4 357-361
- Lippe, A.L. von der, Monsen, J.T., Rønnestad, M.H. & Eilertsen, D.E., (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18:4, 420-432
- Malterud, K. (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning-en innføring*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning-forutsetninger, muligheter og berensninger. *Tidsskrift for norsk legeforening* 122: 2468-72
- Miller, G.D., Iverson, K.M., Kimmelmeier, M., MacLane, M., Pistorelle, J., Fruzzetti, A.E., Crenshaw, K.Y., Erikson, K.M., Katrichak, B.M., Oser, M., Pruitt, L.D. & Watkins, M.M. (2010). A pilot study of psychotherapist trainees alpha-amylase and cortisol levels during treatment of recently suicidal clients with borderline traits. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol.41, No.3, 228-235
- Nolan, S.A., Strassle, C.G., Roback, H.B. & Binder, J.L. (2004). Negative treatment effects in dyadic psychotherapy: A focus on prevention and intervention strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol.34, No.4, 311-330
- Norvoll, R., (2013). *Samfunn og psykisk helse; samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo. Gyldendahl Akademiske Forlag.
- Norvoll, R., (2006). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Universitetet i Oslo. Avhandling Dr.Polit.Graden, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.
- Oliveira, J.A. de, & Vandenberghe, L. (2009). Upsetting Experiences for the Therapist In-Session: How They Can Be Dealt With and What They Are Good for. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol.19, No.3, 231-245
- Pope, K.S. & Tabachnik, B.G. (1993). Therapist's Anger, Hate, Fear, and Sexual Feelings: National Survey of Therapist Responses, Client Characteristics, Critical Events, Formal Complaints, and Training. *Professional psychology: Research and Practice* vol.24, issue 2, pages 142-152
- Safran, J.D, Muran, J.C, Eubanks-Carter, C., (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, Vol.48, No.1, 80-87

- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide.* New York. The Guildford Press.
- Safran, J.D., Crocker, P., McMain, S. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy* Volume 27/1990/Number 2
- Saltzman, C. (2011). Being helpful and sometimes not. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 17:1, 57-71
- Sosial- og Helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* Oslo Forlagstrykkeri
- Strayer, J. (1987). Affective and cognitive perspectives on empathy. Pp.218-244 I Edited by Eisenberg, Nancy and Janet Strayer, (1987). *Empathy and its development.* USA. Cambridge University Press.
- Strupp, H.H. & Vakoch, D.A. (2000). The evolution of psychotherapy training: Reflections on manual-based learning and future alternatives. *Journal of Clinical Psychology*, Vol.56(3), 309-318
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi.* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R., (1974). *Change. Principles of problem formulation and problem solution.* New York. W. W. Norton & Company, Inc.
- Wilkinson, S. (2008). *Lidelse og lindring. Tilknytning og sykdomsspråk.* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide 1

I. Presentasjon om intervjuets form og innhold, og av oss som intervjuere

- Presentasjon av Heidi og av meg.
- Formen på intervjuet.
- Intervjuet handler om din unike erfaring med å jobbe med KYR.

II. Presentasjon av den som blir intervjuet

- Kan du si litt om hvem du er, og om din utdannelsesbakgrunn og jobberfaring før du begynte på SPS-avdelingen her på Blakstad?
- Hvor lenge har du jobbet her?
- Hva er din rolle eller din jobb i avdelingen i dag?

1: Prosessen med innføring av KYR

KYR ble innført i avdelingen for 5 år siden. Du har vært med i denne prosessen, både før, under og etter innføringen av KYR.

- Hvordan har du opplevd perioden med innføring av KYR, både for deg selv og for avdelingen som helhet?
- Hvordan opplever du at pasientene påvirkes av KYR? Positivt og negativt.
- Hvilken betydning mener du at KYR har for teamarbeidet i avdelingen.
- Har du fått noen opplæring i BET og KYR? Hvilken?
- Kan du si noe om opplæringen dere får? Om du opplever den som nyttig for deg, eller om den er mangelfull på noen måte?

2. Hva virker?

- Har du spesielle positive erfaringer med KYR, som du ønsker å trekke frem?
- Opplever du at pasientene påvirkes positivt på noen måte av KYR, gi eksempler?
- Hva er positivt i hverdagen i avdelingen med å bruke denne metoden? (Miljø og kollegaer)
 - Tror du at KYR er årsaken til at tvangsbruken har gått så drastisk ned?
 - Tror du at bruken av KYR har betydning for redusert medisinerbruk i avdelingen?

3: Hva er vanskelig?

- Hva opplever du som mest utfordrende i anvendelsen av KYR?

(Dere må gjøre egne vurderinger av fare for selvskading eller suicid i konkrete situasjoner, selv om dere har overlegen og psykologens vurderinger å støtte dere til. Hvordan opplever du det?).

- Hva hjelper deg til å stå i disse situasjonene og underregulere?
- Har du hatt/har du noen negative erfaringer med innføringen av KYR?
- Har du noen gang tenkt at dette er ikke bra for pasienten?
- Hender det at du synes det er vanskelig å følge KYR eventuelt velger å jobbe på andre måter? Hvordan er det å «bryte» med reglementet her?
- Synes du KYR har mangler ved seg?
- Skulle du ønske at du kunne være mer omsorgsfull overfor pasientene enn det KYR gir rom for?
- Er det noe som er vanskelig i forbindelse med samarbeid med kollegaer eller i avdelingen?
- **4: Måter å håndtere vanskelige følelser på.**

Dere jobber med en utfordrende gruppe pasienter og dere utfordrer dem i forhold til å fasilitere en endringsprosess. Det er tøft i seg selv. Heidi har fortalt om at det er vanskelige situasjoner – for eksempel å ikke agere på appell, det å skulle vurdere fare for liv og helse kontra appell/trussel og krav.

- Har du opplevde at du har blitt emosjonelt berørt eller opprørt i ulike slike situasjoner?
- Hvilke situasjoner er mest utfordrende for deg – gråt, appell eller fortvilelse, eller annet? (Selvmordstrussel eller selvskading eller annet?).
- Har du en opplevelse av at du vet hvordan du skal møte pasientene og hva du skal si til dem i vanskelige situasjoner, for eksempel ved trussel om selvmord eller selvskading?
- Hva gjør du for å håndtere eventuelle vanskelige følelser som oppstår hos deg selv?
- Hva tenker du at du trenger for å jobbe bra med KYR og BET?
- Er det noen form for støtte fra kollegaer, i form av veiledning, debrifing ved vanskelige situasjoner eller lignende?
- Hvordan blir du møtt når du sier at noe er vanskelig med KYR eller evt annet i BET-behandlingen, for deg selv eller overfor pasientene?
- Hvordan og hvor kan du uttrykke tvil?
- Hva tror du kan forbedre arbeidet med KYR, for deg eller generelt? Hva hadde du trengt mer av?

5: Yrkesidentitet - etikk.

I BET og KYR utfordres den tradisjonelle tenkningen om etikk og omsorg – man følger for eksempel ikke krav om å lindre smerte og ubehag for pasientene.

- Føler du at KYR er på tvers av det du har lært opprinnelig?
- Har dette påvirket dine tanker om omsorg og etikk?
- Har det påvirket ditt syn på hva som er god behandling ved psykiske lidelser?
- Opplever du at din rolle som hjelper har endret seg etter innføringen av KYR?

5: Manualisert arbeid.

KYR stiller store krav til lojalitet mot metoden, og til koordinering og strukturering av arbeidet.

- Hvilke positive og negative erfaringer har du med å jobbe med en så klart definert behandlingsmodell?
- Synes du at du får hjelp av systemet – behandlingsmodellen – til å takle vanskelige ting i behandlingshverdagen her?
- Gir manualen svar på eksakt hvordan du skal jobbe i vanskelige situasjoner, for eksempel når du står overfor et dilemma (som når noen truer med selvmord)?
- Ser du KYR som et løsrevet tiltak, eller ser du det i sammenheng med andre elementer i BET? Kan du reflektere litt rundt det?
- De som jobber med å utvikle BET og KYR ligger et hestehode foran hele tiden. Er det noe som er vanskelig, synes du?
- Ser du noen svakheter med BET og KYR?

Vedlegg 2 **Intervjuguide**

Problemstillingen: Hva er det vi lurer på, og hva er det vi ønsker å besvare?:

Hvilke utfordringer møter personalet, behandlere og ledere i en lukket døgnpost ved implementering og bruk av KYR, og hva er viktig for å forenkle arbeidet med KYR?

III. Presentasjon om intervjuets form og innhold, og av oss som intervjuere

IV. Presentasjon av den som blir intervjuet

- a. Kan du si litt om din utdannelsesbakgrunn og jobberfaring før du begynte på SPS-avdelingen her på Blakstad?
- b. Hvor lenge har du jobbet her?
- c. Hva er din rolle eller din jobb i avdelingen i dag?

1. Hvordan har du opplevd prosessen med utvikling og innføring av BET og KYR?

Her søker vi å utdype og forstå hvordan prosessen har utviklet seg, og hvordan de har implementert metoden. Å få subjektene til å dele åpent sine erfaringer fra prosessen.

Ser du KYR som et løsrevet tiltak, eller ser du det i sammenheng med andre elementer i BET? Kan du reflektere litt rundt det?

2. Hva opplever du som virksomt og positivt med innføringen av BET og KYR, og med å jobbe med BET og KYR?

Hva har endret seg positivt når BET og KYR har blitt tydeligere som behandlingsmodell og terapeutisk strategi. Er det positive ting i forhold til den enkeltes utførelse av terapi, pasientene, kollegaer og systemet?

3. Hva har vært utfordrende ved implementeringen og bruken av KYR?

Har du opplevd at noe har vært utfordrende under innføringen av KYR?

Syns du at det er vanskelig å bruke underregulering, instrumentell regulering eller overregulering?

Har du for eksempel tenkt at «dette er ikke bra for pasienten»? Skulle du for eksempel ønske at du kunne være mer omsorgsfull overfor pasientene enn det KYR gir rom for?

Tror eller mener du noen strever med å få til under- og overregulering?

Hvorfor tror du eventuelt at det er vanskelig for noen?

Er det noe som er vanskelig i forbindelse med samarbeid med kollegaer når dere skal drifte BET og KYR?

Hvis du ser at noen ikke klarer å bruke KYR på riktig måte til riktig tid, hva gjør du da?

Hva trengs for å drifte KYR?

Hjelper det at BET også inkluderer for eksempel bekreftende kommunikasjon – som vi kan kalle ”varm” – når dere også jobber med KYR, som kanskje kan oppleves som ”kald”?

4. Får du vanskelige følelser når du bruker KYR? I tilfelle hvilke? Hvordan håndterer du disse følelsene?

Ute etter om de har kontakt med om de opplever det vanskelig, og i tilfelle i hvilke situasjoner, hva de føler og hvordan de hjelper seg selv. Opplever de at de får det de trenger, eller hadde de trengt noe annet/noe i tillegg, for å mestre bedre.

Har du opplevde at du har blitt emosjonelt berørt eller opprørt i ulike slike situasjoner?

Hvordan er det for deg når pasienten bruker det som i KYR forstås som appell?

Hvordan er det for deg å stå i situasjoner der du må vurdere om det er appell, trussel eller krav, eller reell fare for liv og helse? Har du for eksempel en opplevelse av at du vet hvordan du skal møte pasientene og hva du skal si til dem i vanskelige situasjoner?

Hva gjør du for å håndtere eventuelle vanskelige følelser som oppstår hos deg selv?

Hva hjelper deg i slike situasjoner? Føler du deg for eksempel godt nok ivaretatt av kollegaer og av systemet?

Er det noe mer du kunne trengt?

5. Har BET og KYR endret ditt syn på hva som er god behandling? Har det endret ditt syn på din rolle som hjelper?

Utforske hvordan de tenker: er det annerledes å hjelpe i BET og KYR, og eventuelt har det endret synet ditt på din egen rolle.

Hva tenker du om det du en gang lærte i forhold til det du gjør i dag? Opplever du at din rolle som hjelper har endret seg etter innføringen av KYR?

I BET og KYR utfordres den tradisjonelle tenkningen om etikk og omsorg – man følger for eksempel ikke krav om å lindre smerte og ubehag for pasientene. Har ditt syn på hva som er god behandling endret seg? Hvordan har dette påvirket dine tanker om omsorgsrollen?

Er det riktig eller galt, i dine øyne, den måten BET og KYR har utviklet seg/driftes i dag?

6. Arbeidet har blitt stadig mer strukturert og arbeidsoppgavene flere og tydeligere. Hvordan opplever du dette?

KYR og BET stiller store krav til lojalitet mot metoden, og til koordinering og strukturering av arbeidet. Hvilke positive og negative erfaringer har du med å jobbe med en så klart definert behandlingsmodell?

Vedlegg 3

Informasjon om hovedfagsoppgave

Problemstilling: *Hvilke erfaringer har personalet, behandlere og ledelsen ved en lukket døgnpost, fra å ta i bruk den terapeutiske strategien KYR (KYR)?*

Studien gjennomføres av psykologistudentene Heidi Gjerde.

Vi ønsker å intervju personale på gruppe 2, som har helsefaglig utdanning, om erfaringer med bruken av KYR. Fokus er på den enkeltes subjektive erfaring. Vi ønsker å utforske hvordan den enkelte opplever det å jobbe med KYR, er det spesielle utfordringer en står overfor i hverdagen, osv. Hver enkelt har viktig informasjon som er nyttig for det videre arbeidet med BET og KYR, både på SPS og ved eventuelle andre institusjoner. For å forbedre en metode er det like viktig å forstå negative erfaringer og motforestillinger som positive erfaringer. Vi håper at alle vil ønske å bidra med sin opplevelse av å jobbe med KYR. Dere har unik erfaring med denne metoden.

Intervjuene vil bli utført av oss begge. De blir tatt opp på bånd, og transkribert. Utdrag fra intervjuene kan bli brukt i oppgaven. Noen personer er det vanskelig å anonymisere grunnet deres spesifikke rolle, men de er informert og har samtykket til å delta på dette grunnlaget. Dere som tilhører miljøpersonalgruppen, vil bli anonymisert. Når oppgaven er godkjent, destrueres data. Dere kan når som helst trekke dere fra studien, og har selvfølgelig anledning til å reservere dere fra å delta.

Nattevakter vil få avspasere 2 timer ved deltagelse i studien. Dere andre setter opp intervjuet i arbeidstiden. Avtal dette med avdelingen.

Kontakt oss gjerne ved spørsmål, eller dersom ingen av tidspunktene passer for dere. Telefonnr. 92250910

Med vennlig hilsen

May-Britt Gjengstø Utheim og Heidi Gjerde

Samtykkeskjema

Informasjon om hovedfagsoppgave

Problemstilling: *Hvilke erfaringer har personalet, behandlere og ledelsen ved en lukket døgnpost, fra å ta i bruk den terapeutiske strategien KYR (KYR)?*

Studien gjennomføres av psykologistudentene May-Britt Gjengstø Utheim og Heidi Gjerde. Den inngår i kvalitetsutviklingsarbeidet i fagutviklingsprosjektet Basal eksponeringsterapi (BET). Vi skal intervjuere personale, behandlere og ledelsen på gruppe 2, som har helsefaglig utdanning, om erfaringer med bruken av KYR. Fokus er på den enkeltes subjektive erfaring. Vi ønsker å utforske hvordan den enkelte opplever det å jobbe med KYR. Er det spesielle utfordringer en står overfor i hverdagen, osv. Hver enkelt har viktig informasjon som er nyttig for det videre arbeidet med BET og KYR, både på SPS og ved eventuelle andre institusjoner. For å forbedre en metode er det like viktig å forstå negative erfaringer og motforestillinger som positive erfaringer. Vi håper at alle vil ønske å bidra med sin opplevelse av å jobbe med KYR. Dere har unik erfaring med og kunnskap om bruken av denne metoden.

Intervjuene vil bli utført av begge studentene sammen. De blir tatt opp på bånd, og transkribert. Utdrag fra intervjuene kan bli brukt i oppgaven. Materialet vil bli anonymisert. Når oppgaven er godkjent, destrueres data. **Dere kan når som helst trekke dere fra studien, og har selvfølgelig anledning til å reservere dere fra å delta.** Studentene har et etisk og moralsk ansvar i forhold til å behandle materialet slik at anonymitet ivaretas.

Med vennlig hilsen May-Britt Gjengstø Utheim og Heidi Gjerde

Jeg samtykker til å delta i studien:

Sted/Dato:

Navn:

For behandlere og ledelse:

Jeg samtykker til at mitt materiale ikke anonymiseres, slik at min unike rolle og erfaringer kan komme eksplisitt frem i prosjektet.

Sted/Dato:

Navn: