

# MASTEROPPGAVE



---

Universitetet  
i Stavanger

**Fakultet for Helsefag**

**Master i Relasjonsbehandling med tema:**

***«Hvordan forstår miljøterapeuter relasjonens rolle som forebygger for reaktiv aggresjon?»***

**E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Student**

Hasse Alexander Blegeberg Ørbjo

**Veileder**

Inge Joa

**Dato**

25.05.2018

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING**

**E-MREMAS MASTEROPPGAVE**

---

**Vårsemesteret 2018**

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:**

**Hasse Alexander Blegeberg Ørbjo**

**VEILEDER: Inge Joa**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel: «Hvordan forstår miljøterapeuter relasjonens rolle som forebygger for reaktiv aggresjon?»**

**Engelsk tittel: «How do mental health nurses understand the role of the therapeutic relationship in prevention of reactive aggression?»**

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Terapeutisk relasjon, miljøterapeutisk relasjon, reaktiv aggresjon, aggresjon, miljøterapi, kvalitativ studie.

---

**ANTALL SIDER: 58**

**STAVANGER 25.05.2018**

## Forord

Aggresjon er et fenomen jeg gjennom min arbeidskarriere har møtt mange ganger og i ulike former. Det har alltid fasinert meg og er noe jeg alltid har forsøkt å forstå på en bedre måte. Jeg gledet meg derfor til å ta fatt på denne studien. Prosessen har tidvis vært krevende, alt har ikke gått helt etter planen og arbeidslysten har variert, men problemstillingen har drevet meg videre i de krevende stundene.

Studien er nedtegnet i artikkelform med en tilhørende kappe. Artikkelen tar for seg det som anses som mest essensielt opp mot problemstillingen og kappen utdyper og tar for seg enkelte aspekter det ikke ble funnet plass til i artikkelen.

Veileder Inge Joa, har støttet meg gjennom prosessen med sine tydelige og raske tilbakemeldinger og sin tilgjengelighet. Samarbeidet har fungert godt og jeg vil takke ham for hans støtte.

Jeg vil også takke informantene som tok seg tid til å delta i intervjuene tross sin hektiske hverdag. Uten dem hadde denne studien ikke vært gjennomførbart.

Jeg vil takke Renathe Martinez for lesing av korrektur og moralsk støtte gjennom prosessen, min datter Flora Moe Ørbjo og min bror Patrick Blegeberg Ørbjo for tålmodighet og hjelp med hverdagslige gjøremål i en tid som har krevd mye av meg.

Sist, men ikke minst vil jeg takke institusjonene Stavanger Universitetssykehus og Universitetet i Stavanger for opprettelsen av et veldig godt masterprogram og muligheten til å realisere meg selv gjennom denne studien.

Stavanger 21.05.2018

Hasse Alexander Blegeberg Ørbjo

## **Sammendrag**

Studien er gjort ved å gjennomføre semistrukturerte intervjuer med miljøterapeuter. De ble spurt om sine erfaringer i møte med reaktiv aggresjon og bedt om å vurdere forskjeller i egne følelser og handlinger i situasjoner hvor det forelå en terapeutisk relasjon mellom miljøterapeut og pasient og situasjoner hvor en terapeutisk relasjon ikke var etablert.

Miljøterapeutene ble videre spurt om å redegjøre for sine metoder for å oppnå og vedlikeholde en terapeutisk relasjon med pasientene, samt hvordan de hadde tilegnet seg denne kunnskapen.

Studien tok sikte på å finne ut om en terapeutisk relasjon er en forebygger og deeskalerer i møte med reaktiv aggresjon. Videre om det forelå en teoretisk forankret måte miljøterapeutene brukte for å oppnå og vedlikeholde en terapeutisk relasjon og hvordan denne kunnskapen var tilegnet.

Studien viser at terapeutisk relasjon er en forebygger og deeskalerer i møte med reaktiv aggresjon og at miljøterapeutene har en faglig forankret teoretisk kunnskap om hvordan en terapeutisk relasjon bygges og vedlikeholdes. Måten denne kunnskapen er tilegnet fremstår som tilfeldig og lite knyttet til utdanning, men heller gjennom erfaring.

## **Summary**

The study was conducted through semistructured interviews with mental health nurses. They were asked to share their experiences with reactive aggression and evaluate differences in their own feelings and actions in situations where a therapeutic relationship with the patient was present, compared to situations where a therapeutic relationship was absent.

Further more the mental health nurses were asked to clarify for their methods on how to acquire and obtain a therapeutic relationship with patients and where they had acquired this knowledge.

The study was conducted to see whether a therapeutic relationship is a method for prevention an deescalation of reactive aggression or not. Further more the study set out

to investigate the theoretical knowledge on how to acquire and obtain a therapeutic relationship and how they had acquired this knowledge.

The study shows that a therapeutic relationship with patients is a factor in preventing and deescalating reactive aggression and that the theoretical knowledge for acquiring and obtaining such a relationship is present with the mental health nurses. How this knowledge is acquired seems random and connected to experience rather than education.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Mål .....	2
1.2	Hensikt .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>3</b>
2.1	Miljøterapeutisk relasjon .....	3
2.2	Holdninger .....	3
2.2.1	Anerkjennelse .....	3
2.2.2	Å vise empati .....	4
2.2.3	Mentalisering.....	4
2.3	Aggresjon og sinne .....	4
2.4	Reaktiv aggresjon .....	5
2.4.1	Reaktiv aggresjon og psykose .....	5
2.5	Stressreaksjoner .....	5
<b>3.0</b>	<b>Metode .....</b>	<b>7</b>
3.1	Tilnærming .....	7
3.2	Utvalg .....	8
3.3	Intervjustruktur .....	8
3.4	Gjennomføring av intervjuene .....	9
3.5	Dokumentering .....	9

3.6	Transkribering .....	9
3.7	Datareduksjon, analyse og fortolkning .....	10
3.8	Forforståelse .....	11
3.9	Avgrensninger .....	11
3.10	Juridiske og etiske overveielser .....	12
<b>4.0</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>13</b>
4.1	Den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon .....	13
4.2	Miljøterapeutenes følelser og handlinger .....	14
4.3	Pasientens toleranse .....	15
4.4	Sinne og aggresjon .....	15
4.5	Kunnskap om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon.	16
4.6	Anerkjennelse, empati og mentalisering .....	16
4.7	Hvordan er denne kunnskapen ervervet .....	17
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>18</b>
5.1	Den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon .....	18
5.2	Kunnskap om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon.	21
5.3	Stryker og svakheter ved studien .....	21
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>23</b>
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>24</b>
	<b>Artikkel/ Tittelside .....</b>	<b>28</b>

<b>Vedlegg 1: Intervjuguide .....</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg 2: Godkjenning av Personvernombudet for forskning .....</b>	<b>41</b>
<b>Vedlegg 3: Informasjonsskriv .....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 4: Samtykkeerklæring .....</b>	<b>45</b>
<b>Vedlegg 5: Forfatterveiledning .....</b>	<b>46</b>



## 1.0 Innledning

En relasjon er terapeutisk når den bidrar til vekst ved å påvirke, utvikle og forandre et annet menneske i en planlagt og faglig retning. Miljøterapeutisk relasjon blir når denne terapeutiske relasjonen foregår i et tilrettelagt miljø, som for eksempel en psykiatrisk avdeling (Skårderud, 2014).

Reaktiv aggresjon er den type aggresjon som har sitt utspring i følelsene frustrasjon og sinne. Reaktiv aggresjon er en handling eller motsvar på provokasjon når pasienten kjenner seg begrenset eller stoppet i å oppnå et ønske eller mål (Card & Little, 2006). Motivet med denne aggresjonen er å skade målet for aggresjonen og beskrives som lite gjennomtenkt, uplanlagt og impulsiv. Når målet for aggresjonen er å påføre ekstrem skade, kalles det vold. All vold er aggresjon, men all aggresjon er altså ikke vold (Anderson og Bushman, 2002).

På verdensbasis rapporteres det økning i tilfeller med bruk av vold og aggresjon i sykehusene (Jiao et. al., 2015). Vold og aggresjon er en av de mest utfordrende fenomenene en møter i psykisk helsevern. Forebygging og håndtering av vold og aggresjon har vært et tema siden etableringen av de psykiatriske institusjonene. Lenge var forskningen ensidig fokusert på pasienten og antakelsen om at atferden kun var knyttet til faktorer i den enkelte pasienten. Gradvis har en sett at det foreligger mer komplekse årsakssammenhenger, blant annet står samhandlingen mellom pasient og miljøterapeut sentralt (Bjørkdahl, 2010). Denne studien belyser betydningen av denne samhandlingen ved å se på den terapeutiske relasjonens rolle i situasjoner hvor pasienten viser reaktiv aggresjon.

Den psykiatriske behandlingen i sykehusene har vært og er i bevegelse vekk fra sitt kustodielle preg hvor oppbevaring og kontroll av pasientene står sentralt. En ønsker en mer aktiv behandling hvor relasjon mellom terapeut og pasient vektlegges. Relasjonens betydning som redskap i behandling av psykiske lidelser har vist seg som den viktigste faktor for endring og bedring uavhengig av øvrig behandlingsmetode (Miller og Rollnick, 2002).

## **1.1 Mål**

Målet med denne studien er å undersøke miljøterapeuters forhold til relasjonens betydning i møte med reaktiv aggresjon. Eksplorere deres faglige vurderinger og deres erfaringer i møte med reaktiv aggresjon overfor pasienter de har hatt ulike relasjoner til. Be de vurdere situasjoner de selv har vært delaktige i og sammenlikne de ulike følelser, handlinger og utfall i situasjonene sett opp mot den relasjonen de har til pasientene i de ulike situasjonene.

## **1.2 Hensikt**

Studien gjøres for å kartlegge miljøterapeutenes generelle betraktning om den terapeutiske relasjonens betydning i møte med reaktiv aggresjon. Videre er det ønskelig, for det første, å identifisere fellesnevnerer når det kommer til hvilke ulike følelser som oppstår hos miljøterapeuter i møte med reaktiv aggresjon, sett ut i fra grad av terapeutisk relasjon. For det andre se på hva disse følelsene bidro til av beslutninger hos miljøterapeuten.

## **2.0 Teori**

### **2.1 Miljøterapeutisk relasjon**

En relasjon er terapeutisk når den bidrar til vekst ved å påvirke, utvikle og forandre et annet menneske i en planlagt og faglig retning. Miljøterapeutisk relasjon blir når denne terapeutiske relasjonen foregår i et tilrettelagt miljø, som for eksempel en psykiatrisk avdeling (Skårderud, 2014). Miljøterapeutens evne til å vise empati, engasjement og respekt sammen med formidling av håp, engasjement og optimisme overfor pasienten er grunnleggende for å oppnå en terapeutisk relasjon (Asheim, 2015).

### **2.2 Holdninger**

Miljøterapeutens holdninger overfor den en skal hjelpe står sentralt i oppbygging og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon. Å gi anerkjennelse og å vise empati er eksempler på holdninger som er viktig for tillitt og trygghet i en relasjon (Lillevik, 2014).

#### **2.2.1 Anerkjennelse**

Anerkjennelse er viktig for en bedringsprosess da den er grunnleggende for menneskers utvikling. Det er en forutsetning for anerkjennelse at en som miljøterapeut ser pasienten som et subjekt, at det foreligger en subjekt – subjekt – relasjon. Når hjelperen evner og interesserer seg for å gå sammen med pasienten, lar pasienten medvirke i utforskningen av egne symptomer, fremfor å stå på utsiden å vurdere, opprettholdes pasientens autonomi. En tenker og undrer seg sammen om tanker og følelser, mentaliserer sammen. En beveger seg da vekk fra subjekt – objekt – relasjon og over til en subjekt – subjekt – relasjon (Vatne, 2015). Å møte pasienter med høflighet og respekt og invitere til samspill gir gode vekstvilkår for en virksom og terapeutisk relasjon (Borg og Topor, 2003).

### **2.2.2 Å vise empati**

Gjennom å være interessert, oppmerksom, aktiv og oppmuntrende i samhandling med pasienten viser en empati. Øyekontakt, nikking og det å skyte inn verbale interaksjoner til det pasienten formidler viser interesse og oppmerksomhet. Miljøterapeuten gjengir sin forståelse av det formidlede budskap for å undersøke og vise at en har forstått samtidig som den tolkede tilbakemeldingen kan føre til videre utforskning. I samhandling med pasienter med psykotiske symptomer er det ikke alltid lett å vite om en har forstått det som formidles da kommunikasjonsevnen kan være begrenset. I disse tilfeller kan det å stille klargjørende spørsmål være nyttig for å vise at en ønsker å forstå. Dette kan være enkle ja/nei spørsmål for å få bekreftet eller avkreftet det en er usikker på, eller mer åpne spørsmål hvor en ønsker å fokusere mer på et bestemt punkt i samtalen og etterspørre mer informasjon om dette temaet. Målet er å bidra til en mer unison forståelse og det er derfor viktig å unngå å utfordre, uttrykke tvil og dømme pasienten i den empatiske undringen (Mueser, 2006).

### **2.2.3 Mentalisering**

Evnen til å mentalisere kan forstås som evnen til å forstå at andre mennesker er mer enn sin atferd og sitt legeme. I tillegg er det avgjørende for sosial kompetanse å kunne mentalisere da begrepet også innebærer å kunne sette seg inn i hvordan en selv kan bli oppfattet av andre (Høgh Olesen m.fl. 2016).

## **2.3 Aggresjon og sinne**

Aggresjon og sinne er to begreper med et klart skille seg imellom. Sinnesuttrykk blir allikevel i stor grad betegnet som aggresjon blant miljøterapeuter (Vatne, 2015).

Aggresjon er atferd ment for å påføre andre skade og er en handling som ikke nødvendigvis trenger å inneholde følelser eller holdninger. (Bjørkly, 1997). Sinne derimot er en følelse. (Vatne, 2015). Aggresjon kan altså oppstå uten sinne og sinne trenger ikke ende i aggresjon (Bjørkly, 1997). Det finnes flere måter å definere aggresjon. En måte å er i skille mellom

en reaktiv og en proaktiv type. Proaktiv aggresjon er når motivet ikke er å skade, men oppnå sosiale gevinster.

## **2.4 Reaktiv aggresjon**

Reaktiv aggresjon er den type aggresjon som har sitt utspring i følelsene frustrasjon og sinne. Den er en handling eller motsvar på provokasjon når pasienten kjenner seg begrenset eller stoppet i å oppnå et ønske eller mål (Card & Little, 2006). Motivet med denne aggresjonen er å skade målet for aggresjonen og beskrives som lite gjennomtenkt, uplanlagt og impulsiv. Når målet for aggresjonen er å påføre ekstrem skade, kalles det vold. All vold er aggresjon, men all aggresjon er altså ikke vold (Anderson og Bushman, 2002). Aggresjon er et av de største problemene i dagens samfunn og verken proaktiv eller reaktiv aggresjon er avgrenset til å gjelde mennesker med psykiske lidelser (Tremblay, 2010).

### **2.4.1 Reaktiv aggresjon og psykose**

Psykotiske pasienter blir i film og tv ofte fremstilt som farlige. Det er allikevel få psykotiske pasienter som er farlige i virkeligheten og farligheten er sterkt knyttet opp til mangelfull behandling. Psykose vil kunne bidra til en mistolkning av omgivelsene og andre mennesker. Å bli innlagt på en lukket psykiatrisk avdeling mot ens vilje senker terskelen for sinne og aggresjon (Thingnæs, 2010).

## **2.5 Stressreaksjoner**

Redsel og angst kan utløse stressreaksjonene fight, freeze og flight. Diskrepans mellom krav i et miljø og individets ressurser skaper stress (Lazarus, 2006). Siegel, (2012) beskriver det som et toleransevindu. Når en pasients aktivering er innenfor dette vinduet er en på sitt mest oppmerksomme og fungerer optimalt ut fra sine forutsetninger. Videre kan en bevege seg både over toleransegrensen (hyperaktivering) og under toleransegrensen (hypoaktivering). Toleransevinduet størrelse varierer fra person til

person avhengig av ulike faktorer som blant annet personlighet, oppvekst og traumatiske opplevelser. Det legges videre vekt på at tilstedeværelse av en person en er trygg på, vil kunne bidra til at pasienten lettere kan unngå aktivering og i større grad holde seg innenfor sitt toleransevindu.

## **3.0 Metode**

Den vitenskapelig forankring i denne studien er miljøterapeutenes subjektive opplevelser og deres måte å oppfatte møter med reaktiv aggresjon på, som er undersøkelsesobjektet. Den tyske filosofen Edmund Husserl var en av grunnleggerne av fenomenologien. Fenomenologen søker å forstå menneskers subjektive perspektiver, våre måter å forstå virkeligheten på (Kaiser, 2000). Innenfor fenomenologisk filosofi er objektivitet et uttrykk for troskap mot de undersøkte fenomenene (Kvale & Brinkmann, 2009). Samtidig påvirker vi vårt materiale, sett ut i fra en hermeneutisk erkjennelsestradisjon som handler om å tolke menneskelig mening (Malterud, 2011). Egen påvirkning av materialet reduseres i størst mulig grad for å kunne sammenfatte kunnskap som er lojal mot informantenes erfaringer og uttrykk.

Kvalitativ metode ble brukt ved å gjennomføre individuelle semistrukturerte intervjuer med fire miljøterapeuter med ulik grad av erfaring. Tydelige begrepsavklaringer er gjort før intervjuet for å motvirke misforståelser. Alle informantene hadde sitt daglige arbeid i en lukket psykiatrisk sengepost. De ble spurt om å beskrive ulike situasjoner de har vært deltaker i. Videre ble de bedt om å sammenlikne egne følelser, handlinger og beslutninger i forhold til hvilken relasjon som forelå mellom miljøterapeut og pasient i de ulike situasjonene. De er spurt om hvor de har tilegnet seg kunnskap om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon og om hvordan de går frem for å oppnå en slik relasjon. Det empiriske materialet er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

### **3.1 Tilnærming**

Metoden man benytter er avgjørende for om forskningen som blir utført klarer å besvare problemstillingen (Thagaard, 2013). Det finnes flere ulike kvalitative metoder. Denne studien søkte å forstå verden sett fra miljøterapeuters side og avdekke deres opplevelser av verden, noe det kvalitative forskningsintervjuet egner seg godt til. Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer med informantene ansikt til ansikt. Dette gir forskeren adgang til nonverbal kommunikasjon, noe som kan bidra til å kvalitetssikre studien og øke datas gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **3.2 Utvalg**

Utvalget avgjør hvilken side av saken vi kan si noe om, og hva dette er gyldig for. Et variert og rikt materiale om det du ønsker å si noe om etter at undersøkelsen er gjennomført, er avhengig av hvordan utvalget er satt sammen. Målsettingen med studien var at materialet skulle ha potensiale til å belyse ulike sider av problemstillingen som ble reist og et strategisk utvalg ble gjort i denne studien (Malterud, 2011). Det vil si at vi velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2013). Utvalget i denne studien er miljøterapeuter med lik grunnutdanning på Bacholernivå, men med ulik grad av erfaring og etterutdanning. To kvinnelige og to mannlige informanter ble intervjuet. Aldersspennet var 23 år til 35 år.

Når det gjaldt utvalgets størrelse, er det vanskelig på forhånd å bestemme nøyaktige antall informanter. Det vil i mange tilfeller ikke avgjøres før undersøkelsen nærmer seg slutten (Johannessen et al., 2010). I prosessen med rekruttering av deltakerne kan størrelsen på utvalget vurderes i forhold til metningspunktet og oppgavens omfang (Thagaard, 2013). Jeg ønsket å la dette være det veiledende prinsippet og anslo at fire til seks informanter skulle intervjues. Jeg gjennomførte to prøveintervjuer og fire intervju med miljøterapeuter.

Det bør foretas noen beslutninger før forskeren setter i gang med rekrutteringen (Johannessen et al., 2010). Før jeg startet med rekrutteringen av informanter til studien, ble det overveid hvordan selve rekrutteringen skulle foregå. Jeg kontaktet postleder på avdelingen og fikk tillatelse til å selv velge ut de miljøterapeutene jeg ønsket å intervju basert på ulik erfaring og etterutdanning. Da jeg fra før, i store trekk, kjente til de ulike miljøterapeutenes erfaring og grad av etterutdanning var dette ikke en stor prosess. Alle miljøterapeutene jeg forespurte takket ja til å delta.

### **3.3 Intervjustruktur**

Kvalitative intervjuer kan være mer eller mindre strukturerte. For denne studien ble det valgt et semistrukturert intervju med en overordnet intervjuguide. Spørsmål, temaer og rekkefølge kan varieres. Jeg anså det som for ustrukturert og risikofylt å ikke ha en



intervjuguide, samtidig var det ikke ønskelig å låse seg fast til en struktur med faste spørsmål forberedt på forhånd med tanke på å få svar på studiens problemstilling. Det semistrukturerte intervjuet vil åpne opp for en balanse mellom standardisering og fleksibilitet (Johannessen et. al., 2010).

### **3.4 Gjennomføring av intervjuene**

I følge Johannessen et. al., (2010) er et intervju en relasjon mellom to deltakere. Informasjonen som kommer ut av intervjuet er avhengig av relasjonen mellom disse to. Kvale & Brinkmann (2009) sier at intervjuet og den som blir intervjuet påvirker hverandre. Det er flere forhold som kan påvirke intervjuet. Rammen rundt intervjuet er et av disse forholdene (Johannessen et al., 2010). Intervjuene av de fire informantene ble gjennomført på deres arbeidsplass. Begrepsavklaringer ble gjort før intervjuet for å hindre misforståelser. Videre ble hensikten med studien og forskers rolle klargjort. Informantenes rett til å trekke seg fra studien ble informert om både før og etter intervjuet. En debriefing ble gjennomført etter intervjuet slik Kvale og Brinkmann (2009) anbefaler, ingen oppgav å ha opplevd intervjusituasjonen ubehagelig. Relasjon mellom forsker og informant bidro å skape en tillitsfull, fortrolig og trygg atmosfære slik at informantene ønsket å dele sine erfaringer (Thagaard, 2013).

### **3.5 Dokumentering**

Lyddoptak og notatblokk ble benyttet for dokumentasjon under intervjuene. Informantene fikk på forhånd informasjon om dette gjennom informasjonsskrivet. Gester, ansiktsuttrykk og annet som ikke fanges opp via lyd, ble nedtegnet. Jeg forsøkte å gjøre dette på en diskret måte for ikke å forstyrre samtalen (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **3.6 Transkribering**

Det er viktig som forsker å være bevisst på at transkriberingen ikke gjenspeiler virkeligheten fullstendig. De virkelige rådata er den faktiske hendelsen mellom partene i

situasjonen. Formålet er å fange opp samtalen i en form som representerer det informantene hadde til hensikt å formidle (Malterud, 2011).

Kvale & Brinkmann (2009) sier at det ikke finnes en sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. De påpeker at de forskjellige transkripsjonene er konstruksjoner av forskjellige verdener. Det anbefales forskeren å velge transkripsjonsprosedyrer som er egnet til å få fram det man vil studere og som best ivaretar meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte (Malterud, 2011).

Transkripsjon innebærer også etiske problemstillinger (Kvale & Brinkmann 2009).

Med bakgrunn i studiens vitenskapelige forankring, ble det funnet hensiktsmessig å transkribere både verbal og nonverbal kommunikasjon. Intervjuer har også transkribert da tilstedeværelse ga mulighet til å huske momenter av betydning for meningen i teksten, samt muligheten til å oppklare uklarheter. Dette styrker validiteten i analysearbeidet (Malterud, 2011).

### **3.7 Datareduksjon, analyse og fortolkning**

Før analyse av data, måtte mengden data reduseres. Det finnes ingen fasit på hvordan dette skal gjøres. Forskeren leser datamaterialet fortolkende for å forstå den dypere mening med folks tanker (Johannessen et al., 2000). I følge Malterud (2011) vil enhver beskrivelse være farget av tolkninger og enhver tolkning bygger på beskrivelser. Systematisk tekstkondensering egner seg for utvikling av beskrivelser og delvis utvikling av begreper og for en nybegynner kan det være en fordel å følge en foreliggende analyse. Systematisk tekstkondensering som analysemetode ble derfor valgt.

Den transkriberte teksten ble lest nøye på leting etter meningsbærende enheter. Alle utsagn med relevans for problemstillingen ble markert og systematiseres ved koding. All tekst med fellesnevner ble samlet under samme kode (Malterud, 2011). Målet var å få fram beskrivelser av:

- (1) Situasjoner med reaktiv aggresjon med tilstedeværelse eller fravær av terapeutisk relasjon.
- (2) Meninger om den terapeutiske relasjonens rolle som forebygger og deeskalerer i møte med reaktiv aggresjon.

(3) Kunnskap om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon og hvordan denne kunnskapen er ervervet.

Kunnskapen er så abstrahert. Tekstdelene i de meningsbærende enhetene er trukket ut og sortert i undergrupper. Det lages et kondensat som bærer med seg innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene. Kondensatet brukes videre som utgangspunkt for presentasjon av resultat.

### **3.8 Forforståelse**

Forforståelsen var at det forelå lite kjennskap blant informantene om begrepene reaktiv aggresjon og terapeutisk relasjon da det finnes mange forskjellige måter å definere disse begrepene. Det ble derfor valgt å ha en begrepsavklaring før intervjuet for å motvirke misforståelser. Forventningene var at miljøterapeutene ville formidle at en terapeutisk relasjon har innflytelse i møte med reaktiv aggresjon og at kunnskapen var ervervet gjennom erfaring og ikke utdanning. Bevisstheten om at egen forforståelse i minst mulig grad skulle influere på det empiriske materialet har vært tilstede gjennom hele prosessen (Malterud, 2011)

### **3.9 Avgrensninger**

Diagnosespekter for pasientene avgrenses til å gjelde F20- 29 i diagnosesystemet ICD 10. Dette gjøres da dette er den gruppen pasienter informantene primært møter i sin arbeidshverdag.

Videre er det ønskelig å utelukke å belyse ekstra problemstillinger knyttet til aggresjon ved blant annet rusutløste tilstander av psykose og autisme av hensyn til oppgavens omfang. Det vil videre kunne være flere likhetstrekk i møte med aggresjon rettet utad og aggresjon rettet innover mot seg selv. I denne studien blir det fokusert på den terapeutiske relasjonens betydning i møte med aggresjon rettet utad da forskjellene allikevel er så mange at de skal skilles og belyses separat. Studien tar for seg den reaktive formen for aggresjon.

### **3.10 Juridiske og etiske overveielser**

I følge Johannessen et. al., (2010) skal forskning underordne seg juridiske retningslinjer og etiske prinsipper. I denne studien er både juridiske og forskningsetiske retningslinjer og etiske problemstillinger vurdert og overveid.

En prosjektplan for studien ble sendt til personvernombudet og godkjent der før intervjuene fant sted.

## 4.0 Resultater

Miljøterapeutene beskriver sine følelser, handlinger og beslutninger som svært forskjellige i møte med reaktiv aggresjon avhengig av terapeutisk relasjon. Følelser som redsel, avmakt og usikkerhet dominerer i møte med reaktiv aggresjon når en terapeutisk relasjon er fraværende. I møte med reaktiv aggresjon hvor en terapeutisk relasjon er etablert beskrives følelser som trygghet, mestring og kontroll. Videre beskrives det at disse følelsene blir førende for de handlingene som gjennomføres og beslutningene som tas. Det fremkommer ulike svar i forhold til hvor kunnskapen om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon er tilegnet. Fremgangsmåten de ulike miljøterapeutene benytter seg av er teoretisk forankret og tilnærmet like.

Analysen medførte at to hovedkategorier ble identifisert. Disse vil bli kort presentert for å vise hvorfor disse er blitt valgt til å representere innholdsbeskrivelsene og sitatene i underkategoriene. De ulike underkategoriene vil bli presentert hver for seg og her utdypes noen resultater som ikke finnes med i artikkelen.

Første hovedkategori er: Den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon. Den inneholder underkategoriene: (1) Miljøterapeutens følelser og handlinger. (2) Pasienten toleranse. (3) Sinne og aggresjon. Hovedkategori to er: Kunnskap om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon.

Underkategoriene her er: (1) Anerkjennelse, empati og mentalisering. (2) Hvordan er denne kunnskapen ervervet.

### 4.1 Den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon.

Den terapeutiske relasjonens rolle i bedringsprosessen er det stor faglig enighet om at er stor. Denne studien ser på dens rolle i møte med reaktiv aggresjon og det ble funnet naturlig å ha dette som en hovedkategori.

## 4.2 Miljøterapeutenes følelser og handlinger

Det fremkom forskjeller i følelser og handlinger relatert til om det forelå en terapeutisk relasjon mellom miljøterapeut og pasient eller ikke. Informantene gav hver for seg og på sin måte uttrykk for at følelsene som oppstår er relativt like i møte med reaktiv aggresjon. Handlingene varierer i større grad. Som en informant beskrev:

*«Hvis jeg ikke kjenner pasienten blir jeg redd og kan få tunnelsyn. Jeg klarer ikke å tenke faglig og vil vekk fra situasjonen eller bare få den løst så fort som mulig».*

Andre informanter sa:

*«Jeg blir aktivert og løsningsorientert».*

Og:

*«Jeg har noen ganger bare stukket av når jeg har blitt redd uten å tenke over det».*

I situasjoner hvor det foreligger en terapeutisk relasjon samsvarer også her følelsene som oppstår i stor grad. Handlingene er i tillegg mer samsvarende:

*«Jeg blir mer fokusert, enn redd, får lyst til å hjelpe pasienten å roe seg». Føler meg tryggere og føler jeg vet litt mer hva jeg kan forvente meg. Dette gjør at jeg orker å stå lengre i situasjonen, kan ta imot mer uten å bli så aktivert og redd og får ikke samme behov for å gjøre noe».*

En informant beskriver en situasjon hvor to pasienter har omtrent samme opptreden samtidig. Begge er aggressive og truende etter å ha blitt korrigert på sin væremåte. Flere miljøterapeuter tilkalles for assistanse, den ene pasienten er godt kjent og det beskrives at flere miljøterapeuter har en god relasjon til ham. Den andre pasienten er innlagt for første gang og ingen har noen terapeutisk relasjon til ham. Informanten beskriver etter hvert hvordan episoden ble løst:

*«En miljøterapeut som kom til i situasjonen, hadde en god relasjon til den ene pasienten. Pasienten ble med ham inn på sitt rom hvor han roet seg i samtale med miljøterapeuten. Den andre pasienten prøvde vi å snakke med, men han roet seg ikke. Han ble tatt tak i og ført inn på rommet hvor han gjorde mye motstand og ble etterhvert beltelagt».*

### 4.3 Pasientens toleranse

Analysen viste at flere av informantene anså pasientens evne til å forholde seg til krav i miljøterapien som influert av terapeutisk relasjon:

*«Kanskje det viktigste er at pasienten tåler mer når en har en god relasjon».*

En annen informanter sa:

*«Jeg har mange ganger opplevd at en miljøterapeut kan be pasienten om nesten alt. Hvis andre gjør det samme kan det bli skummelt».*

Mens en tredje sa:

*«Jeg gir pasienter jeg ikke kjenner større albuerom, prøver å unngå konflikter og fokuserer heller på å skape en relasjon».*

Denne informanten beskrev videre en pasient med store vansker når det kom til å kontrollere egen aggresjon som han hadde en terapeutisk relasjon til. Pasienten hadde uttrykt flere ganger:

*«Jeg må slå, jeg må slå, men ikke deg».*

Informanten beskrev videre:

*«Jeg ble værende med pasienten alene til dette akutte behovet hadde gitt seg».*

### 4.4 Sinne og aggresjon

Forskjellene på sinne og aggresjon er beskrevet i teoridelen av denne studien.

Informantene kunne beskrive forskjellene på disse begrepene og svarene når det kom til å identifisere forskjellene i praksis var samsvarende:

*«Det er vanskelig noen ganger å skille sinne fra aggresjon, spesielt når pasienten er ukjent».*

En annen informant sa:

*«Jeg har opplevd at jeg selv og andre har tolket sinne som aggresjon. Ettersamtalen med pasienten har vist at vi misforsto og overreagerte».*

På oppfølgingsspørsmål sier informanten:

*«Ja, jeg har da tenkt at om jeg hadde hatt en bedre relasjon til denne pasienten ville situasjonen blitt håndtert annerledes».*

#### **4.5 Kunnskap om opprettholdelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon**

Den teoretiske kunnskapen om den terapeutiske relasjonen viste seg å være godt forankret hos informantene. De hadde en del forskjellige måter å beskrive fenomenet på, men gjennom analysen er essensen i det de formidler forenlige med hverandre. En informant sa:

*«Man må jo vite litt om disse tingene, er jo lett å gå på en smell og å ta for stor risiko ved å tro at en har en bedre relasjon enn en egentlig har».*

#### **4.6 Anerkjennelse, empati og mentalisering**

Informantene er samstemte i at dette er viktige holdninger for opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon.

*«Bakgrunnen til pasienten kan ofte gjøre at en lettere kan forstå og sette seg inn i situasjonen og ikke bare se sinne og aggresjonen, men et menneske som trenger hjelp».*

En annen informant uttrykker det slik:

*«Det er viktig å tåle det pasienten formidler, forstå hva aggresjonen kan være et uttrykk for og ha medfølelse i forhold til dette».*

Den samme informanten sier senere:

*«Det er litt av en utfordring å skulle anerkjenne og vise empati når man blir skjelt ut, truet eller slått av noen man ikke kjenner. Blir vanskelig å se mer enn den atferden som pasienten viser».*



#### **4.7 Hvordan er denne kunnskapen ervervet**

Her var tre informanter sammenliknbare i sine svar, mens en informant skilte seg ut. De tre sammenliknbare informantene representeres ved en informants sitat:

*«Dette er bare sånn en jobber her. Kan ikke huske å ha lært dette fra noe powerpoint, men snakker litt om holdninger og deeskalering noen ganger når vi har trening i terapeutisk mestring av aggresjon».*

Informanten som skilte seg ut i sitt svar sa:

*«Vi hadde en god del om dette på bacheloren».*

## 5.0 Diskusjon

Hensikten med studien var å få kunnskap om miljøterapeuters vurdering av den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon på sin arbeidsplass og kartlegge miljøterapeutenes teorigrunnlag for opprettelse og vedlikeholdelse av en slik relasjon.

Det ble identifisert to hovedkategorier og fem underkategorier. Dette kapittelet tar utgangspunkt i de to hovedkategoriene.

### 5.1 Den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon

Dataen fra informantene hentyder til at den terapeutiske relasjonen spiller en stor rolle i i møte med reaktiv aggresjon. I situasjoner hvor det foreligger en terapeutisk relasjon mellom miljøterapeut og pasient fremstår det som at reaktiv aggresjon i stor grad kan forebygges og deeskaleres. I tilfeller hvor en terapeutisk relasjon ikke foreligger fremstår det som at det er få virkemidler tilgjengelig foruten bruk av tvang. En terapeutisk relasjon krever en innsats fra miljøterapeutene og kan ta tid å etablere. Situasjonen som beskrives om to pasienters samtidige atferd i form av reaktiv aggresjon beskriver at tilnærmet lik atferd kan få helt forskjellige konsekvenser for pasienter. Kanskje er dette noe en bare må akseptere?

I Psykisk helsevernloven § 4.8 står det «Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige».

Hvilke lempeligere midler har en til disposisjon når en som miljøterapeut blir redd og opplever situasjonen som så krevende at stressreaksjoner oppstår? I møte med reaktiv aggresjon, hvor går grensen for når bruk av tvangsmidler er uomgjengelig nødvendig?

Uttalelsen om at en lettere kan forstå en person en kjenner og dermed kunne se et menneske som trenger hjelp og ikke bare sinne og aggresjon åpner for en subjektivering av pasienten som igjen åpner opp for anerkjennelse. Ved å klare å

fokusere på mennesket bak aggresjonen vil en kanskje da klare å motvirke egen redsel og egne stressreaksjoner?

Informantenes opplysninger hentyder til dette, men sier samtidig at dette er en vanskelig øvelse når en terapeutisk relasjon er fraværende. Det vil være naturlig også for en miljøterapeut å kjenne på redsel og angst i møte sinne og aggresjon (Belin, 1997).

Det finnes ingen enkeltstående indikatorer på å kunne forutse reaktiv aggresjon. En måte å bidra til personlig vekst i møte med pasienter med reaktive aggresjons problemer er å forstå denne atferden som mer enn bare skadende atferd, men også som et tegn på manglende eller fraværende sosiale ferdigheter (Bjørkly, (1997).

Det er kanskje en utopi å helt utrydde aggresjon i de lukkede psykiatriske sengepostene, men kanskje er det mulig å redusere antallet hendelser og alvorlighetsgraden av de. Richter og Whittington (2006), Mellesdal (2003) og Duxbury (2002) hentyder til at en paternalistisk kultur i en lukket psykiatrisk sengepost er en viktig risikofaktor for aggresjon og vold hos pasientene. Samtidig er miljøterapiens fokus på omsorg og relasjonsbygging problematisert opp mot de utfordringer miljøterapeuten står overfor, blant annet i møte med reaktiv aggresjon. (Deacon et. al, 2006)

Som miljøterapeut i arbeid med alvorlige psykiske lidelser forventes det at en har teoretisk kunnskap om symptomer ved psykose. Når en for eksempel ser eller hører ting som ingen andre gjør eller er overbevist om at noen vil en vondt kan en gjerne forstå at redsel og angst er sentrale aspekter ved psykose. At faren ikke er reell har ingen betydning for reaksjonen, så lenge vedkommende som opplever den oppfatter den som reell. I en lukket psykiatrisk sengepost er det å få steder man kan rømme vekk fra den faren man opplever og flight blir derfor i liten grad aktuelt. Freeze, hvor en fryser til, trekker seg tilbake og isolerer seg er et handlingsmønster en ofte ser blant mennesker med psykoselidelse. Isolasjon og tilbaketrekking jobbes det aktivt med å forebygge og motvirke ved at miljøterapeuter forsøker å motivere for samtaler, deltakelse i fellesmiljøet, turer ut og liknende. Fight er reaksjonen hvor en tar opp kampen mot det som oppfattes som farlig, da for eksempel representert ved en miljøterapeut.

Informanten som beskriver «jeg gir pasienter jeg ikke kjenner større albuerom», er kanskje inne på noe vesentlig. Ved å redusere situasjoner hvor pasienten utsettes for press fra miljøterapeuten, vil dette også kunne føre til reduksjon av antall situasjoner

pasienten reagerer med reaktiv aggresjon. Gradvis, som den terapeutiske relasjonen utvikler seg kan en øke sin påvirkning på pasienten i retning mot bedring.

Studien viser at stressreaksjonene vi alle bærer med oss som mennesker er forskjellige fra miljøterapeut til miljøterapeut og pasient til pasient. Diskrepans mellom krav i et miljø og individets ressurser skaper stress (Lazarus, 2006).

Disse reaksjonene beskrives som sterke og ofte automatiske. Reaksjonene knyttes tett opp til redsel og redselen knyttes igjen tett opp til manglende terapeutisk relasjon i møte med reaktiv aggresjon. Når det beskrives at evnen til å tenke faglig reduseres kan dette hentyde til at teoretisk kunnskap har begrenset funksjon når stressreaksjoner inntreffer.

Tilstedeværelse av en person en er trygg på, vil kunne bidra til at en lettere kan unngå aktivering og i større grad holde seg innenfor sitt toleransevindu. Stressreaksjoner er menneskelige egenskaper og derfor også gjeldene for miljøterapeuter. Alle informantene beskriver redsel som en dominant følelse som opptrer i møte med reaktiv aggresjon og en fight, flight, freeze reaksjon vil kunne gjøre seg gjeldene (Siegel, 2012).

Ingen av informantene beskriver å ha erfart freeze- reaksjon hos miljøterapeuter. En informant beskriver flight- reaksjon ved å rømme når hun blir redd. De tre andre beskriver aktivering sammenliknbart med en fight- respons i situasjoner hvor de opplever redsel. Videre beskriver alle informantene at de har opplevd ulike kollegaer som har reagert med enten fight eller flight i flere tilfeller. I følge informantene er fight den mest observerte reaksjonen hos miljøterapeuter i møte med reaktiv aggresjon og at det i disse tilfellene ofte ender opp med at miljøpersonalet finner det nødvendig å benytte tvangsmidler for å få kontroll på situasjonen. Redsel beskrives i dataen som en mindre tilstedeværende følelse i møte med reaktiv aggresjon hvor det foreligger en terapeutisk relasjon. Stressreaksjoner vil da ikke gjøre seg like gjeldene for verken pasient eller miljøterapeut og lempeligere måter å håndtere situasjonen på kan være oppnåelige. Miljøterapeuten klarer å vise tilstedeværelse, se fortvilelsen og bruke sine erfaringer og kunnskaper til å bedre situasjonen (Thorgaard, 2006).

## **5.2 Kunnskap om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon**

Noen av informantene beskriver trening i terapeutisk mestring av aggresjon som et verktøy de har i møte med reaktiv aggresjon. Her gjennomføres opplæring i blant annet holdninger og deeskalerende teknikker. Treningen beskrives som viktig og nyttig, men ikke tilstrekkelig for å veie opp for en manglende terapeutisk relasjon blant annet fordi det oppstår problemer med å tenke faglig.

Informantenes utsagn hentyder til at det foreligger lite fokus på undervisning om den terapeutiske relasjonens betydning i bedringsprosessen i grunnutdanningen og at denne kunnskapen er tilegnet gjennom erfaring. Samtidig sier en av informantene, som nylig har gjennomført bachelor, at dette var fokus i grunnutdanningen. Dette kan hentyde til at fokuset på den terapeutiske relasjonen som virkemiddel i bedringsprosessen er økende.

## **5.3 Styrker og svakheter ved studien**

Kvale og Brinkmann (2009) beskriver at validitet i kvalitativ forskning dreier seg om hvorvidt metoden som anvendes egner seg i undersøkelsen, og om validitetsarbeidet kan bidra til å kvalitetssikre alle stadiene i undersøkelsen. Overførbarhet er knyttet til utvalget og på hvilken måte resultatene kan være med på å opplyse en lignende problemstilling i en annen sammenheng (Malterud, 2011).

Det ble funnet lite forskning som spesifikt ser på den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon i en lukket psykiatrisk sengepost. Det finnes dog mye forskning på relasjonens rolle i bedringsprosessen generelt, samt mye forskning på aggresjon som fenomen både i samfunnet og i institusjoner. At det ikke foreligger en universelt akseptert definisjon på aggresjon og vold i en psykiatrisk setting sees på som et tegn på at dette fenomenet ikke er forsket tilstrekkelig på (Cutcliffe og Sanaz, 2013). Studien ble vurdert som relevant som masterprosjekt i relasjonsbehandling.

En svakhet ved valg av problemstilling er at det er lite forskning som direkte sammenfaller med denne studien, men mye forskning som ser på elementene hver for seg. Dette fører til at det er lite forskning å sammenlikne funnene med.

Valget av semistrukturert intervju er gjort da det er en velegnet metode for datainnsamling for personlige opplevelser og erfaringer. Dens styrke er at det under

intervjuet blir mulig å holde fokus på problemstillingen. Samtidig får informantene muligheten til å uttrykke egne opplevelser og erfaringer med tema. Det var ønskelig med et variert utvalg av informanter og det ble derfor valgt informanter med ulik alder, kjønn og grad av erfaring og etterutdanning. En svakhet ved studien er at utvalget er lite og at alle informantene er hentet fra samme arbeidsplass, men størrelsen på utvalget er ikke det avgjørende prinsippet i kvalitative studier (Kvale og Brinkmann, 2009).

Mistanken om et mulig metningspunkt for dataen kom etter tredje intervju, det siste intervjuet bekreftet dette. Hadde studien vært utført på flere sengeposter eller flere sykehus kunne metningspunktet kommet senere og dataen kunne blitt mer variert, dette kunne påvirket resultatet.

En forsker har gjennomført studien, dette kan anses som en svakhet da observasjoner under intervju og tolkning av data kan anses som mindre reliabel enn om flere forskere hadde deltatt. En relasjon mellom forsker og informant forelå og bidro til en trygg ramme for intervjuet. Dette kan allikevel være en svakhet ved at informantenes svar kan farges av denne relasjonen.

Funnene har overførbarhet ved at de kan være av interesse for andre sengeposter enn den informantene er hentet fra og vil kunne ha betydning for utdanningsinstitusjoner når det kommer til hvor stort fokuset skal være på temaet i utdanningen av miljøterapeuter (Kvale og Brinkmann, 2009).

## 6.0 Konklusjon

I møte med reaktiv aggresjon viser denne studien at den terapeutiske relasjonen har en essensiell rolle som forebygger og deeskalerer. Den viser videre at dette er noe miljøterapeuter er bevisste på og at det foreligger teoretisk kunnskap om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon. Informantene beskriver at evnen til å benytte seg av denne kunnskapen hemmes av redsel og stressreaksjoner i situasjoner hvor pasienten viser reaktiv aggresjon og det ikke foreligger en terapeutisk relasjon. Studien konkluderer med at systematisk arbeid med opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon er en viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet som forebygger og deeskalerer i møte med reaktiv aggresjon. Videre viser studien at fokuset på den terapeutiske relasjonen som virkemiddel i bedringsprosessen er i økende fokus i utdanning på bachelor-nivå.

Når en terapeutisk relasjon ikke foreligger viser studien at pasienters terskel for å reagere med aggresjon er lavere. Når dette sammenfaller med at miljøterapeuters evne til å tenke faglig blir redusert og stressreaksjoner aktivert kan dette føre til bruk av tvang. Studien viser at fokuset for miljøterapeuter bør ligge på opprettelse av en terapeutisk relasjon fremfor å aktivt forsøke å påvirke pasienter med aggresjonsproblematikk til bedring uten at det foreligger en terapeutisk relasjon.

## Litteraturliste

Anderson, Craig og Brad Bushman (2002) Human aggression. Annual Review of Psychology, vol 53, s. 27-51

Asheim, Inger Toreskås (2015) Psykosebehandling i en sengepost. Integrering av individuell psykoterapi og miljøterapi. Tidsskrift for norsk psykologiforening. Utgave 9, s. 778-787

Belin, Sverker (1997) Galskapens makt. København: Hans Reitzels Forlag AS

Bjorkdahl, Anna, Palmstinerna, T. & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17, 510–518.

Bjørkly, Stål (1997) Aggresjon og vold. Cappelen Akademiske Forlag AS

Borg, Marit og Alain Topor (2003) Virksomme relasjoner. Oslo: Kommuneforlaget

Card, Noel og Todd Little (2006) Proactive and reactive aggression in childhood and Adolescence: A meta-analysis of differential relations with psychosocial adjustment. International Journal of behavioural Development, vol. 30, s. 466 – 480.

Cutcliffe JR og Sanaz Riahi (2013) Systemic perspective of violence and aggression in mental health care: towards a more comprehensive understanding and



conceptualization: part 1. *International journal of mental health nursing*. Dec; 22 (6): 558-67.

Deacon M., Warne T. & McAndrew S. (2006) Closeness, chaos and crisis: the attractions of working in acute mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 750–757.

Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 325- 337.

Helsedirektoratet (2015) ICD -10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer

Høgh-Olesen, Henrik (m.fl.) *Moderne personlighetspsykologi* (2016)  
Gyldendal Norsk Forlag

Johannesen, A., Tufte., P. A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lazarus Richard S. (2006) Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. J. Personal. 74:9–46

Lillevik, Ole Gregor, Lisa Øien (2014) Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-8

Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning (3.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Mellesdal L. (2003) Aggression on a psychiatric acute ward: a three- year prospective study. Psychological Reports 92, 1229- 1248.

Mueser, Kim (m.fl.) (2006) Integreert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Universitetsforlaget

Richter D. & Whittington R., eds (2006) Violence in Mental Settings: Causes, Consequences, Management. Springer, New York  
Health Settings: Causes, Consequences, Management.

Siegel, Daniel J (2012) The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. New York: Guilford Press.

Thagaard, T. (2013). Systemaikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode (4.utg.). Oslo: Fagbokforlaget.

Thingnæs, Geir & Jan Olav Johannessen (2010) Mestringsbok ved psykose. Hertervig Akademisk.

Thorgaard, Lars (2006) Empatiens bevarelse i relationsbehandlingen i psykiatrien. Hertervig Forlag.

Tremblay, V. E. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems: The original sin hypothesis, epigenetics and their consequences for preventions.

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

# **Hvordan forstår miljøterapeuter relasjonens rolle som forebygger for reaktiv aggresjon?**

Hasse Alexander Blegeberg Ørbjo

Spesialsykepleier ved Stavanger Universitetssykehus

Antall tegn inkludert mellomrom: 18036

Antall ord: 2737

## **Sammendrag**

*Bakgrunn:* Konsekvenser av reaktiv aggresjon krever mye ressurser i en psykiatrisk sengepost og koster samfunnet store summer hvert år. Mye av kostnadene består i bruk av tvang og tvangsmidler da dette krever økt tilstedeværelse, observasjon og håndtering fra miljøterapeuter.

*Hensikt:* Å undersøke miljøterapeuters forhold til den terapeutiske relasjonens betydning i møte med reaktiv aggresjon, og å eksplorere deres faglige vurderinger og erfaringer i overfor pasienter de har hatt ulike relasjoner til. Informantene er bedt om å vurdere situasjoner de selv har vært delaktige i, samt sammenlikne ulike følelser, handlinger og utfall i situasjonene sett opp mot den relasjonen de har til pasientene i de ulike situasjonene.

*Metode:* Studien undersøkte gjennom semistrukturerte intervjuer hvordan miljøterapeuter vurderer den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon i en lukket psykiatrisk sengepost. Dataene er analysert ved å bruke systematisk tekstkondensering.

*Resultat:* Informantene synliggjør den terapeutiske relasjonens rolle som forebygger og deeskalerer i møte med reaktiv aggresjon. Informantenes følelser og handlinger og pasientens toleranse for krav i miljøet viser seg betydelig influert av om en terapeutisk relasjon foreligger eller ikke. Informantene formidler kunnskaper om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon gjennom beskrivelser av begrep som anerkjennelse, empati og mentalisering. Denne kunnskapen er i stor grad ervervet gjennom erfaring, men også gjennom utdanning. Funn i studien kan tyde på at den terapeutiske relasjonen som virkemiddel i bedringsprosessen er i økende fokus i utdanning av miljøterapeuter på bachelornivå.

*Konklusjon:* Studien indikerer at en terapeutisk relasjon spiller en viktig rolle for miljøterapeuter i møte med pasienter som viser reaktiv aggresjon i en lukket psykiatrisk sengepost. Kunnskap om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon foreligger hos miljøterapeutene og fokuset på den terapeutiske relasjon som virkemiddel i bedringsprosessen er økende.

Nøkkelord: Miljøterapi, reaktiv aggresjon, terapeutisk relasjon, kvalitativ studie

## Introduksjon

En relasjon er terapeutisk når den bidrar til vekst ved å påvirke, utvikle og forandre et annet menneske i en planlagt og faglig retning. Miljøterapeutisk relasjon blir når denne terapeutiske relasjonen foregår i et tilrettelagt miljø, som for eksempel en psykiatrisk avdeling (1)

Reaktiv aggresjon er den type aggresjon som har sitt utspring i følelsene frustrasjon og sinne. Reaktiv aggresjon er en handling eller motsvar på provokasjon når pasienten kjenner seg begrenset eller stoppet i å oppnå et ønske eller mål (2). Motivet med denne aggresjonen er å skade målet for aggresjonen og beskrives som lite gjennomtenkt, uplanlagt og impulsiv. Når målet for aggresjonen er å påføre ekstrem skade, kalles det vold. All vold er aggresjon, men all aggresjon er altså ikke vold (3)

På verdensbasis rapporteres det økning i tilfeller med bruk av vold og aggresjon i sykehusene (4). Vold og aggresjon er en av de mest utfordrende fenomenene en møter i psykisk helsevern. Konsekvenser av reaktiv aggresjon krever mye ressurser i en psykiatrisk sengepost og koster samfunnet store summer hvert år. Mye av kostnadene består i bruk av tvang og tvangsmidler da dette krever økt tilstedeværelse, observasjon og håndtering fra miljøterapeuter (5).

Forebygging og håndtering av vold og aggresjon har vært et tema siden etableringen av de psykiatriske institusjonene. Lenge var forskningen ensidig fokusert på pasienten og antakelsen om at atferden kun var knyttet til faktorer i den enkelte pasienten. Gradvis har en sett at det foreligger mer komplekse årsakssammenhenger, blant annet står samhandlingen mellom pasient og miljøterapeut sentralt (6)

Den psykiatriske behandlingen i sykehusene har vært og er i bevegelse vekk fra sitt kustodielle preg hvor oppbevaring og kontroll av pasientene står sentralt. En ønsker en mer aktiv behandling hvor relasjon mellom terapeut og pasient vektlegges. Relasjonens betydning som redskap i behandling av psykiske lidelser har vist seg som den viktigste faktor for endring og bedring uavhengig av øvrig behandlingsmetode (7).

Hensikten med studien er å få mer kunnskap om miljøterapeuters forhold til den terapeutiske relasjonens betydning i møte med reaktiv aggresjon. Eksplorere deres faglige vurderinger og deres erfaringer i møte med reaktiv aggresjon overfor pasienter de har hatt ulike relasjoner til. Be de vurdere situasjoner de selv har vært delaktige i,

samt sammenlikne ulike følelser, handlinger og utfall i situasjonene sett opp mot den relasjonen de har til pasientene i de ulike situasjonene.

## **Metode**

### **Design og utvalg**

Studien har et kvalitativt forskningsdesign. Alle informantene hadde sitt daglige arbeid i en lukket psykiatrisk sengepost. Det er forsøkt å sette til side forforståelsen om temaet for å ikke influere på kunnskapen som det empiriske materialet skal levere (8).

### **Datainnsamling**

Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer med fire miljøterapeuter med ulik grad av erfaring, kursing og etterutdanning. Tydelige begrepsavklaringer er gjort før intervjuet for å motvirke misforståelser. En intervjuguide med fenomenologisk tilnærming var utgangspunkt for intervjuene (9).

Intervjuguiden hadde tre hovedtemaer: 1) opplevelser i møte med reaktiv aggresjon, 2) terapeutisk relasjon i møte med reaktiv aggresjon, 3) hvordan er kunnskapen blitt tilegnet.

Intervjuformen var fleksibel og åpnet for mulighet til oppfølgings spørsmål for å få mer dybde og forståelse.

Intervjuene ble gjennomført av forfatteren på informantenes arbeidsted. Intervjuenes varighet varierte fra 40 – 65 minutter. Båndopptaker ble benyttet og intervjuene ble transkribert rett etterpå.

### **Analyse**

Det empiriske materialet er analysert ved bruk av Malteruds (8) systematisk tekstkondensering. Dette er en deskriptiv og tverrgående analyse i fire trinn.

Først ble alt det transkriberte materialet gjennomgått med fokus på å lytte til fortellingen. I trinn to ble teksten merket til meningsbærende enheter med forskjellige koder

I trinn tre ble de meningsbærende enhetene kondensert innenfor hvert tema til kortere setninger. Likheter og ulikheter hos informantene ble identifisert. Til slutt ble den kondenserte teksten sammenfattet samtidig med at råmaterialet ble gått tilbake til og helheten som tekstsekvensen var tatt ut av ble undersøkt.

## **Etikk**

Studien ble godkjent av Personvernombudet ved Stavanger universitetssykehus forut for oppstart. Informantene ble personlig invitert til å delta slik at kun forfatteren kjenner informantenes identitet. Lydopptak ble slettet etter transkribering.

Samtykkeskjema og krypteringsnøkkel ble oppbevart atskilt fra datamaterialet og lagret etter gjeldende retningslinjer.

## **Resultater**

Analysen medførte at to hovedkategorier og fem underkategorier ble identifisert.

Første hovedkategori er: Den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon. Den inneholder underkategoriene: (1 Miljøterapeutens følelser og handlinger. (2 Pasienten toleranse. (3 Sinne og aggresjon. Hovedkategori to er: Kunnskap om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon.

Underkategoriene her er: (1 Anerkjennelse, empati og mentalisering. (2 Hvordan er denne kunnskapen ervervet.

### **Den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon.**

Den terapeutiske relasjonens rolle i bedringsprosessen er det faglig enighet om at er stor. og det ble funnet naturlig å ha dette som en hovedkategori.



## **Miljøterapeutenes følelser og handlinger**

Det fremkom forskjeller i følelser og handlinger relatert til om det forelå en terapeutisk relasjon mellom miljøterapeut og pasient eller ikke. Informantene gav hver for seg og på sin måte uttrykk for at følelsene som oppstår er relativt like i møte med reaktiv aggresjon. Handlingene varierer i større grad. Som en informant beskrev:

*«Hvis jeg ikke kjenner pasienten kan jeg bli så redd at jeg bare må komme meg vekk, klarer ikke å tenke faglig».*

En annen informant sa:

*«Jeg blir redd og får behov for å løse situasjonen raskt».*

I situasjoner hvor det foreligger en terapeutisk relasjon samsvarer også her følelsene som oppstår i stor grad. Handlingene er i tillegg mer samsvarende:

*«Jeg blir ikke så redd, klarer å benytte meg av det jeg har lært og sett fungere i liknende situasjoner tidligere».*

En informant beskriver en situasjon hvor to pasienter har omtrent samme opptreden samtidig. Begge er aggressive og truende etter å ha blitt korrigert på sin væremåte:

*«Den ene pasienten visst vi at tidligere hadde gjenvunnet kontroll ved å få snakke ut med en miljøterapeut han stoler på. Den andre pasienten visste vi ikke noe om, vi ble redde, pasienten ble redd og det endte med bruk av tvang».*

## **Pasientens toleranse**

Analysen viste at flere av informantene anså pasientens evne til å forholde seg til krav i miljøterapien som influert av terapeutisk relasjon:

*«Alt blir så mye lettere når vi samarbeider og pasienten stoler på at jeg vil han godt og vet hva jeg driver med».*

En annen informanter sa:

*«Når jeg ikke kjenner pasienten er det det å bli kjent som er i fokus, fokuserer på det store bildet og er lite konfronterende overfor pasienten»*

## **Sinne og aggresjon**

Informantene kunne beskrive forskjellene på disse begrepene teoretisk ved å identifisere sinne som en følelse og aggresjon som en handling. Svarene når det kom til å identifisere forskjellene i praksis var samsvarende:

*«Grensen mellom sinne og aggresjon er vanskelig å identifisere, spesielt hos noen du ikke kjenner. Her blir det gjort endel feilvurderinger».*

## **Kunnskap om opprettholdelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon**

Den teoretiske kunnskapen om den terapeutiske relasjonen viste seg å være godt forankret hos informantene. De hadde en del forskjellige måter å beskrive fenomenet på, men gjennom analysen er essensen i det de formidler forenlige med hverandre.

*«Når pasienten stoler på deg i en slik grad at han blir med i den retning du foreslår, være seg i en akutsituasjon med aggresjon eller behandling generelt, da er relasjonen terapeutisk».*

## **Anerkjennelse, empati og mentalisering**

Informantene er samstemte i at dette er viktige holdninger for opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon.

*«Det er lettere å forstå en person en kjenner og dermed se menneske som trenger hjelp og ikke bare sinne og aggresjon, atferden definerer ikke nødvendigvis hvem pasienten er»*

## **Hvordan er denne kunnskapen ervervet**

Her var tre informanter sammenliknbare i sine svar, mens en informant skilte seg ut:

*«Lært det av å jobbe her, fått veiledning underveis».*

Informanten som skilte seg ut var nyutdannet og sa:

*«Vi hadde en god del om dette på bacheloren».*

## **Diskusjon**

Dette kapittelet tar utgangspunkt i de to hovedkategoriene.

### **Den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon**

Dataen fra informantene hentyder til at den terapeutiske relasjonen spiller en stor rolle i hvordan pasientene blir møtt på ved reaktiv aggresjon. I situasjoner hvor det foreligger en terapeutisk relasjon mellom miljøterapeut og pasient fremstår det som at reaktiv aggresjon i stor grad kan forebygges og deeskaleres. I tilfeller hvor en terapeutisk relasjon ikke foreligger fremstår det som at det er få virkemidler tilgjengelig foruten bruk av tvang. Situasjonen som beskrives om to pasienters samtidige atferd i form av reaktiv aggresjon beskriver at tilnærmet lik atferd kan få helt forskjellige konsekvenser for pasienter. Kanskje er dette noe en bare må akseptere?

I Psykisk helsevernloven § 4.8 står det at tvangsmidler skal bare brukes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre skade og lempeligere midler skal ført være utprøvd.

Hvilke lempeligere midler har en til disposisjon når en som miljøterapeut blir redd og opplever situasjonen som så krevende at stressreaksjoner oppstår? I møte med reaktiv aggresjon, hvor går grensen for når bruk av tvangsmidler er uomgjengelig nødvendig?

Uttalelsen om at en lettere kan forstå en person en kjenner og dermed kunne se et menneske som trenger hjelp og ikke bare sinne og aggresjon åpner for en subjektivisering av pasienten som igjen åpner opp for anerkjennelse. Informantenes opplysninger hentyder til at ved å klare å fokusere på mennesket bak aggresjonen vil en kunne motvirke egen redsel og egne stressreaksjoner. På denne måten vil en også kunne være i stand til å få lempeligere midler enn tvangsmidler til å være tilstrekkelig i møte med reaktiv aggresjon.

Som miljøterapeut i arbeid med alvorlige psykiske lidelser forventes det at en har teoretisk kunnskap om symptomer ved psykose. Når en for eksempel ser eller hører ting som ingen andre gjør eller er overbevist om at noen vil en vondt kan en gjerne forstå at redsel og angst er sentrale aspekter ved psykose. At faren ikke er reell har ingen betydning for reaksjonen, så lenge vedkommende som opplever den oppfatter den som reell. I en lukket psykiatrisk sengepost er det å få steder man kan rømme vekk fra den faren man opplever og «flight» blir derfor i liten grad aktuelt. «Freeze», hvor en fryser

til, trekker seg tilbake og isolerer seg er et handlingsmønster en ofte ser blant mennesker med psykoselidelse. Isolasjon og tilbaketrekking jobbes det aktivt med å forebygge og motvirke ved at miljøterapeuter forsøker å motivere for samtaler, deltakelse i fellesmiljøet, turer ut og liknende. Den reaksjonen som står igjen er fight, hvor en tar opp kampen mot det som oppfattes som farlig, da for eksempel representert ved en miljøterapeut.

Informanten som beskriver å være mindre konfronterende overfor pasienten før en terapeutisk relasjon foreligger, er kanskje inne på noe vesentlig. Ved å redusere situasjoner hvor pasienten utsettes for press fra miljøterapeuten, vil dette også kunne føre til reduksjon av antall situasjoner pasienten reagerer med reaktiv aggresjon.

Gradvis, som den terapeutiske relasjonen utvikler seg kan en øke sin påvirkning på pasienten i retning mot bedring. Denne studien viser at stressreaksjonene vi alle bærer med oss som mennesker er forskjellige fra miljøterapeut til miljøterapeut og pasient til pasient. Diskrepans mellom krav i et miljø og individets ressurser skaper stress (10).

Disse reaksjonene respondentene beskriver som sterke er ofte automatiske. Reaksjonene knyttes tett opp til redsel og redselen knyttes igjen tett opp til manglende terapeutisk relasjon i møte med reaktiv aggresjon. Når det beskrives at evnen til å tenke faglig reduseres kan dette hentyde til at teoretisk kunnskap har begrenset funksjon i møte med reaktiv aggresjon når en terapeutisk relasjon ikke er etablert.

Siegel (10) legger vekt på at tilstedeværelse av en person en er trygg på, vil kunne bidra til at en lettere kan unngå aktivering og i større grad holde seg innenfor sitt toleransevindue. Kan et godt arbeidsmiljø bidra til å redusere stressreaksjoner hos miljøterapeutene? Stressreaksjoner er menneskelige egenskaper og derfor også gjeldene for miljøterapeuter. Alle informantene beskriver redsel som en dominant følelse som opptrer i møte med reaktiv aggresjon og en fight, flight, freeze reaksjon vil kunne gjøre seg gjeldene.

I følge informantene er fight den mest observerte reaksjonen hos miljøterapeuter i møte med reaktiv aggresjon hvor en terapeutisk relasjon ikke foreligger. Miljøpersonalet finner det ofte nødvendig å benytte tvangsmidler for å få kontroll i disse situasjonene. Redsel beskrives i dataen som en mindre tilstedeværende følelse i møte med reaktiv aggresjon hvor det foreligger en terapeutisk relasjon, fight, flight, freeze respons vil da

ikke gjøre seg like gjeldene for verken pasient eller miljøpersonal og lempligere måter å håndtere situasjonen på kan være oppnåelige.

### **Kunnskap om opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon**

Noen av informantene beskriver trening i terapeutisk mestring av aggresjon som et verktøy de har i møte med reaktiv aggresjon. Her gjennomføres opplæring i blant annet holdninger og deeskalerende teknikker. Treningen beskrives som viktig og nyttig, men ikke tilstrekkelig for å veie opp for en manglende terapeutisk relasjon. Utsagn fra informantene som belyser at treningen ikke i tilstrekkelig grad veier opp for stressreaksjonene er at det oppstår problemer med å tenke faglig. Videre tenker en ikke over sine reaksjoner når en rømmer fra situasjoner eller blir aktivert i møte med reaktiv aggresjon når en terapeutisk relasjon ikke foreligger.

Informantenes utsagn hentyder til at fokuset på den terapeutiske relasjonen som virkemiddel i bedringsprosessen er økende i miljøterapeutenes utdanning på bachelornivå.

### **Styrker og svakheter ved studien**

I litteratursøket forut for oppstart av studien, ble det ikke funnet forskning som spesifikt ser på den terapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon i en lukket psykiatrisk sengepost. Det finnes dog mye forskning på relasjonens rolle i bedringsprosessen generelt, samt mye forskning på aggresjon som fenomen både i samfunnet og i institusjoner. Studien ble vurdert som relevant som masterprosjekt i relasjonsbehandling. En svakhet ved valg av problemstilling er at det er lite forskning som direkte sammenfaller med denne studien, men mye forskning som ser på elementene hver for seg. Dette fører til at det er lite forskning å sammenlikne funnene med.

Valget av semistrukturert intervju er gjort da det er en velegnet metode for datainnsamling for personlige opplevelser og erfaringer. Dens styrke er at det under intervjuet blir mulig å holde fokus på problemstillingen og derfor velegnet i forhold til problemstillingen i denne studien (Kvale og Brinkmann). Det var ønskelig med et variert utvalg av informanter og det ble derfor valgt informanter med ulik alder, kjønn

og grad av erfaring og etterutdanning. En svakhet ved studien er at utvalget er lite og at alle informantene er hentet fra samme arbeidsplass, men størrelsen på utvalget er ikke det avgjørende prinsippet i kvalitative studier ifølge Kvale og Brinkmann (2009).

Mistanken om et mulig metningspunkt for dataen kom etter tredje intervju, det siste intervjuet bekreftet dette. Hadde studien vært utført på flere sengeposter eller flere sykehus kunne metningspunktet kommet senere og dataen kunne blitt mer variert, noe som kunne ha påvirket resultatet.

At dette er en studie gjort av en person kan anses som en svakhet. Kun en forskers observasjoner under intervju og kun en forskers tolkning av data kan anses som mindre reliabel enn om flere forskere hadde deltatt.

Konsensusen blant informantene er stor og resultatene er sammenliknbare. At det forelå en relasjon mellom intervjuer og informant på forhånd bidro til en trygg ramme for intervjuet. Dette kan allikevel være en svakhet ved at informantenes svar kan farges av denne relasjonen.

Informantenes utdanning og erfaring er godt egnet til å belyse problemstillingen og resultatene vil kunne være med på å opplyse liknende problemstillinger i en annen sammenheng (8). Funnene har ikke kun lokal interesse da de vil kunne være overførbare til andre sengeposter enn den informantene er hentet fra. Videre vil utdanningsinstitusjoner kunne ha nytte av funnene når det kommer til hvor stort fokuset skal være på dette temaet i utdanningen av miljøterapeuter (9).

## **Konklusjon**

I møte med reaktiv aggresjon viser denne studien at den terapeutiske relasjonen har en essensiell rolle som forebygger og deeskalerer. Den viser videre at det foreligger kunnskap om begrepene, men at evnen til å benytte seg av den kunnskapen hemmes av redsel og stressreaksjoner i situasjoner med reaktiv aggresjon hvor det ikke foreligger en terapeutisk relasjon. Studien konkluderer med at systematisk arbeid med opprettelse og vedlikeholdelse av en terapeutisk relasjon er en viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet som forebygger og deeskalerer i møte med reaktiv aggresjon. Studien viser at fokuset på den terapeutiske relasjonen som virkemiddel i bedringsprosessen er i økende fokus i utdanning på bachelornivå. Når en terapeutisk relasjon ikke foreligger viser

studien at pasienters terskel for å reagere med aggresjon er lavere. Når dette sammenfaller med at miljøterapeuters evne til å tenke faglig blir redusert og stressreaksjoner aktivert kan dette føre til bruk av tvang.

## **Referanser**

1 Skårderud, Finn og Bente Sommerfeldt (2014) Miljøterapi boken. Mentalisering som holdning og handling. Gyldendal Norsk Forlag.

2 Card, N, Little T (2006) Proactive and reactive aggression in childhood and Adolescence: A meta-analysis of differential relations with psychosocial adjustment. *International Journal of behavioural Development*, vol. 30, s. 466 – 480.

3 Anderson, C, Bushman B (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, vol 53, s. 27-51

4 Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H. Hao, Y. (2015), Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: A cross-sectional survey. *BMJ Open*. 5: e006719.

5 Rubio-Valera M, Luciano JV, Ortiz JM, Salvador-Carulla L, Garcia A, Serrano-Blanco A. (2015). Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: A systematic review of the evidence. *BMC Psychiatry*, **15** (35)

6 Bjorkdahl, A, Palmstinerna, T. & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 510–518.

7 Miller, W. R og S. Rollnick, (2002). Motivational Interviewing (2. utg): Preparing People for Change. New York: Guilford Press.

8 Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

9 Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervjuet (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

10 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven)  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL\\_4#shareModal](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_4#shareModal)

11 Lazarus R. S. (2006) Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. J. Personal. 74: 9–46

### **Takksigelser**

Takk til Inge Joa for kyndig veiledning gjennom studien. En takk også til Renathe Martinez for språkvasking teksten.



# Vedlegg 1

## Intervjuguide

Intervjuguide for miljøterapeuters refleksjoner rundt den terapeutiske relasjonens betydning i møte med reaktiv aggresjon.

Før intervjuet starter får informantene en kort begrepsavklaring for å motvirke misforståelser.

Kan du fortelle om en forelesning du har hatt om hvordan en skaper og vedlikeholder en relasjon i din helsefaglige utdanning?

Hva betyr begrepet terapeutisk relasjon for deg?

Kan du fortelle hva begrepene holdninger, anerkjennelse, empati og mentalisering betyr for deg?

Kan du fortelle om en episode hvor du har opplevd reaktiv aggresjon fra en pasient du har hatt en terapeutisk relasjon til?

Kan du fortelle om en episode hvor du har opplevd reaktiv aggresjon fra en pasient du ikke har hatt en terapeutisk relasjon til?

På hvilken måte vil du si at reaktiv aggresjon påvirker deg forskjellig i møte med en pasient du har en terapeutisk relasjon til, kontra en pasient du ikke har en terapeutisk relasjon til?

Hvordan vil du beskrive forskjellen på sinne og aggresjon?

Kan du fortelle om en episode hvor du har iverksatt bruk av tvangsmidler og i ettertid tenkt at dette kunne vært unngått hvis jeg hadde hatt en bedre relasjon til pasienten?

Hvis ja: Kjenner du deg igjen i påstanden om at din egen usikkerhet bidro til at du fattet denne beslutningen?

## Vedlegg 2

### Godkjenning hos Personvernombudet

Til

Hasse Alexander B. Ørbjo

<b>Intern ID</b>	<b>Ephorte saksnr</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Dato:</b>
Tildeles av forskningsavdelingen	2018/208	Personvernombud Ina Trane	21.01.18

#### **Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med masterprosjektet; «Hvordan forstår miljøterapeuter relasjonens rolle som forebygger for reaktiv aggresjon?»**

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger av 15.11.17 med bilag.

Behandling og utlevering av person - /helseopplysninger i denne saken meldes til personvernombudet med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12,

**Formålet** med masterprosjektet er;

*Formålet med masteroppgaven er å sette fokus på den terapeutiske relasjonens rolle i bedringsprosessen med pasienter i behandling på lukket psykiatrisk avdeling. Fokuset i oppgaven er rollen den spiller som forebygger for reaktiv aggresjon.*

*Prosjektet ønsker å intervju 4-6 miljøterapeuter etter en fastsatt intervjuguide. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og transkribert. Dataene vil bli avidentifisert. Det vil bli innhentet informert samtykke fra deltakerne, etter fremlagt informasjonsskriv.*

Personvernombudet har vurdert prosjektet etter personopplysningsforskriften § 7-27.

Personvernombudet **tilrår** prosjektet under følgende forutsetninger:

1. Prosjektet godkjennes av klinikkssjef/avdelingssjef.
2. Behandling av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen, jf. personopplysningsloven § 11 c). Dersom formålet eller databehandlingen endres må det straks gis melding til personvernombudet.
3. Prosjektet gjennomføres i tråd med personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter.

Det legges til grunn at prosjektet følger UIS sine rutiner for lagring av prosjektdata.

Forøvrig skal

prosjekt data oppbevares forsvarlig og i henhold til personopplysningsforskriften kap. 2.

Dersom det benyttes frittstående PC bør opplysningene krypteres.

4. I henhold til personopplysningsloven § 8 skal den som personopplysningene omhandler samtykke til behandlingen av opplysningene. I henhold til personopplysningsloven § 2 nr. 7, skal et samtykke være: Frivillig, uttrykkelig og informert, hvorpå vedkommende godtar behandlingen av opplysningene om seg selv. For at et samtykke skal være gyldig må det samtidig informeres om hvor lenge personopplysningene skal oppbevares.
5. I prosjektet skal det ikke behandles pasientdata, hvilket bør inntas i informasjonsskrivet til deltakerne. Formålet med studien bør beskrives noe mer utfyllende i informasjonsskrivet.
6. Prosjekt slutt settes til **18.9.18**. Data slettes eller anonymiseres senest **31.5.18**. Det skal ved prosjektslutt sendes *sluttmelding og bekreftet sletting* til personvernombudet.

Ina Trane  
Personvernombud

## Vedlegg 3

### Informasjonsskriv

#### Informasjonsskriv

#### **Masteroppgave i relasjonsbehandling: Informasjonsskriv**

Masteroppgaven i relasjonsbehandling er en del av studiet ved Universitetet i Stavanger. Oppgaven er et selvstendig vitenskapelig arbeid og er godkjent av Universitetet og informantenes arbeidsplass.

Målet med undersøkelsen er å kartlegge miljøterapeuters forståelse og erfaring med den terapeutiske relasjonen i møte med reaktiv aggresjon.

.

#### *Hvordan vil den innsamlede dataen bli brukt?*

All innsamlet data vil bli brukt til videre individuelt arbeid med masteroppgaven. De innsamlede data vil bli anonymisert, analysert og dokumentert i denne masteroppgaven. I noen tilfeller kan oppgaven gjøre bruk av anonymiserte sitater fra deltakere. Det vil ikke bli innsamlet personopplysninger i denne undersøkelsen. Intervjuene vil bli dokumentert ved lydopptak. Det er bare undertegnede som kommer til å lytte til opptakene. Opptakene vil bli transkribert så detaljer som mulig og både lydopptak og skriftlig materiale vil bli oppbevart på en sikret server under forskningsavdelingen ved Helse Stavanger. Her vil navneliste med kode bli oppbevart på eget område og lydopptak og transkribert materiale vil være på adskilt område bare merket med kode. Bare undertegnede har adgang til serveren.

#### *Hvordan vil personvernet ivaretas?*

Alle innsamlede data vil bli behandlet konfidensielt i overensstemmelse med det Europeiske databeskyttelsesdirektivet (95/46/EF 1998). Det vil si at alle data vil bli anonymisert før de blir brukt i masteroppgaven eller eventuelle senere publikasjoner. Oppgaven og publikasjoner vil derfor ikke inneholde noen opplysninger som kan identifisere deg som enkeltperson. Ved prosjektslutt (mai 2018) vil den innsamlede dataen bli slettet. Dette vil gjelde både lydopptak og transkriberte opptak. Anonymisert data, i form av oppgavetekst, kan beholdes på ubestemt tid. De opplysningene du kommer med i intervjuet vil ikke bli kjent for kolleger eller ledelse i personidentifiserbar form.

#### *Hva er rettighetene mine som deltaker?*

Din deltakelse er frivillig. I alt vil 6 personer bli intervjuet, alle ansatt ved !!! .

Som deltaker har du rett til å trekke seg fra utprøvingen når som helst, uten å oppgi noen grunn for dette. Du har også rett til å be den ansvarlige om å stoppe/starte lydopptak når som helst, samt om å slette deler av lydopptak hvis du ønsker det.

*Hvor kan jeg få mer informasjon?*

Hvis du har spørsmål angående denne masteroppgaven kan du kontakte Hasse Ørbjo per e-post [haor@sus.no](mailto:haor@sus.no)

**Takk for at du tok deg tid til å lese igjennom dette informasjonsskrivet. Som bekreftelse på at du har forstått innholdet i skrivet og ønsker å delta som informant i denne masteroppgaven, ber vi deg om å fylle ut samtykkeerklæringen på neste side.**

Med vennlig hilsen, Hasse Ørbjo

## **Vedlegg 4**

### **Samtykkeerklæring**

#### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg samtykker herved om å delta i et intervju med Hasse Ørbjo i forbindelse med mastergradsoppgaven som omhandler den miljøterapeutiske relasjonens rolle i møte med reaktiv aggresjon. Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, og er videre blitt informert om at jeg kan trekke meg fra deltakelsen når som helst, uten å oppgi årsak til dette.

-----  
----- (Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 5

### Forfatterveiledning

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift.

Linjeavstand skal være 1,5.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

#### **INNHOLD I MANUSKRIFTET SOM SENDES INN:**

**På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet.**

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

#### **1. Tittelside:**

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredere publikum.

- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, presenteres i tillegg kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antall figurer og tabeller

## 2. Sammendrag

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord eller 1 500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller legge til dine egne. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.

## Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes, og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.



Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene ble utdelt av sykepleiereb. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt ...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt Skrivetips.

Se også redaktørens leder: Slik skriver du gode forskningsartikler

### **Oppbygging av selve artikkelen**

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

*Introduksjon* til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...»

*Hensikt* med studien og problemstilling(er).

*Metodedel.* Her beskrives forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år dataene ble samlet inn, bearbeiding og analyse av dataene, godkjenning av REK, eventuelt Personvernombudet, og andre relevante instanser. Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

*Resultater.* Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode, får studien vurdert av en statistiker før den sendes inn.

*Diskusjon* (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensninger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

*Konklusjon.* Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

## Figurer og tabeller

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer og tabeller (tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

## Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige tretti.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

## Oversetting til engelsk

1. Fra høsten 2016 blir alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.