

Mentaliseringsbasert miljøterapi kan forebygge aggresjon og vold

Sykepleiere kan hjelpe mennesker med psykiske lidelser til å reagere annerledes i krevende situasjoner .

Forfatter

May Britt Stendal

Spesialsykepleier i psykisk helsearbeid

Boliger psykisk helse og rus Bærum kommune, Regional sikkerhetsavdeling, Dikemark sykehus

Nøkkelord

Mentaliseringsbasert miljøterapi

MBT

aggresjon

psykoskelidelse

Vold

relasjonsbygging

Sykepleien 2018 106(72152)(e-72152)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72152>

HOVEDBUDSKAP

Hensikten med denne artikkelen er å belyse personalets mentaliseringsbaserte miljøterapeutiske kompetanse i møte med mennesker med psykiske lidelser som viser aggresjon og vold. Når personalet føler seg utrygge og usikre, og når gode intensjoner skaper frustrasjon og irritasjon, kan det smitte over på brukeren. Situasjonen kan eskalere og utspille seg til å bli aggressiv og voldelig. Mentaliseringsbasert miljøterapi kan gi personalet økt forståelse om hva som er årsaken til aggresjonen/volden. God mentaliseringsbasert miljøterapi kan bidra til å styrke relasjonen mellom brukeren og personalet, og gi struktur og dempe angstnivå hos brukeren. På denne måten kan aggresjon og vold reduseres.

Aggresjon og vold kan være en reaksjon på avmakt, uttryggghet og uklare rammer som gir frustrasjon hos psykotiske mennesker (1). Å jobbe med brukergruppen gjør at jeg ofte utsettes for aggresjon og vold i forbindelse med mitt arbeidet. Mange brukere oppfatter at de blir forgiftet, overvåket, utsatt for overgrep, styrt utenfra eller utsatt for et komplott. Brukeren «mister seg selv», og symptomer som angst og uro preger opplevelsen. Dette øker igjen risikoen for at vedkommende viser aggresjon og utøver vold.

Mine erfaringer er at brukere ofte har opplevd overgrep eller vold selv, enten i form av omsorgssvikt, tilknytningsforstyrrelser, redusert empati eller manglende sosial kompetanse fra omgivelsene.

Samtidig kan brukere oppleve at aggresjon, vold og makt kan være «nyttig» fordi omgivelsene gjør som de sier, og at de kjenner på mestringsfølelse og stolthet. Ulempen er at aggresjon og vold gir negative konsekvenser. Brukerne jeg har møtt, forteller at aggresjon og vold ikke er ønskelig fra deres side, men at det har blitt til en vane, en slags mestringsstrategi for å takle ubehaget som kommer fram under en psykose, eller andre utfordringer i hverdagen.

MENTALISERING

Mentalisering er et nytt ord for kjente fenomener. Det er et samlebegrep om implisitt og eksplisitt å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv (for eksempel behov, ønsker, følelser og fornuft). Mentalisering spiller en nøkkelrolle i organisering av selvet og i utvikling av affektregulering.

Kilde: Institutt for mentalisering

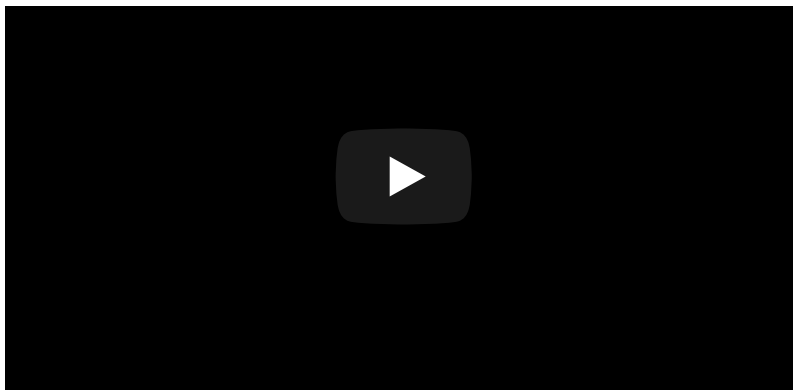
Metode

Artikkelen er basert på en fordypningsoppgave i psykisk helsearbeid. Jeg har brukt egne erfaringer og refleksjoner for å belyse forskjellige problemstillinger hos brukere knyttet til aggresjon og vold. Litteraturen er hentet fra, blant annet, Rydén og Wallroth (2) om mentaliseringsbasert miljøterapi, Per Isdals teorier om aggresjon og vold (1), Ole Greger Lillevik og Lisa Øiens metoder og strategier i møte med mennesker som viser aggresjon og vold (3), og omhandler deriblant mentaliseringsbasert miljøterapi, i tillegg til Skårderud og Sommerfeldts miljøterapi (4). Artikkelen baserer seg også på en case med en mannlig bruker som er psykotisk.

Thobias viser symptomtrykk

Thobias er 27 år gammel og bor i kommunal bolig. Han har et lite nettverk. Han har ingen kontakt med familien, men har to venner som han sporadisk besøker. Psykoselidelsen har han hatt siden han var 15 år. Han har også en traumelidelse som følge av gjentagende overgrep fra tidlig barneår. Thobias presenterer ofte symptomer som kan oppfattes som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og uorganisert atferd. Generelt er han mistenksom overfor personalet og andre mennesker. Han sier, blant annet, at han kommer til å bli forgiftet, dopet ned, overvåket og utsatt for overgrep. I tillegg svinger humøret hans flere ganger daglig.

Frustrasjon over livet uttrykkes gjennom høylytt kjefting. Noen ganger spytter han, kaster gjenstander på eller slår personalet. Andre ganger slår og sparker han til stoler, dører og vinduer. Den siste tiden har det vært økt bekymring rundt brukeren da han har vist atferd som varsler om kommende utbrudd, og han har vært nær ved å utagere. Utlevering av medisiner har også vært en utfordring noe som ikke var problematisk tidligere. Personalet er usikre på hvordan de skal møte Thobias' aggresjon og vold. Samspillet avgrenses, og personalet avviser han og trekker seg tilbake.



KORT INNFORING: En film om mentalisering og MBT. (Video: Institutt for mentalisering og MBT Kvalitetslaboratorium, UiO)

Mentaliseringsbasert miljøterapi

Mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M) er en vitenskapelig dokumentert arbeidsform som omhandler holdninger og forståelse overfor brukere (2, 3, 4). Mennesker med psykoselidelse har dårlig mentaliseringsevne, og det kan være på grunn av dårlig sosial fungering og psykotiske symptomer (5). MBT-M handler blant annet om å erkjenne brukerens livshistorier og oppfatninger av hendelser på forskjellige måter. Dette innebærer å forstå behov, ønsker, følelser og motiver for aggresjon og vold, og å gjøre det enklere å stå i situasjoner. Faktorer som mentalisering, relasjon, oppmerksomt nærvær, kommunikasjon og empati står sentralt i terapien (2, 3, 4).



«Jeg erfarer at MBT-M øker brukerens involvering.»

MBT-M blir med dette en blanding av forskjellig tenkemåter blant annet hvordan personalet forholder seg til mennesker og forståelsen av personens psyke om det ubevisste (6). Jeg erfarer at MBT-M øker brukerens involvering. Terapien har tydelig struktur og rammer og man benytter en behandlingsplan som er laget med utgangspunkt i brukerens ønsker om hvordan brukeren selv og sykepleierne konkret kan håndtere sinne, aggresjon og vold. Jeg ser det som helt sentralt for sykepleiere og brukere å arbeide med mentalisering. Min erfaring er at bedre samhandling og mentalisering fremmer mestring i ulike situasjoner.

Anerkjenne brukeren

Casen beskriver et høyt angstnivå hos brukeren. Han har redusert evne til å kommunisere med personalet, og han føler seg uttrygg og ønsker å forsvare seg. Derfor kjefter han høylytt for å holde personalet på avstand. Evnen til å mentalisere svekkes av sterke emosjoner og misforståelser øker (7). Jeg opplever å trygge brukeren ved bruk av ro, og ikke minst anerkjenne følelsene hans uten å handle ut fra egne følelser. Når jeg er rolig, smitter det over på brukeren. Han demper seg og gradvis gjenopprettes mentaliseringsevnen.

Kompetanse og opptreden

Personalet blir utfordret på sine egne reaksjoner og følelser. Personalet kjenner på ubehag, usikkerhet og utrygghet. Dette, igjen, forsterker spenning, angst og aggresjon hos brukeren. Når aggresjon eskalerer, er det gjerne fordi vedkommende blir avvist eller føler seg krenket av personalet (8). Jeg erfarer at brukeren blir tryggere av at personell lytter og forsøker å finne årsaken til utryggheten, noe også forskning viser (9). Mine erfaringer er at det er viktig at personalet ikke tar brukerens språkbruk og atferd personlig. De må ha en forståelse av at vedkommende agerer ut fra symptomer fordi angstnivået er så høyt at de føler at de må forsvare seg. Kompetanse og profesjonell opptreden fra personalets side gir trygghet for brukeren og angstnivået hos vedkommende synker. Dette er med å forebygge aggresjon og vold (3, 10).

Risikovurderinger

HCR-20 og V-RISK-10 er kliniske kartleggingsverktøy som benyttes for risikovurdering av voldshandlinger og kartlegging av forvarsel på vold (5, 11). Risikovurderingene vil, i likhet med andre tilpassede intervensjoner og føringer, være til hjelp for sykepleiere i situasjoner der utfordringer dukker opp, for eksempel i situasjoner med glidende overgang fra å vise tydelig aggresjon for så å gå over til vold. Lillevik og Øien hevder at kartleggingverktøy bidrar til å forebygge utagering (3) og jeg erfarer at gjennom risikovurdering kan personalet forebygge og forhindre voldsepisoder basert på en faglig vurdering.

Uavklarte prosedyrer og lite kunnskap

Når aggresjonen eskalerer og påvirker brukeren i negativ forstand, hevder Hummelvoll at det er fordi personalet håndterer situasjonen uheldig (8). Ethiske og moralske dilemmaer oppstår, og jeg erfarer at det bunner i uavklarte prosedyrer og lite kunnskap om sinne, aggresjon og vold.



«Å stå i situasjonen gir anerkjennelse og trygghet for brukeren.»

Personalet definerer sin rolle ut fra personlige egenskaper hos seg selv og de føler seg usikre, når de er i situasjoner der brukere er aggressive. Å stå i situasjonen gir anerkjennelse og trygghet for brukeren (10, 12, 13).

Med kompetanse i MBT-M erfarer jeg at man ikke bare mentaliserer godt, men at man også kjenner seg faglig trygg, og at denne tryggheten smitter over på brukeren og skaper trygghet og egenkontroll. Dermed reduserer man angst og aggresjon hos brukeren (7).

Hjelp brukeren

Min erfaring er at når brukeren føler seg utrygg, kan dette være den utløsende årsaken til uro, stress og angst. For å dekke behovet for trygghet, må sykepleieren finne ut hva som har skjedd i forkant. Brukerens behov for mat, drikke, røyk og søvn bør dekkes fordi udekkede behov kan være medvikrende årsak til angst og aggresjon (8). Å forholde seg til brukeren og forståelsen av individets sinn om det ubevisste opplever jeg som krevende og langtidsrettet arbeid.

MBT-M trekker ofte inn kriser fra tidligere barndom, og at svarene ligger i brukerens eget sinn og selvforståelse (6). Jeg ser at kompetanse om MBT-M lettere kan fange opp angst- og aggresjonsnivå hos brukeren og således bidra til trygghet, forutsigbarhet og oversikt for brukeren. Sykepleieren kan hjelpe brukeren til å se alternative måter å reagere på og vedkommende kan dermed ta andre valg fremfor aggresjon og vold.

Muligheter og begrensninger

Lovverk, retningslinjer, forskrifter og prosedyrer er noe vi alltid må ta hensyn til, og i noen tilfeller setter de begrensninger for intervensjonene våre. Samtidig erfarer jeg at generell kompetanse i håndtering av aggresjon og vold, kan påvirke det miljøterapeutiske arbeidet. Oppfatter sykepleier situasjonen som en reel fare, kan det oppstå et etisk dilemma der sykepleier enten velger å stå i situasjonen eller trekke seg unna uten at brukeren blir lyttet til (14).



«Brukerens håp kommer gradvis og krenkelser og vold reduseres.»

Jeg erfarer at ved å stå i situasjonen, vil bruker gradvis bli tryggere og gjenvinne egenkontroll. Brukerens håp kommer gradvis og krenkelser og vold reduseres. Sykepleieren hjelper dermed brukeren til å håndtere situasjonen uten unødig krenkelser fordi sykepleieren har høy faglig kompetanse og reflekterer etisk over situasjonen (3).

Konsekvenser

I de tilfellene det kan være hensiktsmessig å trekke seg ut av en situasjon, er det for å forhindre en potensiell utløsning av aggresjon som følge av at dialog ikke fører til forhandling (10). Mine erfaringer er at det er utrygghet hos sykepleier som gjør at sykepleier velger å trekke seg vekk fra situasjonen. Når brukeren blir avvist kan det redusere ivaretagelsen av ham, og føre til økt aggresjonsnivå som følge av den underliggende angsten hos brukeren (8). Jeg opplever at avvisningen reduserer brukerens handlingsrom, men også muligheter for endring i samhandling med personalet. Håndteringen av brukeren som befinner seg i en emosjonell tilstand hvor tanker og hallusinasjoner kan skremme og gjør individet sårbar. Opplevelsen i seg selv kan gjøre brukeren veldig utrygg. Angsten kan forsterkes, noe som igjen kan gi utslag i vold som følge av ønske om kontroll, beskyttelse og angstmestring (1).

Relasjonskompetanse

Relasjonelle faktorer hos sykepleier er av betydning for brukeren. Sykepleier bør være engasjert, vise respekt, ha god kunnskap, vise god evne til å mentalisere, identifisere affekter, stabilisere følelsesuttrykk og utvikle gode refleksjoner over følelser og tanker for å utvikle trygghet (2).

Innlevelse og tilstedeværelse er grunnleggende når er snakk om å få til en god relasjon (2). Det er mye som kan utløse misforståelser, utrygghet og skape frustrasjoner i samhandlingen. Redsel, hjelpeløshet, usikkerhet, litenhet, utrygghet, glede, sorg og savn er vanlige menneskelige følelser. Personalets evne til å vise empati kan være avgjørende for at brukeren kjenner seg trygg og ivaretatt (15).



«Vedkommende kan beholde kontroll over sin egen situasjon.»

Mine erfaringer er at MBT-M skaper en trygg base og fremmer en god opplevelse av samhandlingen gjennom sentrale faktorer. Jeg ser at faglige vurderinger blir mer habile og styrker ivaretakelsen av brukerens verdighet fremfor å tolke verden på måter som undergraver god regulering av følelser hos brukeren.

Når man har en slik kompetanse, erfarer jeg at man setter seg inn i brukerens situasjon slik den fremstår ut fra hans opplevelse fordi en føler seg sikker og trygg, ikke bare i møte med brukeren, men særlig gjennom kunnskap og forståelse. Integritet og autonomi hos brukeren opprettholdes og vedkommende kan beholde kontroll over sin egen situasjon. På bakgrunn av dette avvikles en potensiell eskalerende situasjon. Relasjon og kommunikasjon står derfor sentralt i MBT-M for å fremme relasjonen mellom personalet og brukeren, hvor intense følelser vekkes når fastlåste og smertefulle livsmønstre utfordres og endres (4).

Sosialt samspill

Svak eller redusert mentalisering fører til smalere forståelse og misforståelser. Det samme skjer ved avmakt (16). Jeg erfarer at interaksjoner i sosialt samspill mellom personalet og brukeren må være tilstede for å skape trygghet og trivsel, nøytralisere følelser, gi støtte, fremme håp og mening. Stopper forståelsen opp hos personalet, vil det bli vanskelig å hjelpe brukeren, hvilket innebærer å ikke se tegnene på et kommende utbrudd. Dermed vil angst og aggresjonen komme til uttrykk fordi personalet ikke greier å være i forkant og forebygge hendelsen (3, 4, 16, 17, 18).

Dempe angstnivå

Barnetraumer, hos personen i casen, kan underbygge vrangforestillinger og øke kroppslige fornemmelser, emosjoner, bevegelser og sanseerfaringer (1, 19). Jeg har erfart at brukeren kan oppleves i mer eller mindre grad ute av stand til å fungere anstendig rett etter å ha sovet. Dette kan henge sammen med flashbacks fra hendelser fra barneårene som blir hengende over ham når han våkner.

Brukerens opplevelser er at noen har forgrepet seg på ham under søvnen. Det kan følges automatisk av høylytt kjefting og påstander om at personalet har dopet og forgrepet seg på ham. Han føler han må forsvare seg overfor de handlinger han opplever som reelle hendelser. Personalet kan ut fra dette risikere å avvise brukeren som følge av atferden hans (2).



«Jeg ser at MBT-M gir struktur og demper angstnivået hos bruker.»

Jeg vet at brukeren er skuffet og «matt» over disse overgrepshendelsene. Han føler seg alene, utrygg og ignorert. Han blir sint og lei seg, og han er veldig usikker og mistenksom i møte med personalet. Erfaringsmessig lar traumeminnene seg vanskelig korrigeres, men jeg ser at MBT-M gir struktur og demper angstnivået hos bruker, og aggresjon og vold forebygges.

Kommunikasjon

Flere forskere hevder at når relasjonen mellom personalet og brukeren oppleves som trygg, er det mulig å utforske hva som ligger bak atferden, og hvilke tanker, følelser, håp, ønsker, behov og drømmer brukeren har (2, 9, 16). Dette sammenfaller med egne erfaringer.

Derimot kan en vanskelig dialog redusere mentalisering der personalet begynner å fortolke. Tolkninger vil alltid kunne være knyttet til usikkerhet og medføre misforståelser (20). En potensiell eskalering til aggresjon kan dermed utløses som følge av personalets uheldige håndtering av situasjonen (2).

Jeg opplever at det er viktig å ikke fokusere på negative handlinger fordi det kan føre til at brukeren føler skam eller føler at han må forsvare seg. Å gå i forsvar kan hindre mentalisering, og ikke minst kan angsten øke. I verste fall går han sin vei, og den selvdestruktive atferden opprettholdes. Situasjonen kan dermed oppleves som etisk utfordrende fordi samtale ikke vil gi en tilfredsstillende løsning (2, 7).

Avslutning

MBT-M styrker relasjonen mellom brukeren og psykisk helsearbeider, og dermed øker forståelsen mellom dem. Dette fordi personalet forsøker, i større grad, å sette seg inn i situasjonen til brukeren, i tillegg til å forstå emosjonene hans. Jeg har erfart at fokus på symptomtrykk, som angst, vrangforestillinger, sansebedrag, grandiose tanker eller mistenksomhet gjør det lettere å forstå at aggresjon eller vold ofte er en slags beskyttelse for det uttrykke hos brukeren. Ved hjelp av MBT-M kan brukeren bli trygg, tre mer fram og blir bedre ivaretatt, hvilket legger grunnlaget for forebygging av aggresjon og vold.

Det gjennomgående funnet i litteraturen er at med MBT-M fant personalet en god måte å stå i situasjonen og MBT-M gjorde at de ikke hadde en dømmende holdning. I tillegg kommuniserte de empatisk med brukerne. Jeg ser at MBT-M legger føringer for nye refleksjoner og tankemønstre hos brukere og helsepersonell.

Jeg opplever at både brukere, kolleger og jeg gjør flere gode refleksjoner. Der brukeren, eller kollegaen, ikke klarte å mentalisere kunne jeg mentalisere for dem. Jeg tror implementering av MBT-M i mitt arbeidet kan bidra til å forebygge aggresjon og vold hos mennesker med psykoselidelse i fremtiden.

Referanser

1. Isdal P. Meningen med volden. 2. opplag. Oslo: Kommuneforlaget; 2018.
2. Rydén G, Wallroth P. Mentalisering. Oslo: Pax forlag; 2014.
3. Lillevik OG, Øien L. Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
4. Skårderud F, Sommerfeldt B. Miljøterapi boken. Mentalisering som holdning og handling (MBT-M-M). Oslo: Gyldendal akademisk; 2018.

5. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stänicke E. Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn. 1. utg., 5. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016.
6. Haugsgjerd S, Jensen P, Karlsson B, Løkke JA. Perspektiver på psykisk lidelse, Å forstå, beskrive og behandle. 3. utg., 1. opplag. Oslo: Gyldendals akademiske; 2009.
7. Skårderud F, Duesund L. Mentalisering og uro. Norsk pedagogisk tidsskrift. 2014 mars; 98:152–64.
8. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. Psykisk sykepleie og psykisk helse. 7. utg, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
9. Torbjørnsen AB E, Strømstad JV, Aaslan AM K, Rørtvei K. Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2014;11(4): 328–38. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_enkvalitativ (Nedlastet 06.09.18).
10. Lillevik OG, Øien L. Hva er miljøterapi? Sykepleien 2015;103(5)60–3
doi:10.4220/Sykepleiens.2015.54066. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/04/hva-er-miljoterapi> (Nedlastet 06.09.18).
11. Sosial- og helsedirektoratet. Vurdering av risiko for voldelig atferd. Bruk av strukturerte kliniske verktøy. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.IS-9/2007. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/272/Vurdering-av-risiko-for-voldelig-atferd-bruk-av-strukturerte-kliniske-verktoy-IS-9-2007.pdf> (Nedlastet 06.09.18).
12. Binder PE. Et oppmerksomt liv. Om relasjon, kropp og nærvær i eksistensens psykologi. Oslo: Fagbokforlaget; 2011.

13. Bøe TD, Thomassen A. Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
14. Vatne S. Korrigere og anerkjennelse. Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
15. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser> (Nedlastet 22.08.18).
16. Madsen B. Mentalisering gir bedre samhandling. Sykepleien 2014;102(11):40–3 DOI: 10.4220/sykepleien.2014.0146. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/forskning/2014/10/mentalisering-gir-betere-samhandling> (Nedlastet 06.09.18).
17. Thoresen L. Empati – ulike forståelser. Sykepleien Forskning 2013; 8(4):362-7). DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0167. Tilgjengelig fra: <http://sykepleien.no/forskning/2013/12/empati-ulike-forstaelser> (Nedlastet 06.09.18).
18. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser> (Nedlastet 06.09.18).
19. Anstorp T, Benum K. Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon. Oslo: Universitetsforlaget; 2014.

20. Morken KTE, Binder PE, Molde H, Arefjord N, Karterud S. Mentalization-based treatment for female patients with comorbid personality disorder and substance use disorder: A pilot study. *Scandinavian Psychologist*. 2017 des; 4. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.4.e16> (Nedlastet 06.09.18).