



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**Behandling av psykotiske pasienter med  
rusproblemer/Treatment of psychotic patients with  
drug problems**

**Ase Helene Gjarde**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 30**

**Molde, 11.04.2010**



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Behandling av psykotiske pasienter med rusproblemer**

**Tittel på engelsk: Treatment of psychotic patients with drug problems**

**Forfatter(e): Ase Helene Gjarde**

**Fagkode: VPH705**

**Studiepoeng: 9**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Karl Yngvar Dale**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 11.04.2010**

**Antall ord: 8341**

## **Sammendrag**

Jeg har valgt å fordype meg i hvordan vi som miljøterapeuter kan skape en best mulig relasjon i våre møter med pasienter med psykose. Oppgaven – som er bygget rundt en ung mann med det fiktive navnet Ole – omfatter rusmiddelutløst psykose i den akutte fasen, pasienter som er innlagt på skjermet enhet under tvang.

I tillegg til å være faglig spennende, synes jeg emnet er interessant fordi antall pasienter med rusmiddelutløst psykose, eller mistanke om det, de siste årene har vist en økende tendens.

I teoridelen har jeg tatt for meg behandlingsperspektivet selvpsykologi, Heinz Kohuts retning innen psykodynamisk teori som oppsto rundt 1970 og er blitt en motsats til Freuds driftsteori. I teoridelen har jeg også opplistet og forklart noen aktuelle begreper.

I diskusjonen er problemstillingen satt opp mot teoridelen, og jeg refererer til egne erfaringer fra klinisk praksis i psykiatrien gjennom mange år.

Opgaven avsluttes med et kapittel med konklusjoner, der jeg blant annet peker på viktigheten av miljøterapi og grensesetting som metoder i behandlingen av pasienter med psykose. Likedan betydningen av selvpsykologi, psykoanalysens viktigste observasjonsmåte, der stikkordene er forståelse, bekreftelse og anerkjennelse. Jeg sier også noe om de spesielle utfordringene som behandlingen av pasienter med rusmiddelutløst psykose gir.

## **Innhold**

<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
<b>Problemstillinger</b> .....	<b>2</b>
<b>Teori</b> .....	<b>4</b>
Selvpsykologi .....	4
Psykoser og dobbeldiagnose .....	7
Kommunikasjon og samspill .....	7
Makt og tvang.....	<b>9</b>
<b>Empiri</b> .....	<b>10</b>
<b>Diskusjon</b> .....	<b>11</b>
<b>Konklusjoner</b> .....	<b>24</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>26</b>

## Introduksjon

Antall pasienter med rusmiddelutløst psykose har vist en økende tendens. Disse pasientene kan være utfordrende for en miljøterapeut å forholde seg til, ikke minst i den akutte fasen. Og særlig når de er innlagt på skjermet enhet i en lukket avdeling, kan det være nokså utfordrende å skape en god relasjon og gi en god miljøterapi til dem.

God omsorg oppstår i samspillet mellom personell, og mellom personell og bruker. I St.meld. nr. 25 om hvilke utfordringer man står overfor på dette området, heter det i Opptappingsplanen for psykisk helse at mestrings- og brukerperspektivet skal legges til grunn og bidra til bedre levevilkår for mennesker med psykiske lidelser. Å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv, er blant de viktigste formålene. Likedan at man får sterke bruker- og pårørendeorganisasjoner, lokale brukermiljøer og reell brukervedvirkning.

Vi ser altså at psykisk helsevern i stadig større grad er orientert mot individets rettigheter. Man ønsker smidige og brukervennlige behandlingsformer, verdier som står i motsetning til tidligere tiders menneskesyn, men som klart gjenspeiles i selvpsykologien.

Haugsgjerd m.fl. (s. 19, 2008): "Mens den medisinske psykiatri er opptatt av det fysiske ved mennesket og av å finne allmenne lovmessigheter knyttet til psykiatrisk sykdom, er psykoanalysen opptatt av å forstå enkeltindividet i lys av dets historie og legger vekt på tankeinnhold og følelser. Disse to tradisjonene har derfor vært motpoler i psykiatrien i hele dette århundret."

Psykoanalysen vokste fram rundt år 1900. Den ble etablert av Freud og hadde røtter i hypnose og filosofiske betraktninger om det ubevisste. Det vokste fram en rekke retninger innen psykoanalysen ut over 1900-tallet. Den som ble lansert rundt 1970, var Heinz Kohuts såkalte selvpsykologi.

I selvpsykologien poengteres at forståelse, bekreftelse og anerkjennelse er viktig for å kunne få tilgang til den andres indre verden. Og når man ønsker å få det, er stikkordet empati (samkjensle), som ifølge Kohut også er psykoanalysens viktigste observasjonsmåte. For ved empatisk lytting og forståelse prøver terapeuten å gjøre klientens tilsynelatende ubegripelige følelser og reaksjoner begripelige, noe som – hvis det lykkes – vil kunne gi en bekreftelse som styrker selvfølelsen og gi en opplevelse av mening, vitalitet og selvsammenheng, det vil si følelsen av å henge sammen som en fysisk enhet. Eller som et levende kjerneselv (følelsen av seg selv) på en måte, et slags punkt eller sentrum i en person som gjør at man føler seg hel, som et distinkt, særegent selv atskilt fra alle andre.

Men vil man sånn uten videre kunne få tilgang til den indre verden hos en psykotisk person som er tvangsinnlagt på skjermet enhet? Man kan i hvert fall ikke la være å forsøke, og da dreier det seg i selvpsykologiens behandlingsperspektiv først og fremst altså om empati. Det vil si evnen til fornuftsmessig og emosjonelt å kunne plassere seg, som det er blitt sagt, i den andres sko.

Det helt sentrale i selvpsykologien, og det selvpsykologien fokuserer på, er at vi som terapeuter gjennom empati skal skape en vennlig terapeutisk atmosfære. I oppgavebesvarelsen vil jeg gi eksempler på hvilke utfordringer vi i så måte står overfor, og jeg vil forsøke å beskrive hvordan ting i relasjonsbyggingen etter min mening både er, ikke er, og burde være.

## **Problemstillinger**

Hovedproblemstilling:

*Hvordan kan vi som miljøterapeuter skape best mulig relasjon i møte med en pasient med psykose?*

Oppgavebesvarelsen er avgrenset til å gjelde rusmiddelutløst psykose i den akutte fasen, pasienter som er innlagt på lukket avdeling, skjermet enhet under tvang. Det finnes mange ulike former for psykose, og jeg har gjennom mine cirka 10 år

med arbeidserfaring fra en psykiatrisk avdeling møtt pasienter med flere av dem. Oles situasjon, som jeg kjenner fra klinisk praksis, er at han sliter med et rusmisbruk i tillegg til sin psykiske lidelse. Han er dermed en pasient med dobbeldiagnose, noe som gjør allerede meget utfordrende behandlingsoppgaver enda mer krevende.

I terapisammenheng er det faglig interessant at man ikke bare ser det aggressive i en pasient, men at det reflekteres over hvorfor pasienten utøver den atferden han eller hun gjør. En psykosepasients redsel kan for eksempel være med på å fremme aggressiv/utagerende atferd. Derfor vil blant annet viktige sider ved relasjonsbyggingen og hvordan det kommuniseres pasient og miljøterapeut imellom, belyses i oppgaven.

Tvangsinnlagte pasienter med rusmiddelutløst psykose utgjør en særdeles utfordrende pasientgruppe i det psykiske helsevernet vårt. Som miljøterapeuter står vi overfor disse utfordringene hver eneste dag, og vi har mye å forholde oss til. Delproblemstillinger i oppgavebesvarelsen vil derfor i hovedsak dreie seg om relasjonsbygging og i hvilken grad relasjonsbyggingen utfordres av tiltak innen tvungent psykisk helsevern. Likedan hva struktur og forutsigbarhet betyr for behandlingen, og hva det korrigerende og det anerkjennende perspektiv betyr.

Delproblemstillinger:

*I hvilken grad utfordres relasjonsbyggingen av tiltak innen tvungent psykisk helsevern, og hva betyr anvendelsen av selvpsykologisk tilnærming for å oppnå gode resultater?*

*Hvordan kan man ivareta pasientene på en respektfull måte innenfor et strengt og velstrukturert behandlingsmiljø?*

# Teori

## Selvpsykologi

Selvpsykologi som egen retning innen psykodynamisk teori oppsto rundt 1970. Grunnlegger var den østerriksk - amerikanske psykoanalytikerens Heinz Kohut (1913-1981), som i utgangspunktet egentlig var en ortodoks psykoanalytiker.

Kohut hadde i første omgang sett for seg en videreutvikling av Sigmund Freuds psykoanalyse. Men begrepene og teoriene han kom fram til, selvpsykologien, brøt med Freud på flere punkter, for eksempel der det hevdes at menneskelig aggresjonsdrift ikke er medfødt. Kohut la stor vekt på empati og det han kalte stedfortredende introspeksjon (undersøkelse av det indre, beskuelse av eget sjeleliv), og han interesserte seg for selvet som en psykisk instans atskilt fra jeget.

Haugsgjerd m.fl. (s. 167, 2008): "Selvet er opplevelsesnært, mens jeget (fra Freud av) er en mer abstrakt enhet. Kohut hevdet at selvet utvikler seg langs sin egen utviklingslinje, i samspillet med objektene, og denne utviklingen må ses atskilt fra den driftsmessige utviklingen."

Etter Kohuts død er teorien hans blitt videreutviklet, og den har ført til nye retningslinjer for terapeutisk praksis. Den generelle oppfatningen er at selvpsykologien, som i Norge har hatt stor innflytelse i gruppeanalytisk arbeid, gir en ledigere og vennligere terapeutisk atmosfære enn tradisjonell dynamisk psykoterapi. De tre viktigste stikkordene i selvpsykologien er forståelse, bekreftelse og anerkjennelse.

Dette er noen av de mest sentrale begrepene i Heinz Kohuts selvpsykologi, med Artikkelsamling, Høgskolen i Molde 2008/09 som kilde, der annet ikke er nevnt:

*Empati.* Det er definert som "evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg, så konsekvent som mulig, i den andres sko" (Artikkelsamling, Høgskolen i Molde, s. 30, 2008/09). Empati er viktig for å anerkjenne pasienten. Ifølge Kohut er empati



forenlig med terapeutisk nøytralitet og psykoanalysens viktigste observasjonsmåte.

*Selvet.* Det er ifølge Kohut (og motsatt av Freuds oppfatning) atskilt fra den driftsmessige utviklingen og refererer opplevelsesmessig til en følelse av eierskap, opprinnelse og sammenheng av egne emosjoner, tanker og handlinger. Selvet er å forstå som summen av individets selvrepresentasjoner, hevdet han. Individet drives av en indre kraft som strever etter å skape mellommenneskelige erfaringer, erfaringer som kan vekke, vedlikeholde og utvikle individets opplevelse av å ha et sammenhengende selv. Blant annet handler det om at vi som mennesker ønsker å føle oss hel, vital, verdifull og forstått av andre. Selvet er følelsen av seg selv, og for å skape relasjoner må man ha et "levende selv."

*Det tripolare selvet.* Kohut antok at individet har et medfødt selv som utvikles i samspill med viktige andre. Han beskrev det først som bipolar, deretter som et tripolart dynamisk system med tre poler som alle er forankret i kjerneselvet. Det handler om det grandiose, det idealiserende og det tvillingsøkende.

Det grandiose selvet har et ønske og behov for å bli sett, være verdens midtpunkt, er sultent på oppmerksomhet og avhengig av bekreftende svar fra omgivelsene rundt seg. Det kan være både selveksponerende og selvutslettende.

Det idealiserende selvet inkluderer følelsen av å bli holdt oppe av noe større enn seg selv, en søken etter trygghet og tillit, noen å kunne stole på, noen som har kunnskap og visdom i tråd med egne verdier og normer. Det idealiserende selvet framtrer i moden form som etikkens personlige forankring, i arkaisk form som et intenst savn av ytre verdimeslige holdepunkter.

Det tvillingsøkende selvet har å gjøre med et ønske om å være lik andre og å kjenne tilhørighet, en tvillingoverføring (alter – ego - overføring) der det gjerne handler om talenter og ferdigheter. Individet ønsker en opplevelse av likhet med andre, og en bekreftelse på sin likhet. Selvet utvikler seg i samspillet med objektene, og bare det å være sammen kan for eksempel lege en indre disharmoni. (Denne tredje av Kohuts poler ble kjent i en bok som kom ut tre år

etter hans død, og siden det da var for sent å diskutere den med ham, er det fortsatt noe uklart hva han egentlig mente med den.)

*Selvobjekt.* "Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idétradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv" (Artikkelsamling, Høgskolen i Molde, s. 18,2008/09). Det dreier seg om å støtte opp om et individs selvopplevelse, og ikke bare mennesker kan altså være selvobjekt. Kohut delte selvobjektene inn i tre: et speilende, et idealiserende og et alter - ego selvobjekt. Det første er et å måle seg selv mot, det andre et å nå opp til, og det tredje et å se etter likhetstegn hos.

*Selvobjektsvikt.* Selvobjektsvikt oppstår når pasienten opplever å bli sviktet av terapeuten ved at man for eksempel tar ferie, blir syk, er uoppmerksom, misforstår og lignende. I slike tilfeller kan pasientens reaksjon variere fra å være knapt merkbar til stormende bebreidelser. En av Kohuts teorier var at riktig håndtert selvobjektsvikt, kunne føre til såkalt forvandlende internalisering, noe han hevdet trer i kraft ved optimal frustrasjon. Et eksempel på det kan være et barn som gråter når moren uteblir fra eventyrlesing på sengen, men som etter hvert begynner å lese i boken selv. Barnet har da hatt en forvandlende internalisering og har internalisert (tatt inn) den forventede funksjonen og gjort den til sin egen.

*Motstand.* I selvspsykologien er motstand noe som kan arte seg som en mer eller mindre bevisst tilbakeholdelse av informasjon, som ubevisst fortrenging eller som ubevisst utagering. Det må ifølge Kohut forstås som beskyttelse mot retraumatisering i terapisisituasjonen, ikke som motstand mot innsikt eller mot å bli frisk.

*Affektinntoning.* Det handler om å stille seg inn på et følelsesuttrykk og dele en følelsesmessig tilstand. Det er fire affektinntoningstyper: Manglende inntoning, selektiv inntoning, feilinntoning og overinntoning.

*Vitalitetsaffekt.* Det som gir glede og får oss til å kjenne at vi lever. Det å ha et levende selv er grunnleggende hos mennesket.

*Betydningsfulle andre.* Relasjoner som er betydningsfulle for individet.

## **Psykososer og dobbeldiagnose**

Psykose. Psykose blir vanligvis forklart som en alvorlig psykisk lidelse hvor det foreligger realitetsbrist. Ifølge Cullberg (2005) er psykose et fenomenologisk-psykologisk begrep, ettersom det ikke finnes noen biologisk definert term som dekker begrepet. Cullberg (2005) sier man hverken kan eller skal snakke om psykose uten å nevne vrangforestillingsbegrepet. Det innebærer en virkelighetsoppfatning som er klart avvikende, og som ikke deles av noen annen. I hans psykosebegrep kan også hallusinasjoner, konfusjon og atferdsforstyrrelser inngå, men disse trenger ifølge Cullberg ikke nødvendigvis være med for at psykosebegrepet skal gjelde.

Rusmiddelutløst psykose. Rusmiddelutløste psykososer er psykososer med biologiske årsaker som samtidig i høy grad påvirkes av den psykososiale konteksten omkring rusmiddelinntaket. (Cullberg, 2005). Slike psykososer, som kan føre til en tilstand med realitetsbrist, kan være både kort- og langvarige.

Dobbeldiagnose. Når man har en psykisk lidelse og samtidig et rusmisbruk, kalles det å ha en dobbeldiagnose.

## **Kommunikasjon og samspill**

Kommunikasjon. Ordet kommer fra det latinske verbet *communicare*, som betyr "å gjøre (noe) felles." Når vi kommuniserer, meddeler vi oss, det vil si at vi skaper, utveksler eller avdekker en mening. Vi bringer noe av egenverdenen inn i det intersubjektive fellesskapet, slik at det blir tilgjengelig for andre.

Mellommenneskelig kommunikasjon skjer når atferd blir gitt mening.

(Artikkelsamling, Høgskolen i Molde, 2008/09).

Miljøterapi. Miljøterapi er beskrevet som en praktisk behandlingsmetode i psykisk helsearbeid. Det vil si en metode som har fokus på hvordan det fysiske og sosiale

miljøet, samt ulike arbeidsmetoder i et behandlingsmiljø, kan fungere som terapi. Miljøterapien er aktivitetsorientert og rettet mot å bedre pasientenes selvfølelse og opplevelse av mestring. Gjennom planlagte rutiner er aktivitetene med på å skape struktur i hverdagen. Og rutineene handler om slikt som måltider, hygiene, stell av rom, uteliv og balansen mellom søvn/hvile og aktivitet (Vatne, 2007).

Haugsgjerd m.fl. (s.194/195, 2008): "En metode i miljøterapi er å innarbeide faste møter for personalet, møter som både rommer en gjennomgang av en enkelt pasients livshistorie og aktuelle situasjon, planlegging av videre opplegg og kortsiktige delmål i behandlingen."

Relasjonsbygging. Relasjonsbygging handler om å praktisere væremåter som kan skape et tillitsforhold, for eksempel mellom terapeut og pasient, og benyttes mye i det psykiske helsevernet for å oppnå best mulige behandlingsresultater.

Det anerkjennende perspektiv. Anerkjennelse er grunnleggende for et menneskes utvikling. Ifølge Vatne (2007) så grunnleggende at følelsen av det motsatte kan føre til utvikling av psykiske lidelser. I psykiatrien er anerkjennende tilnæringsformer basert på dialog og samhandling med pasienten. Pasienten kan da få en opplevelse av å bli møtt med respekt og likeverd, noe som skaper ro. Om pasientens behov for en bekreftelse på anerkjennelse ikke tilfredsstilles, kan det derimot oppstå kaotiske og utagerende situasjoner.

Det korrigerende perspektiv. I psykiatrisk behandling er det vanlig at atferd forsøkes korrigert ved bruk av tvang, skjerming og ulike former for kontroll (Vatne, 2007). Metoden kalles grensesetting, og målet med den er å stoppe en pasients problematferd, om mulig også endre pasientens holdninger. Terapeutens rolle i det korrigerende perspektiv, kan ifølge Vatne (2007) deles inn i en vokterrolle, en omsorgsrolle og en oppdragerrolle.

## **Makt og tvang**

Makt. Makt betyr å ha kapasitet til å handle, og ha styrke og innflytelse til å gjennomføre noe. Det å ha makt innbefatter også evnen til å endre holdninger og atferd hos andre, enten enkeltmenneske eller gruppe. (Vatne, 2007).

Tvang. Tvang er bruk av fysiske, mekaniske eller kjemiske midler for å stoppe problematferd (Vatne, 2007). Det handler for eksempel om holding, beltelegging og medisinerer. Tvangsbegrepet kan utvides til å omfatte situasjoner der personalet utøver tvang ved mangel på ønsket atferd.

Lov om psykisk helsevern. I Lov om psykisk helsevern, § 3-3 Vedtak om tvungent psykisk helsevern, står det om hvilke vilkår som må oppfylles før vedtak om tvungent psykisk helsevern kan treffes. I punkt 3, heter det: "Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller b) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse" ([www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)).

I § 4-3 Skjerming, heter det at hvis en pasients psykiske tilstand eller atferd gjør det nødvendig, "kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten." Dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer, skal det treffes vedtak, og vedtak kan bare treffes for inntil to uker om gangen. Alle vedtak om og forlengelse av skjerming kan påklages ([www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)).

## Empiri

Denne fortellingen bygger på egne erfaringer fra klinisk praksis.

Ole er en 26 år gammel rusmisbruker i en middels stor by i Norge. Han har en datter på tre år fra et tidligere samboerforhold. Datteren bor sammen med moren i en annen by i landet. Ole har ikke hatt kontakt med datteren siden forholdet mellom ham og moren hennes tok slutt for cirka åtte måneder siden. Han bor nå hos sin mor, men de har et anstrengt forhold som Ole relaterer til hennes store alkoholforbruk. Moren og faren til Ole skilte lag for sju år siden, og etter det har moren ifølge Ole drukket daglig. Ole har en yngre bror på tjue år som også har store rusproblemer.

Ole har slitt med misbruk av narkotiske stoffer siden han var 15-16 år. Han har hatt oppfølging av BUP og senere Voksenpsykiatrisk poliklinikk. Som 18-åring fikk han diagnosen ADHD og ble satt på medisin for dette.

Han har alltid vært en aktiv og sosial person, og fram til han var 17 år spilte han håndball og hadde mange av vennene sine i det miljøet. De vennene han har nå, tilhører rusmiljøet han er en del av.

Ole har ikke gått på skole etter at han fullførte ungdomsskolen med karakterer langt under gjennomsnittet. Han begynte å jobbe i farens firma for å fylle dagene sine med noe meningsfullt. Han og faren har et greit forhold. Likevel bærer forholdet preg av at Ole ikke er i stand til å ta vare på jobben sin som sjåfør i de periodene han ruser seg.

Ole er nå innlagt i lukket psykiatrisk avdeling. Han har vært gjennom en lang periode med tung rusing og er tvangsinnlagt med mistanke om rusmiddelutløst psykose. I forkant av innleggelsen hadde han vist truende atferd overfor moren. Og på grunn av motorisk uro og aggressiv atferd også overfor personalet ved avdelingen, er han plassert på skjermet enhet. Han framstår som paranoid og trenger mye trygging.

Dette er fjerde gangen Ole er innlagt i samme avdeling i løpet av de siste tre årene. Alle opphold har vært på cirka 1 ½ måned, med videre oppfølging på et åpnere nivå samt ruspoliklinikk. Han har også hatt to innleggelser på sitt tidligere hjemsted.

## **Diskusjon**

*I hvilken grad utfordres relasjonsbyggingen av tiltak innen tvungent psykisk helsevern, og hva betyr anvendelsen av selvpsykologisk tilnærming for å oppnå gode resultater?*

Da Ole nå på nytt kom til psykiatrisk avdeling på sykehuset, innmeldt som pasient med mistanke om rusmiddelutløst psykose, var det uaktuelt og uhensiktsmessig å ha noen innkomstsamtale med ham. Han kom i følge med politiet, og var i meget dårlig forfatning. På grunn av motorisk uro og aggressiv atferd, ble han som forrige gang tvangsinnlagt og etter rutinemessige prosedyrer for bruk av tvangsmidler plassert på skjermet enhet.

Tvang kan i Norge kun skje i tråd med Lov om psykisk helsevern, dom til forvaring eller behandling, og ved §12-soning. I forbindelse med dom for straffbare forhold, kan retten i tillegg (Mueser m.fl., 2006) sette betingelser som kan influere på behandlingen.

Det at helsevesenet har rett til å bruke tvang, innebærer makt og kapasitet til å handle og gjennomføre noe. Det innbefatter også, ifølge Vatne (2007), evnen til å endre holdninger og atferd hos andre, enten enkeltmennesker eller grupper. Ut fra dette er det så i psykiatrisk behandling i Norge helt vanlig at atferd forsøkes korrigert ved bruk av tvang, skjerming og ulike former for kontroll (for eksempel reguleringer med hensyn til telefon, brev og besøk). Behandlingsmetoden kalles grensesetting.

Selv om handlingene nevnt ovenfor følger regler for kontroll av atferd og disiplin, er det viktig å understreke at tvang alltid skal kunne forsvares ut fra juridisk-faglig og etisk kunnskap, og at man alltid må være bevisst på hvordan tvang anvendes.

At makt er mulig å utøve både positivt og negativt, må derfor alle i psykiatrien ha klart for seg, slik at maktmisbruk ikke forekommer. De aller fleste tvangsinnlagte kommer til helsevesenet mot sin vilje, og de er som oftest i en tilstand der de ikke vet sitt eget beste. De har mistet sin frihet, verdighet og integritet, og maktmidlene som terapeutene rår over, skal tilpasses og brukes utelukkende for å hjelpe pasientene. Målet vårt er å hjelpe pasientene til å bli herre over sine egne følelser og tanker igjen, og dermed oppnå mestring i samspillet med andre mennesker (Haugsgjerd m.fl., 2008).

Det som kan oppnås ved å plassere pasienter som Ole fysisk på skjermet enhet, er blant annet å begrense pasientenes stimuli, det vil si ytre sansepåvirkninger. Men det gjøres også fordi personalet lettere skal kunne håndtere og kontrollere pasientene, slik at de ikke skader seg selv eller andre. Fekjær (2004) peker på at dette med kontroll ikke minst gjelder Oles pasientgruppe, med andre ord pasienter med rusmiddelutløst psykose i en akutt fase. Disse må kontrolleres og observeres kontinuerlig, hevder han, rett og slett fordi en ubehandlet abstinensreaksjon kan være livstruende. Det er dessuten slik, som Mueser m.fl. (2006) understreker, at det for pasienter med dobbeldiagnose, i visse tilfeller kan foreligge fare for selvmord.

Om hva som skyldes hva i forhold til Oles dobbeldiagnose, det at han har en psykisk lidelse og samtidig et rusmisbruk, er ikke så godt å si noe helt sikkert om. Det kan være at en psykisk lidelse forårsaket rusmisbruket, eller det kan være at et rusmisbruk forårsaket den psykiske lidelsen. I det første tilfellet, når den psykiske lidelsen oppstår først, kan rusmisbruket føre til at pasienten, i den tro at han eller hun kan hjelpe seg selv, begynner med det Mueser m.fl. (2006) kaller selvmedisinering. Eller sagt på en annen måte, pasienten begynner etter hvert med så mye rusing at det til slutt blir et misbruk som kan ende med en psykose og – som i vårt tilfelle – en tvangsinnleggelse.

Noe vi ser og opplever som terapeuter når det gjelder pasienter med rusmiddelutløst psykose som Ole, er at de kan utvikle mani. Det vil si (Cullberg, 2005) at pasienten kan ha et sterkt oppskrudd stemningsleie og være motorisk urolig, og at han eller hun preges av søvnløshet, dårlig dømmekraft og voldsom



oppførsel. Dette er selvsagt utfordrende for relasjonsbyggingen, og oppstår abstinensreaksjoner vanskeliggjør også det terapiarbeidet.

Når/hvis vi i hjelpeapparatet og de tvangsinnlagte pasientene på skjermet enhet oppnår god kommunikasjon oss i mellom, og når/hvis disse pasientene viser at de kan holde inngåtte avtaler, kan det i visse situasjoner og/eller etter en viss tid lettes på betingelsene deres. Det kan for eksempel bli gitt anledning til å få gå litt i fellesarealet, eller det kan innvilges permisjon. Men vilkåret er at det må foreligge et tillitsforhold, skapt av terapeut og pasient gjennom mellommenneskelig kommunikasjon og god relasjonsbygging for øvrig. "Mening er noe vi skaper i fellesskap. Både den som gir et budskap og den som mottar budskapet, er med på å gi atferden mening (Artikkelsamling, Høgskolen i Molde, 2008/2009).

Å være psykotisk pasient som Ole innebærer ifølge Cullberg (2005) at man har en virkelighetsoppfatning som er klart avvikende og som ikke deles av noen annen. Det foreligger altså en realitetsbrist.

Det finnes flere typer psykose. En rusmiddelutløst psykose er ifølge Cullberg (2005) en psykose med biologiske årsaker som samtidig i høy grad påvirkes av den psykososiale konteksten omkring rusmiddelinntaket. Og det kan vel stemme bra med tanke på Oles historie, hans helsemessige bakgrunn og uryddige levesett siden tidlige ungdomsår.

Det var åpenbart at Oles situasjon var betydelig verre denne gangen enn sist vi hadde ham som pasient hos oss. Like klart var det at utfordringene i terapiarbeidet trolig ville bli større. Ikke bare for avdelingen og hver og en av oss terapeuter, men sikkert også for Ole. Behandlingsresultatet ville avhenge av et tillitsfullt samarbeid, og et tillitsfullt samarbeid vet vi at man bare får om relasjonene mellom partene er gode. En god begynnelse, blant annet ved hjelp av den selvpsykologiske tilnæringsmåten, ville i så måte være å ta fatt i hans historie igjen, ikke minst fra tiden siden han sist var hos oss.

Det er et kjennetegn ved mennesker med alvorlige psykiske lidelser at de ofte synes å være fastlåste i sine oppfatninger av sin situasjon. Det er noe som kan

medføre at relasjoner med andre også blir fastlåst. Det vil si at de gjentar bestemte væremåter og samtaler, og at de opplever at de ikke greier å endre på det. Hvis så terapeuten også opptrer med faste oppfatninger av pasienten, vil det føre til at pasientens oppfatninger fortsetter å være fastlåste (Vatne, 2007). Dermed kan vi erfare at terapiarbeidet låser seg, og særlig ille er det om det skjer allerede ved innleggelse.

Haugsgjerd m.fl. (s. 26, 2008) peker på at det knytter seg et spesielt problem til pasientenes egen motivasjon for å søke psykiatrifeltets tjenester. Noen kommer ut fra egne klare ønsker og forventninger, ” men det store flertallet kommer til hjelpeapparatet med et annet utgangspunkt: de er presset av omstendigheter i livet der det ikke finnes noen bedre alternativer, eller de er simpelthen under påtrykk fra omgivelsene.” Disse som altså kommer til det psykiske helsevernet motvillig, er i hovedsak personer med psykotiske lidelser, dyptgående personlighetsvansker eller rusmiddelavhengighet som Ole. De er også, som Haugsgjerd m.fl. nevner, sosialt utslåtte og resignerte.

Av erfaring vet man at en pasient som er tvangsinnlagt er mer krevende å bygge relasjoner til enn en som er/blir frivillig innlagt og mottar behandling etter eget ønske og behov. For det er slik at den tvangsinnlagte opplever innleggelsen svært ofte, for ikke å si alltid, som veldig krenkende. I tillegg kan pasienten være uenig i behandlingen, eller til og med noen ganger rett og slett motsette seg behandlingen. I slike tilfeller står vi overfor en ekstra krevende faglig utfordring, som i tillegg blir en belastning i det daglige arbeidet. Ansatte i det psykiske helsevernet ”opplever ofte at deres gode intensjoner om å hjelpe folk blir fortolket negativt og i verste mening, og hjelpere kan iblant føle seg presset inn i en rolle som instrumenter for sosial kontroll av avvikende atferd istedenfor som hjelpere ved livsvansker og opplevd lidelse” (Haugsgjerd, s.27, 2008). Så hvordan vi som terapeuter legger opp relasjonsbyggingen til pasientene i forhold til avdelingens regler og rutiner, og i hvilken grad den utfordres av tiltakene som er innen tvungent psykisk helsevern, er derfor viktig å tenke nøye gjennom. Likedan hvordan vi forholder oss til pasientenes eventuelle tidligere erfaringer og opplevelser i sine møter med psykiatrien, relasjonsbrister og/eller andre utfordrende forhold.

Som tvangsinnlagt på skjermet enhet har Ole i den akutte fasen en terapeut hos seg som fastvakt hele tiden. Vaktordningen går på omgang og har som regel en varighet på 1 time. Det er lett å forstå at en slik situasjon ikke akkurat innbyr til den aller beste kommunikasjon. Særlig ikke hvis tvangsmidler som holding eller beltelegging brukes eller er blitt brukt. En pasient som er i en dårlig fase av en psykisk lidelse kan da være redd for å slippe noen inn på seg. Pasienten viser det, som Vatne (2007) beskriver, med en selvbeskyttende atferd. Det vil si at pasienten, i situasjoner som oppleves som skjøre og ømtålige, tåler lite og kan utagere fysisk eller verbalt, noe som selvfølgelig forsinker relasjonsbyggingen og dermed behandlingsforløpet. Ifølge Vatne (2007) forteller flere terapeuter at de i slike og andre spenningssituasjoner ofte opplever å måtte balansere mellom ulike hensyn – hensyn til pasienten, seg selv, kollegene og avdelingen. Balansekunst kalles begrepet, og vi kjenner godt til det også hos oss i vår hverdag.

Skal man få en god start på relasjonsbyggingen, er det av stor betydning at det første møtet med pasienten blir så bra som mulig. Skjærer det seg med førsteinntrykket, blir fortsettelsen gjerne litt eller til og med mye tyngre. At Ole var kjent fra tre tidligere innleggelses, gjorde i så måte ingen forskjell. Han ble mottatt så bra det lot seg gjøre, og noe mer enn det var vanskelig der og da. Men det bedende blikket han sendte under innleggelsen da han i ruståka gjenkjente en av terapeutene, kunne muligens tyde på et nytt rop om hjelp, og at han var moden for behandling.

Når Ole nå har fått en ny sjanse til å forbedre sin livssituasjon, stilles behandlingsapparatet og den enkelte terapeut overfor en krevende motiveringsoppgave. Det ble som å starte på nytt liksom, vel vitende om at tidligere opphold ikke har vært vellykkede. De har imidlertid ikke vært direkte mislykkede heller, så man fikk bare bygge på det beste av de erfaringene man satt med, og håpe på et gjensidig samarbeid gjennom en forhåpentligvis god relasjonsbygging. Men det å opprette en god relasjon til psykotiske pasienter vet vi av erfaring ikke bare er en utfordrende prosess. Det kan også være en tidkrevende prosess.

Skal man lykkes i å nå fram i behandlingen, må pasienten snakkes med og lyttes til. Det er der arbeidet med relasjonsbyggingen må begynne, slik jeg ser og opplever det. Relasjonsbygging er grunnlaget for at pasienten forteller sin historie, og uten kunnskap om pasientens historie kan terapien bli ekstra vanskelig.

Litt enkelt og uærbødig kan man kanskje si at en del av relasjonsbyggingen i psykiatrien som ellers i livet, egentlig handler om alminnelig folkeskikk. Det dreier seg om hvordan vi fremstår overfor pasienten, om hvordan vi snakker til pasienten og hvilket stemmeleie som brukes. Videre om at det må kommuniseres med pasienten på en respektfull måte, at vi som terapeuter må være bestemte i forhold til grensesetting, og at vi ikke skal være ufine eller avvisende. Det er også viktig at vi viser omsorg, har en empatisk holdning, er til stede for, og behandler pasienten med respekt, likeverd og anerkjennelse. Men terapeuten må hele tiden passe på at han eller hun ikke er anmasende på noen måte. Heller ikke invaderende, men støttende.

I forholdet terapeut/pasient er det som overalt ellers slik at graden av kjemi mellom mennesker varierer. Noen opplever god kontakt, andre ikke fullt så god. I vårt arbeid som terapeuter er det derfor viktig at vi, ulikheter til tross, evner å stå samlet i forståelsen og praktiseringen av hvordan relasjonsbyggingen bør være. Gjør vi det ikke, skaper vi bare utrygghet hos pasienten, samtidig som han eller hun gis en mulighet til å opptre manipulerende med sikte på å splitte oss. I det siste tilfellet handler det om en slags strategi for å få oss til å gjøre som pasienten selv ønsker, og dermed kunne dele oss inn i gode og dårlige hjelpere. Dette lykkes innimellom, ikke minst fordi enkelte pasienter i noen tilfeller kan lese terapeutene som åpne bøker. Derfor er det slik at "Et implisitt, men overordnet mål i miljøarbeidet er å unngå at personalet blir splittet av pasientene. Dette gjelder særlig manipulerende pasienter" (Vatne, s.61, 2007).

I et samlet og samarbeidende personale kan man lettere enn om forholdet i avdelingen er det motsatte, utveksle faglige kunnskaper og/eller få utfyllt eventuelle mangler på området. Dette er særdeles viktig, også av hensyn til den stadig mer utstrakte bruken av vikarer. Kunnskapsmangel i staben skaper nemlig ekstra utfordringer, og i arbeidet med den pasientgruppen Ole tilhører, har vi til

tider merket problemet godt. Men vi ser heldigvis også en klar forbedring. I og med at antall innlagte psykotiske pasienter med rusvansker i senere år har økt, har også opplæringen av ansatte innen dette feltet økt noe.

Som terapeuter er det viktig at vi har klart for oss at en pasient er en pasient, at de alle i utgangspunktet skal behandles likt, og at vi ikke skal være dømmende. Kategorisering eller favorisering av noe slag, må hverken ideelt eller reelt sett forekomme. Men i praksis viser det seg at disse kravene dessverre ikke alltid etterkommes, det er min erfaring. Vi kan for eksempel oppleve at pasientgrupper rangeres, men også at en pasients sosiale bakgrunn eller utseende virker inn på den behandlingen som gis. Uheldig innvirkning får det videre når terapeuter ikke makter å legge bort negative følelser overfor pasienter med rusmiddelutløst psykose (spesielt de), noe vi ser eksempler på av og til. Alt dette er meget beklagelig, samtidig som det forsinkes og er ødeleggende både for arbeidet med å skape gode relasjoner og for behandlingen for øvrig.

Men selv når spillereglene følges slik de skal, og det er heldigvis det normale, er det nødvendigvis ikke alltid slik at vi når fram i arbeidet vårt. I hvert fall ikke med en gang, av og til bare delvis, og i verste fall ikke i det hele tatt. Dette kan ha flere grunner. En av dem er for eksempel i situasjoner der terapeutens og/eller pasientens dagsform ikke er den aller beste, en annen i situasjoner som krever at psykotisk rusinnlagte pasienter som Ole må forholde seg til regler han eller hun ikke liker.

Det sistnevnte forholdet kan vi møte som et problem allerede under innleggingsprosedyren, der det ved gjennomgang av bagasje ut fra en forsvarlig så vel som faglig begrunnelse vil være nødvendig å frata pasientene personlige gjenstander. Det kan være lightere, belter, sakser, hårnåler, mobiltelefoner, pc'er og medisiner, og det kan være flere andre ting. Personalet handler i slike situasjoner ut fra regelverket, mens pasientene ser på det å bli fratatt egne eiendeler som krenkende. Dermed oppstår gjerne en diskusjon som lett kan vanskeliggjøre det å skape en god relasjon. Erfaringen er likevel at de fleste pasientene, når de etter hvert blir bedre, viser forståelse for beslagene. Men sjelden uten at terapeuten kontinuerlig har vært i dialog med pasienten og forklart

hvorfor det handles som det handles. Fordi pasientene erfaringsmessig stort sett alltid husker hva som har skjedd med dem også i den akutte fasen, og forteller oss i ettertid hva de har hørt, er det ekstra viktig at vi som terapeuter opptrer korrekt overfor dem. De vet da at vi snakker sant, og kan få en trygghet. Mener de derimot at vi snakker usant, blir de utrygge.

I avdelingen vår ser vi det som fornuftig at pasienter som Ole og hans pasientgruppe får færrest mulig av personalet å forholde seg til. Vi ser på det som meget viktig i relasjonsbyggingen, og da blant annet fordi det kan skape forutsigbarhet og trygghet.

Man kan imidlertid ikke legge skjul på at denne ordningen kan være særs utfordrende for personalet om det dreier seg om pasienter som er dårlige over lengre tid. Det er også store muligheter for at det som i Heinz Kohuts selvpsykologi kalles selvobjektsvikt inntreffer. Nemlig det forhold at pasienten opplever å bli sviktet av terapeuten for eksempel når de faste han eller hun er vant til er borte på ferie eller blir syke. Dette er noe som oppleves fra tid til annen, og problemfritt kan man ikke si det er.

Flere steder må det psykiatriske hjelpearbeidet dessverre foregå i lokaliteter som er så uegnede at det hemmer behandlings- og omsorgstilbudet. Forholdet har riktignok bedret seg med årene, men er fortsatt ikke tilfredsstillende overalt.

\*\*\*

Relasjonsbyggingen innen tvungent helsevern utfordres av en rekke forhold. Som terapeuter jobber vi opp mot lovverket på den ene siden og utfordringene det skaper på den andre. De fleste tvangsinnlagte pasienter er pasienter mot sin vilje og ofte i en tilstand der de ikke vet sitt eget beste. De motsetter seg gjerne behandling, og de kan være i en sinnsstemning som gjør at de må påpasses så de ikke skader seg selv eller andre. Motivasjonen for behandling er da heller liten. Tvangsbruk innebærer makt, stiller store krav til hjelpeapparatet og må alltid kunne forsvares ut fra juridisk-faglig og etisk kunnskap hos personalet. Er man ikke bevisst på hvordan tvang anvendes, kan relasjonsbyggingen forsinkes eller ødelegges. Blant utfordringene er ellers at vi som terapeuter er motiverte og viser

evne og vilje til alliansebygging også i tilsynelatende fastlåste situasjoner. I den sammenheng er det viktig at terapeutene står samlet i forståelsen og praktiseringen av hvordan relasjonsbyggingen bør være.

Den selvpsykologiske tilnærmingen som benyttes som metode i behandlingen betyr at det legges opp til en ledig og vennlig terapeutisk behandling. Den bygger på dialog og samhandling, som igjen baseres på gjensidighet og likeverd mellom terapeuter og pasienter. På denne måten skapes ro og trygghet, noe som gjør det lettere å forstå hvorfor pasienter handler som de gjør og dermed også lettere å kunne hjelpe dem. Å bli møtt med respekt og anerkjennelse, som selvpsykologien legger opp til, er rett og slett veldig avgjørende for om en pasient skal oppnå bedring i en behandlingsprosess eller ikke.

*Hvordan kan man ivareta pasientene på en respektfull måte innenfor et strengt og velstrukturert behandlingsmiljø?*

Pasienter med psykose har behov for velstrukturerte omgivelser med lite stimuli. Det er derfor viktig å være bevisst på hvordan man tilrettelegger miljøet rundt disse pasientene, nettopp fordi struktur og forutsigbarhet kan være med på å skape trygghet og ro både for pasient og terapeut. Fekjær (2004) så vel som Vatne (2007) understreker dette.

Behandlingsformen som benyttes overfor pasienter som har behov for et velstrukturert og stimulibegrenset miljø, det vil si psykotiske pasienter, kalles miljøterapi. Og den dreier seg om å tilrettelegge for, og arbeide med, det som har med psykotiske pasienters dagligliv å gjøre. Med andre ord det fysiske og sosiale miljøet som de oppholder seg i og er en del av. Man behandler ved å tilrettelegge miljøet, kan man si.

Miljøterapien er aktivitetsorientert og rettet mot å bedre pasientenes selvfølelse og opplevelse av mestring. Gjennom planlagte rutiner er aktivitetene med på å skape struktur i hverdagen. Aktivitetene handler om alt fra måltider til hygiene, stell av rom og uteliv, og balansen mellom søvn/hvile og aktivitet (Vatne, 2007).

At struktur og forutsigbarhet skaper trygghet og ro både for pasient og terapeut, er veldig viktig. Forutsigbarhet kan man eksempelvis gi pasienten ved at terapeut og pasient sammen (hvis det er mulig) setter opp en dagsplan. Når står man opp, når spiser man, når røyker man, når dusjer man, når skal man ha hvile osv. Små enkle ting for et friskt menneske, men slikt som kan skape kaos for personer med psykose. Det dreier seg rett og slett om små grep som kan gjøre hverdagen lettere for dem i den akutte fasen.

Som Bjørkly (1997) påpeker er et viktig mål med et fast strukturert behandlingsprogram at det kan ha en indre stabiliserende effekt på pasienten. Og for terapeutene vil et fast strukturert program kunne være disiplinerende, ettersom det forplikter til tett oppfølging av behandlingsplanene. Men samtidig er det slik, ifølge Bjørkly, at selv om denne ordningen over tid er positiv for begge parter, kan den også lett bli en sovepute. Personalet kan bli mer opptatt av sin egen trygghet enn av pasientenes utvikling, og det kan hindre videreutviklingen hos pasientene.

I miljøarbeid med psykotiske pasienter som Ole, er det som tidligere nevnt i oppgaven helt vanlig at man i Norge forsøker å korrigere atferd ved bruk av tvang, skjerming og ulike former for kontroll. Metoden kalles grensesetting og omtales i psykisk helsearbeid som det korrigerende perspektiv. Målet med grensesettingen er å kunne stoppe en pasients problematferd, og om mulig også endre pasientens holdninger. Terapeutens oppgave i det korrigerende perspektiv, deler Vatne (2007) inn i en vokterrolle, en omsorgsrolle og en oppdragerrolle.

Når for eksempel en pasient med psykose på skjermet enhet har gått til verbalt angrep mot personalet og brukt ufint språk overfor terapeutene, trenger vedkommende en grensesetting på det. En av pasientens kontakter ber da pasienten med rolig og behersket stemme bli med inn på rommet slik at de kan snakke om hva misnøyen dreier seg om. Pasienten fortsetter å kjefte litt, men roer seg tilsynelatende når de kommer inn på rommet og får sette seg ned. Der blir pasienten møtt av en aktivt lyttende terapeut mens han/hun forteller hva som utløste frustrasjonen. Episoden, som startet ganske høylytt og uoversiktlig, endte deretter rolig og på en respektfull måte.



I vokterrollen må vi som terapeuter for eksempel passe på at psykotiske pasienter ikke skader seg selv eller andre, vi må drive overvåking av de farlige og holde et øye med de manipulerende. Dette betyr at vi har makt, og makten må utøves etter etiske prinsipper, moral og ansvarlighet.

Omsorgsrollen innebærer at vi skal skape trygghet og sikkerhet, forutsigbarhet og struktur. Det er en slags morsrolle, der vi skal være til stede for pasientene, hjelpe dem uten å stille krav. Eller som Vatne (2007) uttrykker det, terapeuten må forsøke å opprette normalitet, det vil si forsøke å opprette normale forestillinger og atferd hos den syke.

Hensikten med oppdragerrollen er å få pasientene til å handle fornuftig, få dem til å korrigere avvikende atferd i forhold til det som regnes som vanlig og normal oppførsel. Terapeuten må da forklare, overbevise eller overtale pasienten, alt ettersom.

Det å inngå avtaler med pasienter blir oppfattet som et virksomt hjelpemiddel for grensesetting. Ved å inngå avtaler kan man nemlig stoppe/hindre uakseptabel atferd i forkant ved at en kan henvise til avtalen (Vatne, 2007).

En pasient med psykose som er fratatt sine eiendeler mens han/hun er på skjermet enhet, kan vi for eksempel inngå avtaler med etter hvert som pasienten viser bedring i behandlingsprosessen. Vi kan eksempelvis tillate lytting til musikk i en tidsavgrenset periode, spising av måltider sammen med de andre pasientene, eller halvtimes opphold i fellesmiljøet per vakt. På denne måten viser vi pasienten tillit, og pasienten opplever å bli tatt på alvor. Kanskje har også pasienten en opplevelse av mestring hvis han/hun klarer å holde seg til avtalene. Brudd på avtalene vil få konsekvenser i form av for eksempel inndragning av avtalt program.

Anerkjennende tilnæringsformer er i psykiatrien basert på dialog og samhandling med pasienten. Pasienten kan da få en opplevelse av at han eller hun blir møtt med respekt og likeverd. Det igjen skaper ro. Men om pasientens behov for en bekreftelse på anerkjennelse ikke tilfredsstilles, kan det derimot oppstå kaotiske og utagerende situasjoner.

I behandlingsarbeidet ønsker vi som terapeuter å få vite hvordan pasienten ser på seg selv og oppfatter seg selv i forhold til andre. Med andre ord ønsker vi å få tak i hans selvsammenheng. For å få svar kan vi for eksempel stille spørsmål om hans hjemmesituasjon og sosiale liv, om hans forhold til familie, det som selvpsykologien kaller betydningsfulle andre. Hele tiden er oppgaven å få pasienten til å føle seg trygg på at han kan fortelle det han ønsker/har behov for til oss. Vi må ha en empatisk holdning, være lyttende og vise forståelse for at pasienten har gjennomgått mye vondt i livet, og vi må ha en tilnærming som gjør at det kommer fram at vi vil forsøke å finne noe positivt som vi kan fokusere på sammen. Vi ønsker å motivere pasienten for et bedre liv i framtiden, og det er viktig at pasienten skjønner hvor viktig det er å motta hjelp for å oppnå det.

Viktigheten av at dialog og samhandling baseres på gjensidighet og likeverd mellom oss terapeuter og pasientene, blir sterkt understreket av Vatne (2007). Det er blant annet viktig for å kunne forstå hvorfor en pasient handler som han eller hun gjør. Men også for å kunne skape en god relasjon, og for å kunne bygge opp pasientens selvfølelse. Med likeverd menes her respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte, respekt for den andres valg, og på den måten vil man kunne oppnå gjensidighet. I motsatt fall, dersom terapeuten sier hva som er riktig for andre å oppleve, vil det kunne skape både sinne og motstand hos pasienten. Når det er gjensidighet og likeverd mellom terapeut og pasient, kalles det en subjekt - subjekt relasjon. Det motsatte, der objektet (pasienten) betraktes utenfra, kalles en subjekt -objekt relasjon.

Vatne (2007) peker på at en grunnstruktur ved forståelse er at den er dialogisk og språklig, det vil si at den involverer to parter som uttrykker sine fordommer, både det som er likt og forskjellig. I terapiarbeidet ser vi det derfor som viktig at vi får til en god samværs måte med pasientene, at vi er oppmerksomme overfor dem, og gir oss tid til å lytte til det de har på hjertet. I det hele tatt vise at vi er til stede for dem, ettersom vi vet at anerkjennelse gjennom tilstedeværelse skaper ro, slik også bekreftelse gjør.

Ifølge Vatne (2007) innebærer empati å uttrykke den forståelse man har av pasientene, og at empati forutsetter at man toner ned ekspertrollen. Selv om det selvsagt er viktig, må vi være oppmerksomme på at dette med empati for oss terapeuter også av og til kan bli et dilemma og dermed ekstra utfordrende. Jeg tenker da på situasjoner der vi må balansere mellom nærhet og avstand til pasientene. Kommer vi altfor nær, blir dét galt, blir vi altfor fjerne, blir dét galt.

Når man anvender dialog/samhandling som en behandling, vil det være en basis for å oppnå indre styrke. Men det forutsetter ifølge Vatne (2007) et støttende og reflekterende behandlingsmiljø mellom ansatte. Det er noe som er viktig også fordi pasienter med psykose kan opptre manipulerende og for eksempel forsøke å splitte personalet dersom vi opptre ulikt overfor pasientene. At det i avdelingen og blant terapeutene finnes en innarbeidet holdning til hvordan man best mulig kan forholde seg til de ulike pasientene, vil derfor være bra.

I et tidligere avsnitt poengterte jeg hvor viktig det første møtet mellom pasient og terapeut er, noe som blant annet beror på at det ikke kan gjøres om. Likedan nevnte jeg hvor vesentlig det er at vi som terapeuter oppfører oss ordentlig overfor pasientene både i måten å være på og måten å snakke på. At han eller hun blir møtt med respekt og anerkjennelse er rett og slett veldig avgjørende for om en pasient skal oppnå bedring i en behandlingsprosess.

Anerkjennelse er rett og slett så viktig i livet, at en mangel på anerkjennelse i noen tilfeller kan ende med psykiske lidelser (Vatne, 2007).

\*\*\*

Innenfor et strengt og velstrukturert behandlingsmiljø er det viktig at man greier å ivareta pasientene på en respektfull måte. Miljøterapien legger opp til det, men behandlingsmetoden er utfordrende og krever mye av både den som skal hjelpes og den som skal hjelpe. Viktig er det at man kommer på talefot på en ordentlig måte, og da gjelder det for oss terapeuter at vi har en empatisk holdning, er lyttende og forståelsesfulle, og at vi i samtaler kan komme fram til noe positivt å fokusere på sammen. Anerkjennende tilnæringsformer baserer seg på respekt og likeverd, respekt og likeverd kan skape ro, og nettopp ro gjør at man på en

respektfull måte vil kunne oppnå bedring for pasientene, til tross for strenge omgivelser og oppdragende grensesettinger for atferd.

## **Konklusjoner**

Det er vanskelig å gi noe enkelt, kortfattet og presist svar på spørsmålet om hvordan vi som miljøterapeuter kan skape best mulig relasjon i møte med en pasient med psykose.

Men jeg mener man må kunne si at slike pasienter best kan hjelpes og ivaretas ved at de snarest mulig i behandlingsprosessen får et tilrettelagt miljø rundt seg, et miljø med en struktur og forutsigbarhet som kan skape trygghet og ro både for pasient og terapeut. Behandlingsformen kalles miljøterapi og handler om å tilrettelegge psykotiske pasienters dagligliv. Deres behov for velstrukturerte omgivelser med lite stimuli kan da tilfredsstilles.

Erfaringen er også den at vi i arbeidet vårt som terapeuter kan oppnå framgang for psykotiske pasienter ved å ta i bruk den tilnæringsmåten som går ut på å korrigere atferd ved bruk av tvang. Nemlig grensesetting, eller det som kalles det korrigerende perspektiv. Hensikten er å stoppe problematferd, noe som kan oppnås gjennom kontinuerlig observasjon, omsorg og innspill om hva som er normal oppførsel. Vilkårene for bruk av makt og tvang er nedfelt i Lov om psykisk helsevern.

I selvpsykologiens behandlingsperspektiv, som er viktig i behandlingen, handler det om stikkordene forståelse, bekreftelse og anerkjennelse om man vil få tilgang til en annen persons indre verden. Og når man ønsker det, bygge relasjoner og behandle, snakker man om empati, psykoanalysens viktigste observasjonsmåte.

Det er helt sentralt i selvpsykologien at vi som terapeuter gjennom empati skal kunne skape en vennlig terapeutisk atmosfære. I relasjonsbyggingen og behandlingen kan det skje på flere måter, deriblant den anerkjennende tilnæringsmåten som bygger på dialog og samhandling med pasienten, og som

er basert på gjensidighet og likeverd mellom pasient og terapeut. Vi må vise at vi har evne til å se pasientene som enkeltpersoner og at vi kan vurdere den enkeltes situasjon. Og når vi i samtaler kan komme fram til noe positivt å fokusere på sammen, vil vi kunne oppnå gjensidighet, respekt og likeverd. Det skaper en følelse av anerkjennelse og ro, og vi kan få et godt grunnlag å bygge videre på.

Fordi pasienter med rusmiddelutløst psykose utgjør en spesielt vanskelig behandlingsgruppe, er utfordringene i og for det psykiske helsevernet særlig stor. En spesiell utfordring ligger i de rammevilkår som Lov om psykisk helsevern setter om bruk av makt og tvang.

En annen spesiell utfordring er at psykotiske pasienter ofte er innlagt mot sin vilje og kommer i en tilstand der de ikke vet sitt eget beste. I det første tilfellet er det viktig at hjelpeapparatet følger lover og regler til punkt og prikke, og at alt som gjøres overfor pasientene skal kunne forsvares ut fra juridisk-faglig og etisk kunnskap. I det andre tilfellet ligger den spesielle utfordringen i arbeidet med relasjonsbyggingen, fordi særlig tvangsinnlagte pasienter i utgangspunktet ofte motsetter seg behandling.

En tredje utfordring ligger i viktigheten av at vi som terapeuter er motiverte og viser evne og vilje til alliansebygging, også i tilsynelatende fastlåste situasjoner. God relasjonsbygging dreier seg om hvordan terapeut og pasient omgås hverandre, samtidig som det er av stor betydning at terapeutene evner å stå samlet i forståelsen og praktiseringen av hvordan relasjonsbyggingen bør være. I motsatt fall skaper vi uro hos pasientene, og de gis mulighet til manipulering.

Et samlet og samarbeidende personale er også viktig med tanke på utveksling av faglige kunnskaper, noe som er av stor betydning ikke minst på grunn av de mange ufaglærte vikarene som arbeider i det psykiske helsevernet.

## Referanser

Bjørkly, Stål (1997) *Aggresjon og vold. Teori, analyse og terapi*.  
Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Cullberg, Johan (2005) *Psykoser. Et integrert perspektiv*. 2.utg.  
Oslo: Universitetsforlaget .

Haugsgjerd, Svein; Jensen, Per; Karlsson, Bengt (2008) *Perspektiver på psykisk lidelse*.  
Oslo: Gyldendal Akademisk.

Høgskolen i Molde (2008/09) *Artikkelsamling*.  
Molde: Høgskolen i Molde.

Mueser, Kim T.; Noordsy, Douglas L.; Drake, Robert E.; Fox, Lindy(2006) *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*.  
Oslo: Universitetsforlaget.

Regjeringen.no/Helse- og omsorgsdepartementet/Tema/Psykisk helse/Lover og regler ([www.lovdata.no](http://www.lovdata.no))

Regjeringen.no/Helse- og omsorgsdepartementet/Tema/Psykisk helse.  
St.meld.nr.25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.

Thomassen, Magdalene (2007) *Vitenskap, kunnskap og praksis*.  
Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vatne, Solfrid (2007) *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*.  
Oslo: Gyldendal Akademisk.