



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Hvordan kan vi som psykisk helsearbeidere møte og tilnærme oss deprimerte pasienter med ”medisinvegring”, som er innlagt på tvang og underlagt tvungen medikamentell behandling i psykiatrisk akuttavdeling**

**Anne-Grete Beinset**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 34**

**Molde, 24.04.2014**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjellaug Klock Myklebust

## 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.

Oppgaver 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: 24.04.2014



## **Sammendrag**

Valg av tema i denne oppgaven bygger på interesse for, og ønsket om å tilegne meg mer kunnskap om hvordan jeg kan møte den enkelte pasient på best mulig måte. Hvordan møte pasienter som er underlagt tvungen medikamentell behandling, men som av ulike årsaker ikke ønsker å ta den foreskrevne medisinen.

I min praksisperiode i forbindelse med videreutdanningen i psykisk helsearbeid, fikk jeg erfare at dette ikke alltid er like lett. Utfordringene rundt denne tematikken opplevde jeg personlig som både større og mer komplekst enn jeg i utgangspunktet hadde sett for meg.

Å kunne anvende selvsykologi som verktøy og ”guide”, har vært lærerikt og nyttig i denne prosessen. Ved å ha fokus på empati, inntoning og respekt kan man bidra til at pasienten opplever en vanskelig situasjon som mindre krenkende og belastende.

I teoridelen vises det til at det ikke er graden av tvang eller maktbruk i seg selv, men i hvilken sammenheng og hvilken måte det gjøres på som er avgjørende for den totale opplevelsen til pasienten. Slik at det kan se ut til at opplevelsen av å bli utsatt for krenkelse og respektløshet er mer belastende enn tvangsepisoden i seg selv.

## **Problemstilling**

*Hvordan kan vi som psykisk helsearbeidere møte og tilnærme oss deprimerte pasienter med medisinvegring, som er innlagt på tvang og underlagt tvungen medikamentell behandling i psykiatrisk akuttavdeling.*

Denne problemstillingen vil jeg forsøke å besvare gjennom en analyse av- og dialoger med Trude i diskusjonsdelen. På denne måten ønsker jeg å vise at ved å møte Trude ut fra et selvsykologisk ståsted, kan man bidra til å hjelpe og gjøre en utfordrende situasjon noe tryggere og mer håndterbar for hennes del.

Historien i narrativet er i hovedsak utgangspunktet for denne fordypningsoppgaven.

Avslutningsvis har jeg kommet med forslag til forskning innenfor temaet uformell/skjult tvang. Samtidig ser jeg også fordelene med tydeligere retningslinjer og rammer i møte med pasienter innlagt på tvang, og som i utgangspunktet ikke ønsker å ta imot foreskrevet medikamentell behandling.

## **Innhold**

1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Metode og fremgangsmåte .....	3
2.0 Teori .....	4
2.1 Depresjon .....	4
2.2 Tvang og makt .....	5
2.2.1 Forståelse av belastninger ved tvang .....	5
2.3 Brukermedvirkning .....	7
3.0 Selvpsykologi .....	7
3.1 Sentrale begreper i selvpsykologien .....	8
3.1.1 Empati .....	8
3.1.2 Inntoning .....	9
3.1.3 Selvobjekt .....	10
3.1.4 Selvet .....	11
3.1.5 Selvsammenheng .....	12
Empiri .....	12
4.0 Diskusjon .....	15
5.0 Konklusjon .....	26
Referanser .....	28

## 1.0 Introduksjon

Tvang i psykisk helsevern oppleves ofte svært ulikt av pasienten som opplever dette, og av de som utøver den. Bruken av tvang i psykisk helsevern i Norge skal reduseres, det er en uttalt politisk målsetting.

En skiller gjerne mellom uformell og formell tvang. Den formelle tvangen er nedskrevet og regulert i lovverket, mens den uformelle tvangen kan variere fra ulike institusjoner med forskjellige avdelingskulturer og med individuelle variasjoner fra personal til personal. Med uformell tvang, eller mer skjulte former for tvang, mener jeg tvang gjennom trusler, press og ulike typer restriksjoner.

I løpet av min kliniske praksis i forbindelse med videreutdanningen innen psykisk helsearbeid, ble jeg ytterligere fokusert på, og opptatt av hvordan vi som psykisk helsearbeidere kan bidra til at opplevelsen av tvang kan oppleves mindre krenkende for pasienten. Jeg opplever det som viktig at vi som psykisk helsearbeidere viser empati, interesse og engasjement, og at dette igjen vil påvirke kvaliteten og skape en gjensidig relasjon på en positiv og god måte. For meg er det naturlig å tenke at en god og støttende terapeutisk relasjon er et godt utgangspunkt for å skape tillit.

I forskningsartikkelen, "Tvang i psykisk helsevern", settes det fokus på hvordan vi som hjelpere best kan forholde oss til denne vanskelige og komplekse tematikken. Her vises det til at pasientens opplevelse av hvordan vedtaket generelt utføres, er viktigere for dem enn selve vedtaket. Dette igjen er klare indikasjoner til oss helsepersonell for hvordan vi bør forholde oss til pasienter når vedtaket skal iverksettes i praksis.

I narrativet mitt beskriver jeg en situasjon der en sykepleier utøver tvang i form av verbale trusler og press. Hensikten var å få en kvinnelig pasient til å ta den foreskrevne medisinen. Som observatør var det vondt å se hvor krenket hun følte seg og hvor uverdigg det hele var for henne. I artikkelen "Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand", beskriver pasientene den avmakten de følte når det gjaldt medisinering, og flere ga tydelig uttrykk for hvor små og ubetydelige de følte seg i disse situasjonene.

I denne fordypningsoppgaven i psykisk helsearbeid ønsker jeg å belyse hvordan vi som psykisk helsearbeidere kan møte deprimerte pasienter med medisinvengring på best mulig måte. I dette tilfellet avgrenses oppgaven til å gjelde pasienter som er innlagt på tvang, og dermed også underlagt tvungen medikamentell behandling i psykiatrisk akuttavdeling. Ønsket er å få en bedre forståelse for hvordan vi som psykisk helsearbeidere kan bidra til å møte, støtte og motivere pasienten ved hjelp av terapeutiske verktøy forankret innenfor selvspsykologien. Tanken er også å vise at det er mulig å møte disse pasientene på deres vegring, uten å bruke trusler og press.

For å finne tidligere relevant forskning om tvang og/eller makt i akuttpsykiatrien, søkte jeg i databasene Bibsys og Google scholar. Jeg søkte fortrinnsvis etter litteratur fra 2010-2014. I første omgang valgte jeg ut relevant litteratur på bakgrunn av navn på artikler, mens det endelige utvalget ble avgjort etter en gjennomgang av innholdet.

I Bibsys kombinerte jeg søkeordene: tvang, makt og psykiatri(en). Dette ga 22 treff og etter gjennomgang av disse valgte jeg ut en som jeg fant mest relevant for min oppgave: *Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand*.

I Google scholar valgte jeg å kombinere søkeordene: artikkel, psykiatri(en), tvangsmedisinering, akuttpost. Her fikk jeg 25 treff og satt etter gjennomgang tilbake med en masteroppgaven *Tvang i psykisk helsevern (Østnæs)*.

Da jeg bestemte meg for tema, fikk jeg anbefalt forskningsartikkelen *Som natt og dag?* (Norvoll og Husum). Artikkelen belyser forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang. Jeg søkte i ulike databaser, men fikk ingen treff på denne. Siden artikkelen er meget relevant for min oppgave, valgte jeg å bruke Google og søkte da på navnet på artikkelen samt forfatternavnene.

## **Problemstilling**

*Hvordan kan vi som psykisk helsearbeidere møte og tilnærme oss deprimerte pasienter med medisinvengring, som er innlagt på tvang og underlagt tvungen medikamentell behandling i psykiatrisk akuttavdeling*



## **1.1 Metode og fremgangsmåte**

Jeg har valgt å bygge oppgaven på litteraturstudie og et narrativ fra praksis. De empiriske dataene er hovedsakelig basert på egne observasjoner og erfaringer fra praksis. Empirien blir i denne oppgaven belyst ved et narrativ som er basert på en reell hendelse. For å ivareta taushetsplikten på best mulig måte, har jeg gjort flere personrelaterte endringer.

## **2.0 TEORI**

I samhandling med andre mennesker ser jeg på empati og inntoning som viktig og grunnleggende. Disse to begrepene utgjør også mye av kjernen i selvpsykologisk tenkning og tilnærm. Egne erfaringer har gjort meg bevisst på at dette perspektivet er både anvendelig og nyttig i møte med deprimerte pasienter. På bakgrunn av dette har jeg valgt selvpsykologi som psykoterapeutisk perspektiv i denne oppgaven.

Teori om selvpsykologi kommer i kapittel 3.0

### **2.1 Depresjon**

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene og styrken varierer fra mild til alvorlig depresjon med fare for suicid.

“Depresjon endrer måten vi tenker på. Negative tanker kverner i hodet. Man blir svært opptatt av andre menneskers avvisning og uvennlighet, mens omsorg og vennlighet nesten ikke registreres” (Faktaark, Folkehelseinstituttets nettsider).

Kjernesymptomene ved depressive lidelser er senket stemningsleie, nedtrykthet og tap av opplevelse av mening i tilværelsen. Energien blir borte og interessen for andre mennesker og generelle daglige gjøremål reduseres eller forsvinner helt. I tillegg opplever mange skyldfølelse, selvbebreidelse og at selvfølelsen svekkes.

Det kan se ut som om kvinner ofte har mer innadrettede reaksjoner – de blir nedstemte, triste og vil helst trekke seg tilbake. Følelsen av håpløshet og at man er verdiløs er også dominerende for den som er deprimert.

Depresjon gir både kroppslige og psykiske symptomer, og dette fører blant annet til at søvn og appetitt påvirkes i den ene eller andre retningen. Energivået reduseres, det blir et ork å bevege seg, konsentrasjonen svekkes og dagliglivets små og store utfordringer føles uoverkommelige. Kroppslige funksjoner hemmes og det er også vanlig at smerteterskelen blir lavere hos den som er deprimert (Faktaark, Folkehelseinstituttets nettsider).

## 2.2 Tvang og makt

I henhold til min oppgave var denne pasienten innlagt på §3-3. *Vedtak om tvungent psykisk helsevern*. Hun var underlagt § 4-4. *Behandling uten eget samtykke*. Dette gjaldt pkt a. *Pasienten kan behandles med legemidler uten eget samtykke*.

### § 1-1. Formål

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet (Psykisk helsevernloven).

Det er ulike kriterier som skal ligge til grunn for å bli underlagt behandling uten eget samtykke med legemidler og en av dem er at dette bare gjennomføres der de har en ”gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger”.

### 2.2.1 Forståelse av belastninger ved tvang

I en relativ ny norsk studie ble det sett på generelle holdninger til bruk av tvang blant personalet i akuttavdelinger. De fant at holdningene kunne deles inn i tre grupper, syn på tvang som krenkende, som omsorg og beskyttelse og som behandling (“Som natt og dag?” s 14, Norvoll og Husum). Videre skriver de at ulike studier kan tyde på at ansatte som arbeider i lukkede sykehusposter med høy tvangsbruk, til en viss grad vender seg til tvangsbruken og tar den etter hvert for gitt. Det vises også til svenske studier hvor pasientene beskriver at behandlingen har blitt implementert ved makt og trusler, mens sykepleierne beskrev behandlingen som implementert ved overtalelse og uten tvang (Norvoll og Husum, s 18). Ut fra dette blir det viktig at vi som psykisk helsearbeidere tar med oss forståelsen av at vi som ansatte og pasientene kan ha ulik oppfatning av begrepet tvang. Dette gjelder både for mengde tvang pasientene føler seg utsatt for, men også den belastningen pasienten opplever i forbindelse med dette.

Artikkelen ”Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand” bygger på feltarbeid og intervjuer i en lukket akuttpsykiatrisk døgnenhet. Det er en studie som analyserer og setter søkelyset på hvordan tvangsmedisinering praktiseres og oppleves av pasienter og ansatte.

I denne studien kunne forskerne se at selv om mange pasienter formelt sett tok medisinene frivillig, var opplevelsen av frivillighet ikke alltid til stede. Dette begrunnet forskerne med at de flere ganger observerte at pasientene ble presset til å avgi samtykke om medisiner og at samtykke under press ble kalt samarbeid fra personalets side. Forskerne hadde samtaler med de aktuelle pasientene i etterkant og flere sa da at dersom de ikke hadde samarbeidet, var tvangsbruk alternativet (Terkelsen og Larsen, s 4).

Videre observerte forskerne at før tvangsmedisinering var de ansatte ofte på jakt etter sykdomstegn som bekreftet at medisinering var nødvendig. Dette kunne for eksempel være alt fra isolering, utbrudd, mye prating, sinne, ”mangel på samarbeid” og ”mangel på sykdomsinnsikt”. Det ble også i etterkant sett etter tegn på om medisinene hadde virket. Denne eventuelle gunstige effekten legitimerte i stor grad tvangen og veide igjen opp for eventuelle bivirkninger og ubehag pasienten måtte ha.

I intervjuer med pasienter beskrev mange at de følte avmakt når det gjaldt medisinering og flere beskrev tydelig hvor små og ubetydelig de følte seg i disse situasjonene.

Under et morgenmøte noterte forskeren: ”Det slår meg hvor mye de bestemmer over pasientene. Her blir løpet lagt uten at pasientene er tilstede” (Terkelsen og Larsen, s 3).

Psykolog T.M. Østnæs har i sin masteroppgave ”Tvang i psykisk helsevern”, sett nærmere på begrepet og fenomenet tvang innenfor rammen av psykisk helsevern. Videre har hun satt fokus på tvang og hvordan man best kan forholde seg til en så vanskelig og kompleks tematikk.

Hun skriver blant annet at manglende påvirkningsmuligheter i forhold til beslutninger om egen behandling, samt liten grad av frihet og valgalternativer i behandlingsforløpet er viktige dimensjoner ved opplevd tvang. Disse faktorene ser også ut til å være universelle. Pasientens opplevelse av hvordan et vedtak generelt utføres har vist seg å være viktigere enn selve vedtaket. Dette igjen er sterke implikasjoner for hvordan helsepersonell bør forholde seg til pasienter (Østnæs, s 26).

Østnæs fant også at ydmykelse og krenkelse av personlig integritet er viktige faktorer knyttet til pasienters opplevelse av tvang. Det er ikke sikkert at intensjonen er å ydmyke og i slike situasjoner snakker man om tvetydig krenkelse – handlingen ligger i gråsonen mellom hjelp og skade.

”Det ser dermed ikke til å være graden av tvang eller maktbruk i seg selv, men i hvilken sammenheng det forekommer og hvilken måte det gjøres på som er avgjørende for den totale opplevelsen til pasienten” (Østnæs, s 28).

Østnæs sier videre at det derimot er i den uformelle avdelingskulturen og i hverdagslivet på postene at vi finner maktens skjulte sider. Denne formen for makt er ikke nedskrevet og kan da ikke kontrolleres eller etterprøves på samme måte som formalisert makt.

### **2.3 Brukermedvirkning**

Myklebust skriver i sin masteroppgave at brukermedvirkning på mange måter er et litt diffust begrep med mange og uklare definisjoner. Brukermedvirkning kan knyttes til ulike verdier, men disse igjen kan oppleves noe motstridende. Sekretariatet for modernisering og effektivisering definerer brukermedvirkning som en ideologi med et sett av verdier. Ifølge Myklebust har ikke denne definisjonen noen konkrete beskrivelser av hvordan brukermedvirkning fungerer i praksis, men at det innebærer retten til å bestemme over eget liv, egen hverdag og egne problemer.

I lys av demokratiske verdier har alle rett til at deres stemme skal bli hørt og tatt hensyn til. Hun sier videre at prinsippet om at ” den vet best hvor skoen trykker, den som har den på”, blir gjeldende her. I en norsk studie er brukere opptatt av at selv om brukermedvirkning vektlegges, er det for dem viktig at deres behov for profesjonell hjelp ikke blir oversett.

### **3.0 Selvpsykologi**

Selvpsykologien vokste fram tidlig på 1970-tallet som en egen retning innenfor psykoanalysen. Selvpsykologien ble formet av den amerikanske psykoanalytikerens Heinz Kohut (1913-1981).

Kohut la stor vekt på empati og det å spørre seg selv: *Hvordan ville jeg følt det om det var meg?* Hartmann skriver at Kohut mente at individet drives av en indre kraft som strever etter å skape mellommenneskelige erfaringer som kan vekke, vedlikeholde og utvikle individets opplevelse av å ha et sammenhengende selv. Behovet for å føle seg hel, vital, verdifull og forstått av signifikante andre er grunnleggende hos individet. At vi har et

sterkt behov for tilknytning og mellommenneskelig kontakt og at dette styres av en grunnleggende motivasjonell kraft.

Ifølge Hartmann antok Kohut at individet har et medfødt, rudimentært selv som utvikles i samspill med viktige andre. For at det skal skje en normal utvikling av selvet, er man avhengig av å ha gode selvobjektsrelasjoner.

I selvsykologien retter man fokuset mot personens tanker og følelser. Man fokuserer ikke så mye på mellommenneskelige forhold, men på personens subjektive opplevelse av det som som har hendt. I terapeutiske relasjoner er klientens selvfølelse og selvrespekt overordnet. En tenker at når klienten opplever å føle seg møtt, genuint sett og forstått av terapeuten, vil dette igjen føre til at selvet styrkes og blir mer sammenhengende.

Mange av selvsykologiens terapeutiske prinsipper har til hensikt å vise større respekt for klientens subjektive opplevelse. Det vises også til at man som terapeut og hjelper bør være bevisst på ting som kan oppleves uheldig sett fra klientens posisjon (Hartmann 2000). I relasjon med klienten innehar ikke terapeuten noen ekspertrolle og klienten blir ikke sett på en som yter motstand mot å bli frisk. Hartmann skriver at selvsykologer ønsker en mer naturlig, men likevel fortolkende dialog mellom terapeut og klient – et gjensidig samarbeid der begge parter bidrar aktivt.

Kohut mente at terapeuten bør være en person som klienten enten kan idealisere eller få anerkjennelse og/eller bekreftelse fra. Dette kalte han selvobjektsoverføringer som terapeuten må møte med empatisk forståelse og til en viss grad imøtekomme uten å virke analyserende (Hartmann 2000).

### **3.1 Sentrale begreper i selvsykologien**

#### **3.1.1 Empati**

For mange selvsykologer er empati et aktivt virkemiddel der følelsesmessig forståelse, bekreftelse og anerkjennelse av klienten er viktige ingredienser.

Hartmann skriver at ved bruk av empatisk lytting og forståelse søker terapeuten å gjøre pasientens tilsynelatende ubegripelige følelser og reaksjonen begripelige. Den bekreftelsen

dette gir tenker en igjen vil styrke selvfølelsen og gi opplevelse av sammenheng, mening og vitalitet.

”Empati blir definert som evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg, så konsekvent som mulig, i den andres sko. Det innebærer å prøve å observere og følelsmessig forstå klienten fra innsiden, slik klienten opplever og forstår seg selv og andre” (Hartmann 2000).

Karterud skriver at Kohut hevdet at empati er psykoanalysens viktigste observasjonsmåte. Det er kun gjennom empati og introspeksjon at vi får tilgang til den andres indre verden. Kohut snakket om en empatisk anstrengelse og en langvarig empatisk fordypelse. Dette kan oppleves som utfordrende i praksis og det kreves lang trening. Å fordype seg i den andres subjektive perspektiv over tid er krevende.

Selvpsykologi innebærer også at man som terapeut ikke innehar noen ekspertrolle. Det er klienten som ”viser vei” gjennom å sette ord på hva som er viktig og relevant for han i denne samtalen.

### **3.1.2 Inntoning**

I tillegg til empati er inntoning et viktig og relevant begrep innen selvpsykologien. Det handler om å komme følelsmessig nær den andre og bygge en relasjon. I utviklingspsykologien ser man at tilknytningsmønsteret allerede dannes mot slutten av første leveår. Der adekvat relasjoner med omsorgspersoner har betydning for selvets utvikling (Karterud 1997).

Innenfor denne retningen blir det som sagt lagt vekt på at individets utvikling er knyttet til og påvirkes av relasjoner med andre mennesker gjennom hele livsløpet. Behovet for å være i gjensidige relasjoner regnes som et grunnleggende- og livslangt behov. Kohut mente at individets viktigste drivkraft er et sterkt ønske om å føle seg hel, vital, verdifull og grunnleggende forstått av signifikante andre (Hartmann 1997, s 25).

Affektiv inntoning handler om at man i relasjonen toner seg inn på hverandres følelsesuttrykk. Karterud beskriver det som å komme følelsmessig nær den andre og

opprette en relasjon. Sett ut fra selvpsykologien vil man med affektiv inntoning, i relasjon mellom klient og terapeut, se på dette som en legende effekt i seg selv. ”Affekt-inntoning kan betraktes som en nøkkel som åpner døren til den andres indre verden” (Karterud 1997).

Manglende inntoning beskriver en situasjon der for eksempel selvobjektet ikke viser interesse for barnet - de er tilstede fysisk, men ikke psykisk. De møter ikke barnet på dets behov og følelser og gir ikke barnet noen form for bekreftelse. Dette kan ofte være tilfelle i situasjoner med omsorgssvikt, der barnet er overlatt til seg selv både fysisk og emosjonelt. Det er ingen form for følelsesmessig utveksling i relasjonen og man kan kjenne på en grunnleggende ensomhetsfølelse.

Selektiv inntoning er når man toner seg inn og blir bekreftet kun i visse typer følelsesopplevelser og ekskludert i andre. Risikoen er at man utvikler et selv som er knyttet opp mot andres forventninger og hvor man søker å ”please andre” og/eller tilpasse seg andre. Man prøver å være noe man egentlig ikke er.

Feilinntoning beskriver en situasjon der selvobjektets reaksjoner er uforutsigbare og ikke i samsvar med den aktuelle situasjonen. Dette kan for eksempel ses i forhold til barn som vokser opp med rusavhengige omsorgspersoner. Barnet erfarer da usikkerhet rundt det å ikke vite hva det får tilbake når det gir av seg selv, det blir ikke forstått eller bekreftet på følelsen det formidler eller søker bekreftelse på. Dette kan igjen føre til at det utvikler et såkalt ”skjult selv”.

Overinntoning kan forklares med at andre tar over dine følelsesmessige opplevelser ved at følelsene kontinuerlig blir tolket. En opplever at en blir frarøvet følelsene og opplevelsene sine og at andre overtar. Dette kan igjen oppleves som en invadering (Karterud 2000).

### **3.1.3 Selvobjekt**

Kohut ga liv til flere ulike, men viktige begreper innenfor selvpsykologien. Han pratet om behovet for selvobjekter og mente at tilgjengeligheten til selvobjektfunksjoner er en forutsetning for selvets veks, utvikling og modning.



Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idetradisjon har for opprettholdelse av en følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv (Karterud 1997, s 18).

Med selvobjekt mente Kohut primært andre personer som gjennom ulike handlinger og væremåter støtter opp om individets selvopplevelse (Hartmann 2000). Som menneske får man en opplevelse av vitalitet, sammenheng, trygghet og kompetanse gjennom hvordan andre mennesker utøver selvobjektsfunksjoner ovenfor oss. Et selvobjekt er en helhetlig subjektivt opplevelse og det er en erfaring som individet ikke nødvendigvis er seg bevisst. Karterud skriver at for å illustrere hvor viktig selvobjekter er for individet, brukte Kohut (1977) oksygenets betydning for kroppen som en sammenligning. Vi er ikke alltid bevisst at det er der, men vi kan ikke klare oss uten. Selvstendighet innebærer at man har frihet til å velge selvobjekter, men ikke å velge dem bort.

”Et selvobjekt kan ikke veies eller måles. Det er helhetlig subjektivt; det er en erfaring som heller ikke nødvendigvis er bevisst” (Karterud 2000).

Kohut skilte mellom tre ulike typer selvobjekt; speilende, idealiserende og alter-ego selvobjekt. Speilende selvobjekt er de som gjør at vi føler oss forstått, anerkjent, sett og bekreftet som menneske. Idealiserende selvobjekt kan være personer som står en nær og som gjerne kan mer enn en selv og dermed gir en følelse av styrke og ro. Det kan også være forbilder som lar seg idealisere. Alter-ego selvobjekt er en person en kjenner seg igjen i og/eller føler seg lik sammen med. Det gir en følelse av å være sammen med likesinnede (Karterud 2010).

### **3.1.4 Selvet**

Kohut beskrev selvet som et tripolært dynamisk system bestående av tre poler. Disse tre polene omtalte han som det grandiose polen, det idealsøkende polen og det tvillingsøkende polen. De er forankret i det Kohut omtalte som kjerneselvet. Kjerneselvet er sentrumet i oss mennesker og det som gjør hver og en av oss unike. Dette er igjen basert på den ulike bagasjen og forforståelsen vi har med oss i form av opplevelser, erfaringer og holdninger (Karterud 2000). Polene er knyttet til utviklingen av selvet og disse reflekterer i hvilken

grad vi får dekt våre ulike behov av våre selvobjekter. Disse to polene er knyttet til et kontinuum, en kan forklare det som en linje med to ytterpoler. Gjennom hele livet beveger vi oss mellom disse polene. Hvor vi befinner oss på kontinuumet varierer ut fra hvordan vi opplever oss selv i forholdet til andre og hvordan vi opplever å bli møtt av viktige andre . Selvet har en viktig og fantastisk egenskap til å romme og integrere følelser, tanker og vår egen historie. Dette foregår stort sett som en automatisk prosess.

”Kohut mente at psykisk helse er kjennetegnet ved evne til å omgi seg med, og kunne holde på givende selvobjekter” (Hartmann 1997).

I følge Hartmann er de fleste selvpsykologer i dag enige om at et individ opplever sitt selv som styrket og mer vitalt når den følelsesmessige tilknytningen til nære andre er bedre. At en da opplever å ha mer håp, evner til å gi seg selv og andre omsorg og til selv å motta omsorg fra andre. En opplever at en også har økt empati for seg selv og for andre, en mer utforskende væremåte og mer håp.

### **3.1.5 Selvsammenheng**

Kohut uttalte at selvsammenheng er noe alle mennesker streber etter i livet – det å kunne oppleve seg selv som den samme over tid. Videre brukte han begrepet selvobjekt for å beskrive den funksjon og betydning andre mennesker har for at individet skal opprettholde følelsen av å være et sammenhengende og meningsfylt selv (Karterud 1997).

### **Empiri**

Trude er en dame i slutten av 40-årene som er gift og tre barn. Hun var henvist fra fastlegen grunnet depresjon og stort vekttap over relativt kort tid. Hun hadde gradvis isolert seg hjemme, snudd døgnet og deltok ikke på aktiviteter eller ferier sammen med familien. Videre engasjerte hun seg lite i barnas hverdag, fritid og skolesituasjon.

Trude ble innlagt på tvang § 3.3, grunnet depresjon og vrangforestillinger. Etter innleggelse ble hun ganske raskt satt på antipsykotika og etterhvert også antidepressiva.

Psykiater og psykolog stilte etterhvert spørsmål om hun i tillegg kunne ha en somatiseringslidelse.

Trude stilte seg uforstående til innleggelsen og behandlingen generelt. Hun var tydelig på at hennes funksjonstap skyldtes sekundære, somatiske plager etter et operativt inngrep noen år tidligere. Disse sekundære plagene var hun utredet for gjentatte ganger uten at det ble gjort medisinske funn som var forenelig med, eller kunne forklare hennes selvopplevde plager. På bakgrunn av disse opplysningene og terapisamtaler med Trude, ble det underveis konkludert med at hun hadde liten sykdomsinnsikt.

.

Trude og jeg pleide ofte å ha en samtale alene på rommet hennes når jeg var på vakt. Etter at vi hadde pratet litt generelt, spurte jeg henne om det var noe hun hadde lyst til å prate om. For Trude var det viktig å få satt ord på sin frustrasjon over sine somatiske plager og hvordan disse dominerte hverdagen hennes. I tillegg var medisineringen noe hun var veldig opptatt av og engasjert i. Hun hadde god kunnskap om de ulike medikamentenes virkning og bivirkninger.

Trude klaget på innleggelsen og medisineringen til Kontrollkommisjonen, men fikk ikke medhold i forhold til dette. Hun forsonet seg da litt mer med at hun fortsatt måtte være på avdelingen.

Trude opplevde det veldig vanskelig å skulle ta de foreskrevne medisinene og vegret seg hver gang tablettene skulle inntas. Hun gråt ofte i disse situasjonene og forsøkte å forhandle med personalet for å slippe å ta medisinene, eller eventuelt å få utsatt det. I starten fikk hun utsettelse på 5-10 minutter, men når en da kom tilbake som avtalt, var hun like vegrende. Hun hadde da gjerne nye argumenter for videre utsettelse, eller aller helst å slippe å ta tablettene. Dette var tydelig vanskelig for henne og hun hadde det veldig vondt i situasjonen. I samtalene jeg hadde med henne kom det også fram at hun brukte mye energi på dette – både på natten og i for- og etterkant av medisinerings.

Etter hvert var det tydelig at enkelte av personalet opplevde hennes medisinvegring noe frustrerende. Enkelte mente man måtte være bestemt og ikke inngå avtaler, mens andre gjerne ville gi henne litt tid. Den ulike tilnærmingen og håndteringen av situasjonen skapte tydelig usikkerhet hos Trude, og det det kunne se ut til at hun ble enda mer ambivalent og vegrende. Hun gråt og var fortvilet nesten hver gang medisinene skulle tas.

Denne morgenen lå hun og halvsov i sengen da jeg og en annen sykepleier kom inn på rommet. Vi hilser og sykepleieren går bort til sengen og informerer om at vi har med morgenmedisinen. Trude, som fortsatt ikke er helt våken, ber om å få gå på toalettet først. Dette avslås og hun blir bedt om å sette seg opp og ta tablettene. Trude snur ansiktet bort og ser mot veggen. Det er tydelig at hun opplever situasjonen som ubehagelig. Sykepleieren gjentar anmodningen om å ta tablettene – stemmen er bestemt og litt skarp. Når Trude ikke responderer på anmodningen, informerer sykepleieren om at vi går ut og kommer tilbake om fem minutter. Sykepleieren er tydelig på at det da forventes at Trude har stått opp og at hun tar tablettene.

Da vi kommer tilbake er Trude påkledd og står inne på badet. Sykepleieren går inn til henne, tar tablettene ut av begeret og rekker den mot Trude som reagerer med å begynne å gråte; ”Jeg greier ikke, jeg greier det bare ikke”, sier hun. Sykepleieren sier at om hun ikke tar tablettene nå, så blir det injeksjon og at det da vil komme flere fra personalet inn på rommet slik at sprøyten kan bli satt. Er det det du vil? Alt formidles i et skarpt, bestemt tonefall. Trude gråter og sier hun har bivirkninger som er så plagsomme. ”Nå er det nok, nå blir det injeksjon”, sier sykepleieren og går ut av badet. Trude ber sykepleieren vente og sier hun skal ta tablettene, noe hun også gråtende gjør.

Jeg har trukket meg tilbake og står ved døren, kjenner at dette blir feil og at situasjonen er ubehagelig og vond. Sykepleieren går ut og Trude setter seg gråtende på sengen. Jeg har lyst til å være igjen å prate litt med henne, men sykepleieren ber meg bli med ut. Da vi kommer på medisinerrommet, spør sykepleieren meg hva jeg synes om situasjonen. Jeg sier som sant er at jeg opplevde det ubehagelig. Jeg får tilbakemelding om at sykepleieren forstår reaksjonen min, men at slik blir det innimellom på en lukket avdeling.

## 4.0 Diskusjon

Det psykiske helsevesenet har mulighet for å utøve makt og sosial kontroll, herunder tvang, ovenfor pasientene. Dette medfører stort ansvar med tanke på hvordan personalet utøver makten de innehar i form av egen atferd og kommunikasjon i samhandling med de ulike pasientene.

I mitt møte med Trude opplevde jeg at kunnskap om selvspsykologi var både vesentlig og relevant. Selvspsykologisk tenkning handler blant annet om å bekrefte den andre ved en idealiserende og bekreftende tilstedeværelse og en empatisk væremåte. Ved å bruke tid sammen med Trude, vise at jeg ”ser henne” som menneske og lytte til det hun formidler; håper jeg å kunne styrke selvet og bidra til økt selvsammenheng. Videre tenker jeg at når Trude blir møtt og opplever forståelse på sin vegring mot å ta imot medikamentell behandling, så vil det øke forutsetningene for at hun vil føle seg sett, respektert og ivaretatt.

Siden Trude er underlagt tvungen medikamentell behandling kan hun ikke velge bort tablettene, men det betyr ikke at vi som psykisk helsearbeidere ikke kan møte henne på hennes vegring, motstand og tanker om medisinenes virkning og bivirkninger generelt. Med det mener jeg at med en god dialog og inntonning, vise empati og forståelse for det som oppleves som utfordrende for henne, så vil hun forhåpentligvis ta dette med seg videre inn i den vanskelige situasjonen og likevel oppleve seg ivaretatt og respektert.

I 3.1.2 beskrev jeg begrepet affektiv inntonning. Med dette som utgangspunkt tenker jeg det er naturlig og riktig å møte Trude på de opplevelser og beskrivelser av bivirkninger og generelt ubehag som hun setter ord på. Ved å sette seg ned sammen med henne på rommet og høre om hun har lyst til å si litt mer om hvordan bivirkningene oppleves for henne. Om hun opplever at bivirkningene har endret seg på noen måte, og/eller om intensiteten er økt eller dempet.

Ved empatisk lytting og forståelse kan man bidra til å hjelpe pasienten til å få større oversikt over egne tanker og følelser rundt det som der og da oppleves frustrerende og vanskelig (Hartmann 2000).

Trude beskrev bivirkninger som kribling i kroppen, uro og dårlig søvnkvalitet. En kan da følge opp med spørsmål som:

*Den kriblingen du kjenner på, - vil du beskrive den litt nærmere?*

*Når du forteller at du sover dårligere så tenker jeg at det må være slitsomt over tid.*

*Hvordan opplever du dette?*

*Du ga for litt siden uttrykk for at du kjente på uro, kan du si noe mer om det?*

I selvspsykologien er det naturlig å møte Trude på hennes subjektive opplevelser, stille oppfølgingsspørsmål med utgangspunkt i det hun forteller og beskriver: *Hva opplever du som mest utfordrende i forhold til uroen som du beskriver?* For Trude var det kribling i armer og legger som opplevdes spesielt forstyrrende på natten. *Jeg skjønner at dette virker inn på søvnkvaliteten din. Er det noe du føler som kan lindre litt?* Ifølge Trude hadde hun forsøkt flere ting, men opplevde at det var lite som hjalp. *Er det noe du tenker at jeg kan hjelpe deg med her?* På denne måten ønsker jeg å bidra til at hun føler seg sett, forstått og tatt på alvor.

Empati og affektiv inntonning er som tidligere nevnt viktige begrep og virkemidler innen selvspsykologien. Det handler om å komme nær den andre følelsesmessig og søke å bygge en god og trygg relasjon (Karterud 1997). Hvert individ er unikt og har med seg sin ”bagasje” og sine opplevelser – på godt og vondt. Det igjen krever at vi som psykisk helsearbeidere møter pasienten med et åpent sinn, søker å være utforskende og genuint interessert i det som blir formidlet av pasienten. Like viktig er det å være bevisst på å fange opp og ha fokus på den non-verbale kommunikasjonen - både pasientens og vår egen.

I samtaler med meg hadde Trude fortalt at hun brukte mye tid og energi på å grue seg til neste gang hun skulle ha medisin. Ifølge henne selv var dette også en av årsakene til at hun sov dårlig på nettene, men også på dagtid hadde hun mye tanker og bekymringer rundt dette temaet. I narrativet beskriver jeg en situasjon som ble spesielt vond og vanskelig for Trude i forhold til medisinerings. Hun ligger i sengen når vi kommer inn, er enda ikke skikkelig våken og blir ganske bestemt bedt om å ta medisinen. Trude snur seg bort fra sykepleieren, ser inn i veggen og sier ikke et ord. Med hele seg viser hun hvor vanskelig dette er for henne og kroppsspråket signaliserer at hun føler seg ”fanget” i situasjonen. Dette er min subjektive tolkning, men der og da opplevde jeg dette veldig sterkt. Ut fra

teoridelen om inntoning, tenker jeg at den manglende inntoningen fra sykepleierens side blir tydelig her. Hun viser ingen forståelse for at Trude akkurat har våknet, er trøtt og på bakgrunn av det kunne trengt litt tid og rom. Hun var godt kjent med Trudes vegring i forhold til medisinen, men valgte å ikke vie dette oppmerksomhet og videre bare overse Trudes tydelige non-verbale signaler. Ut fra dette tenker jeg at Trude ikke følte seg møtt på sine behov og følelser i det som for henne var en utfordrende situasjon.

Fra et selvspsykologisk perspektiv vil være naturlig å være empatisk og vise forståelse for hvordan denne situasjonen oppleves for henne – både med tanke på hennes vegring, men også i forhold til at hun ikke var våken da vi kom inn på rommet hennes. I oppgavens teoridel 3.1.1 står det blant annet at man bør anvende empati som et aktivt virkemiddel for følelsesmessig forståelse, bekreftelse og anerkjennelse av klienten. Dette tenker jeg er viktig å ta med seg inn i denne aktuelle situasjonen. Det vil være naturlig å gi henne litt ekstra tid slik at hun fikk våknet ordentlig, stått opp og gått på toalettet. Og så avtaler man å komme tilbake med medisinen om en liten stund. Ut fra situasjonen og det jeg visst om Trude, så hadde jeg også prioritert å sette av ekstra tid når jeg skulle gå tilbake for å gi henne tablettene.

En økt evne til empati innebærer at man forstår mer av seg selv og andre mennesker og av hva som foregår i komplekse mellommenneskelige interaksjoner (Karterud 1997). Dette betyr for meg at jeg bevisst reflekterer over egne holdninger, verdier og handlinger i møte med pasienter. Det handler om å være medmenneske og det er av stor betydning når man har en jobb der man er i så tett samhandling med mennesker som er sårbare og midt i en krise i livet sitt.

Karterud skriver at Kohut var tydelig på at empatisk anstrengelse og langvarig empatisk fordypelse kunne oppleves som utfordrende og krevende for terapeuten.

I enkelte av samtalene mine med Trude kunne jeg kjenne meg igjen i dette. Det gikk ikke så mye på hennes historie, men mer når jeg fulgte henne inn i hennes verden av følelser, frustrasjon og avmakt rundt hennes subjektive opplevelser av sine somatiske utfordringer i hverdagen. Denne fortvilelsen var ikke så vanskelig for meg å forstå, selv om jeg tenker at man aldri kan forstå den andre fullt ut når man ikke har opplevd noe tilsvarende selv. Men jeg skjønnte at dette dominerte hennes hverdag i stor grad, om ikke totalt. Dette var også

noe hun var åpen om og som hun ofte hadde behov for å prate om når vi hadde samtaler alene.

Det som for meg enkelte ganger kunne oppleves utfordrende, var at jeg opplevde Trude som veldig låst på at de somatiske utfordringene var hennes eneste problem. Ifølge Trude var dette årsaken til depresjonen, til at hun ikke greide å stille opp for- og være med på aktiviteter sammen med familien sin og dette var grunnen til at hun ikke greide å få i seg nok næring i løpet av dagen. På bakgrunn av at hun mente og trodde dette så sterkt, hadde hun blant annet ønske om å overføres på somatisk avdeling.

Trude var tydelig på at hun opplevde det som lite relevant å jobbe med ulike mestringsstrategier i forhold til sine somatiske plager. For henne handlet det om at når de somatiske plagene eventuelt bedret seg, så ville depresjonen også slippe taket.

Ut fra dette kunne jeg noen ganger sitte igjen med følelsen av å jobbe ”mot strømmen”. Jeg skulle ikke være ledende, konfronterende eller i en ekspertrolle, men i situasjoner med litt lange- og gjentakende samtaler, kunne jeg kjenne på utfordringen dette medførte for meg som helper. Jeg la merke til at jeg kunne vendte litt tilbake til egne holdninger og kunne gjøre meg tanker som: *”om du bare kunne forstå at dette ikke bare handler om somatikk”, eller ”hvis du bare kunne se det litt fra min side, så ville du sett at dette ikke er så svart/hvitt som du opplever eller beskriver det”*.

Basert på dette kjenner jeg meg igjen i Kohuts ord om at det kan være personlig krevende å være empatisk og støttende i en annens subjektive verden over tid. Samtidig var det også viktig for meg å huske på at Trude sin depresjon høyst sannsynlig påvirket både tankegangen hennes, energinivået og konsentrasjonen.

Siden Trude hadde en klar oppfatning av årsaken til egne plager og utfordringer, var det på mange måter ikke vanskelig å forstå at hun stilte spørsmålstegn ved- og var kritisk til at hun ble satt på antipsykotika. Det jeg undret meg over var at hun, ifølge henne selv, ikke fikk noe klart svar fra legen i forhold til hvorfor hun måtte bruke denne typen medikamenter. På vaktrommet ble dette begrunnet med at hun hadde liten sykdomsinnsikt, samt tvangstanker der hun relaterte alle sine plager til det somatiske og operasjonen hun hadde vært igjennom noen år tidligere.

I 3.2 om brukermedvirkning viser Myklebust til at alle har rett til at deres stemme skal bli hørt og lyttet til. Hun skriver videre at *”den som har skoen på, best vet hvor den trykker”*.



Med utgangspunkt i dette tenker jeg at Trude burde hatt litt mer å si i forhold til egen behandling og det ville være naturlig at hun fikk den informasjonen hun trengte for å få økt innsikt i egen behandling og sykdom. I forhold til teorien om depresjon kan en blant annet se at konsentrasjonen svekkes og/eller at personen har mye tanker og bekymringer. Ut fra dette kan man tenke seg at Trude trenger å få ulike typer informasjon formidlet flere ganger. Kanskje greier hun bare å få med seg hovedpunktene, mens detaljene blir litt utelatt og glemt. Da kan det være greit at vi som hjelpere gjentar informasjonen og tenker over at vi bruker et enkelt og tydelig språk.

Trude gir mange tilbakemeldinger på bivirkningene hun har, både til legen og personalet. Det er hun som kjenner på kroppen hvor plagsomme disse er og det er hun som må takle utfordringene dette medfører i hverdagen. Det hun formidler er nyttig og viktig informasjon å ta med videre i forhold til behandling og den medisinske oppfølgingen av henne.

I 2.2 skriver jeg litt om formålet med psykisk helsevernloven i henhold til tvungen medikamentell behandling. Det settes der fokus på at den gunstige virkningen ved medikamentet klart bør oppveie ulempene ved eventuelle bivirkninger.

Som jeg har skrevet tidligere var det i forbindelse med oppstart av antipsykotika at Trude begynte å vegre seg og ikke ønsket å ta tablettene. Hun kjente på bivirkningene som begynte å melde seg og hun var spørrende i forhold til hvorfor hun skulle bruke denne type medikament. Sett ut fra dette kan jeg forstå at hun opplevde det som vanskelig og frustrerende å skulle fortsette å ta medisinen. I teoridelen min om selvsykologi vises det til viktigheten av å vise respekt for klientens subjektive opplevelse, samt å være oppmerksom på at man som hjelper ikke gjør ting som er uheldige sett fra klientens posisjon.

Når det var tid for medisiner gikk protestene hennes mye på ”hvorfor må jeg ta disse tablettene?”, ”jeg har så ekle bivirkninger” og ”jeg kjenner ikke meg selv igjen lenger”. I en selvsykologisk tilnærming ville man som psykisk helsearbeider gjerne sette seg ned sammen med Trude – lyttet til hva hun tenker og føler rundt dette. Ved å vise empati og interesse for det hun formidler, kan det etter hvert også for Trude sin del bli mer klart hva hennes vegring består i. Som hjelper er det naturlig å gi Trude gjensvar på frustrasjonen hun gir uttrykk for. *Bivirkninger kan være både ubehagelige og slitsomme. Opplever du dem som økende eller mer plagsomme?* Jeg får til svar at det er på det samme,

men at hun blir så fortvilet når hun må fortsette å ta tablettene. *Du sa at du ikke kjente deg selv igjen lenger, vil du fortelle meg litt mer om hva du legger i det?* Trude forklarer at hun er så tung i kroppen og trøtt hele tiden. At hun opplever seg selv som sløv og uten overskudd eller energi. *Jeg forstår at dette må være slitsomt for deg. Føler du at du får sovet bedre om nettene nå når du er så trøtt og sliten?* Jeg får negativt svar på dette og Trude beskriver de to siste nettene som tunge å komme gjennom da hun sov lite og ikke hadde noen dyp søvn. *Jeg hadde nok følt meg temmelig redusert om jeg også hadde sovet lite flere netter på rad. Er det noe som kan hjelpe slik at du vil få bedre netter og litt mer søvn – er det noe vi kan bidra med?* Trude fortalte at hun opplevde det som forstyrrende at nattevakten kom inn flere ganger i løpet av vekten. Hun våknet alltid av lydene siden hun sov så lett. Var det nødvendig at vi kom så ofte inn på natten?

I mine samtaler med Trude ble det både naturlig og riktig å gi henne støtte og bekreftelse på at bivirkninger kan være både ubehagelige og slitsomme. At jeg viser forståelse for at dette er vanskelig for henne og for at hun både ønsket og hadde behov for flere svar rundt den medikamentelle behandlingen. På bakgrunn av dette ble ansvarlig lege informert, slik at hun fikk en ny samtale hvor hun kunne ta opp det som var viktig for henne rundt dette temaet. Videre var det relevant å få en ny vurdering på nødvendigheten av så hyppig tilsyn på natt og at dette ble vurdert opp mot hensynet til hennes utfordringer med søvn og hvile. Det var viktig for meg at Trude skulle føle seg sett og at hun følte at jeg tok både henne som person- og hennes plager på alvor. Siden jeg ikke kunne gjøre noe med bivirkningene der og da, forsøkte jeg å møte henne på opplevelsen og følelsen i situasjonen. I selvpsykologien tenker man at om individet opplever å føle seg møtt, genuint sett og forstått, vil dette igjen føre til at selvet styrkes og blir mer sammenhengende.

Trude hadde som nevnt ønsker og meninger om den medikamentelle behandlingen. Disse hadde hun flere samtaler med legen om, men uten at hun selv følte at hun ble møtt på dette. Jeg var med på flere av samtalene og opplevde at det ble gjort forsøk på å forklare og begrunne hvorfor antipsykotika ikke ville bli trappet ned eller seponert med det første. Disse samtalene var tydelig vonde for Trude og endte som regel med at hun gråt og var fortvilet.

Enkelte ganger var legesamtalene ledet av en turnuslege. Disse samtalene skapte ofte frustrasjon, og etterhvert gråt hos Trude. Som observatør opplevde jeg at årsaken til Trudes frustrasjon bygget på en kombinasjon av språklige misforståelser, samt at man kunne få

inntrykk av at legen på forhånd hadde satt seg egne mål for samtalen deres. Legen møtte henne ikke på hennes behov for informasjon og forklaringer rundt den medikamentelle biten, men fokuserte på å overbevise henne om dette var den beste behandlingen for henne nå.

I etterkant fortalte Trude meg at hun følte seg behandlet som et barn. Den manglende inntoningen fra legens side gjorde at hun ikke følte at hun ble forstått og at det som var viktig og relevant for henne, ble viet lite fokus og/eller ikke tatt på alvor.

Ut fra dette eksempelet kan en tolke det slik at legen tenker og forklarer dette fra sitt diagnostiske ståsted. Han signaliserer at han sitter med sannheten og ut fra den forsøker han å få Trude til forstå at hun må ta medisinene sine. Legen har sitt syn og sin overbevisning og mye er basert på vedkommende sin faglige bakgrunn, men også på hans forforståelse.

Underveis i behandlingen ble det også bestemt at personalet ikke skulle gå inn i noen form for forhandlingsdialog med Trude når hun skulle ha medisinene. I praksis ville det si at hun måtte ta medisinen når sykepleieren kom med den, men at hun selv kunne få velge om hun ville ha den i tablettform eller som injeksjon. Personalet var litt delt på dette og enkelte opplevde det som en utfordring å skulle møte pasienten på det de opplevde som en ”kompromissløs” måte.

En alternativ måte å gjøre dette på kunne være at de av personalet som var best inntonet i forhold til Trude, kunne gå aktivt inn i de vanskelige situasjonene. Jeg tror det ville gjøre det litt lettere for Trude at det var noen hun likte og stolte på som kom med tablettene. Hun ville nok vegre seg like mye, men forhåpentligvis likevel føle seg tryggere og mer ivaretatt. I et slikt møte med Trude tenker jeg det er viktig å først tone seg inn slik at begge parter opplever at de har kontakt og at man som hjelper er oppmerksom på hennes følelser og behov. *Jeg har med meg tablettene dine – har du drikke her, eller vil du jeg skal hente til deg?* Hun sier hun har drikke, men at hun ikke klarer å ta medisinen nå. *Jeg synes heller ikke dette er noen kjekk situasjon, spesielt når jeg ser hvordan du har det. Men som du vet, så har du ikke mulighet til å velge bort medisinen.* Om hun fortsatt vegret seg kunne man forsøke å møte henne på følelsen. *Jeg ser at dette ikke er lett for deg. Det er slik at jeg må være her til du har tatt medisinen. Nå er klokken blitt over 10, så nå kan vi nesten ikke utsette det lenger.*

Her forsøker jeg å likestille meg med henne ved å formidle at jeg, på samme måte som henne, opplever dette vanskelig. Samtidig er jeg bundet som hjelper, men søker å være et speilende selvobjekt som både viser omsorg og er litt grensesettende.

I sin masteroppgave, ”Tvang i psykisk helsevern”, skriver Østnæs at undersøkelser viser at det ikke nødvendigvis er graden av tvang, men i hvilken sammenheng det forekommer og hvilken måte det gjøres på, som er avgjørende for den totale opplevelsen til pasienten.

I 2.2.1 har jeg tatt med utdrag fra artikkelen ”Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand”. Her blir det satt blant annet satt søkelys på hvor forskjellig tvang kan oppleves for pasienten og den ansatte. At det som den ansatte betegner som samarbeid fra pasientens side, kan oppleves som en form for tvang for den aktuelle pasienten. Her stiller man spørsmålet om hva som er reell frivillighet og hva er samtykke under press? Forskeren i denne artikkelen undrer seg også over at mange av avgjørelsene vedrørende pasientene blir tatt på morgenmøtet uten at pasienten selv er tilstede og som følge av dette mister mye av muligheten til å uttale seg. Det er også min erfaring at en god del medisinske beslutninger blir tatt og iverksatt der det i hovedsak er lagt vekt på tilbakemeldinger og observasjoner fra personalet.

I forhold til Trude så undret jeg meg over at hun var blitt satt på antipsykotika. Jeg tok dette opp med en sykepleier og fikk vite at begrunnelsen var at hun hadde tvangstanker. Dette var ikke min opplevelse, eller forståelse av Trude sine utfordringer – da hadde det vært mer nærliggende at hun hadde begynt med antidepressiva og at man så vurderte utviklingen videre derfra. Som engasjert student ga jeg også uttrykk for tankene og argumentene mine ovenfor sykepleieren. En av de første dagene etterpå tok hun dette opp med legen på morgenmøtet. Etter en generell vurdering fra legen og litt innspill fra andre i behandlingsteamet, hadde Trude startet med antidepressiva. Jeg kjente en del på ”ansvaret” i forhold til dette i etterkant. Ikke fordi jeg ikke mente det jeg hadde sagt, eller at jeg ikke kunne stå for det jeg mente, men mest fordi hun fortsatt måtte stå på antipsykotika. Trude som vegret seg såpass mye i forhold til medisiner hadde nå fått en ekstra tablett å bekymre seg for.

Senere den dagen pratet jeg med Trude og stikk i strid med all selvspsykologisk tenkning, styrte jeg samtalen inn på det nye medikamentet. *Jeg ser at du har startet med*

*antidepressiva; hva tenker du om det?* Trude ga uttrykk for at det egentlig var greit. Hun kjente på depresjonen og opplevde den som ressurskrevende og veldig slitsom. *På hvilken måte synes du den er slitsom?* Hun fortalte om store endringer i hverdagen fra å være aktiv ute og hjemme, til å ikke ha energi og overskudd til noe. *Ut fra det du sier så opplever jeg at du synes det kan være greit å prøve antidepressiva, har jeg forstått deg riktig da?* Trude bekreftet dette og fortalte at hun hadde brukt samme tablettene et par år tidligere med relativt god virkning.

I ettertid ser jeg at jeg i denne samtalen hadde en fin mulighet til å utforske litt nærmere rundt Trudes medisinevegring. Hun formidlet i denne samtalen at det var relativt greit for henne å skulle starte med antidepressiva, mens det fortsatt var like vanskelig for henne å forholde seg til at hun måtte bruke antipsykotika. Her kunne jeg undret meg litt sammen med henne og årsaken kunne kanskje blitt mer tydelig og konkret for både henne og meg. *Du jeg fikk vite at du skulle begynne med en ny tablett, tenkte jeg litt på hvordan du ville oppleve dette. Du fortalte meg nå nettopp at du synes det er greit å starte med medisin mot depresjonen din. Vil du si litt mer om hva du tenker rundt dette?* Jeg ser for meg at Trude ville sagt noe om at hun ikke hadde bivirkninger når hun brukte denne medisinen og at hun opplevde at den hjalp mot depresjonen. *På hvilken måte merket du best at den hadde god virkning?* Det skjedde egentlig ganske gradvis og jeg tenkte ikke så mye over endringene i starten. Jeg begynte å gjøre ting jeg ikke hadde overskudd til tidligere og etterhvert kjente jeg at den tunge ”klumpen i magen” ble mindre. *Kjenner du på denne ”klumpen i magen” nå?* Ja, den er der og alt er så tungt og jeg er så lei. *Det høres trist ut å ha det slik du beskriver det nå, og jeg synes ikke det er rart at du blir lei. Føler du at det er noe som kan hjelpe deg litt når det blir ekstra tungt?* Det hjelper å prate litt om det.

I teoridelen om selvpsykologi skriver jeg om selvobjekter og hvor viktige disse er for utviklingen av selvet. Når Trude åpner seg i samtalen og opplever at jeg forstår henne og at jeg ser henne som menneske. Da blir jeg et speilende selvobjekt for henne. Vi hadde flere samtaler hvor Trude hadde behov for å prate om det hun opplevde som vondt og vanskelig. Samtaler hvor hun kunne kjenne på mye fortvilelse og tristhet. Da var det viktig for meg å være der for henne, støtte og formidle håp. *Jeg ser at dette er vondt for deg. Jeg vil gjerne være her sammen med deg hvis det er greit for deg? Hvis du har lyst å prate, så vil jeg gjerne lytte – kanskje det kan hjelpe litt.* I denne type situasjoner ser jeg for meg at jeg ble både et speilende- og idealiserende selvobjekt for Trude. Dette da hun kanskje så på meg

som en som hadde mer kunnskap, men også en viss ro og ”kontroll” der hun følte kaos og usikkerhet. Ifølge Kohut bør hjelperen være en person som klienten enten kan idealisere eller få anerkjennelse eller bekreftelse fra. Han beskrev dette som selvobjektsoverføringer og mente at man som helper eller terapeut bør møte dette med empatisk forståelse og samtidig unngå å virke analyserende.

Selvpsykologien beskriver slike speilende overføringer som styrkende og meningsfulle for selvet. Kohut uttalte at alle mennesker søker å oppleve seg som den samme over tid og han definerte selvet som den måten en person erfarer seg selv som seg selv.

Trude beskriver det som at hun ikke kjenner seg selv igjen. Hun opplever ikke seg selv som den samme som den hun er til vanlig, og ut fra dette kan man tenke at hun har brist i selvsammenhengen.

I 3.1.4 beskriver jeg kontinuum som en linje med to ytterpoler og at hvor individet befinner seg på linjen varierer ut fra hvordan det opplever seg møtt i ulike selvobjektsrelasjoner. I selvpsykologien tenker en at psykisk velvære gjennom hele livet vil være avhengig av evnen til å omgi seg med stabile og nærende selvobjekter.

I 3.1.4 skriver jeg at Kohut omtalte selvet som et tripolært dynamisk system som består av tre poler. Disse tre polene omtalte han som den grandiose polen, den idealsøkende polen og den tvillingsøkende polen. For hver av disse polene er det en linje, et kontinuum med to ytterpoler. Den grandiose polen har som ytterpunkter å underkjenne seg selv, eller i den andre enden framstå som verdensmester. I teoridelen om depresjon er en av kjernesymptomene at vedkommende føler seg verdiløs og at selvfølelsen svekkes. Ut fra dette kan en tenke seg at Trude befinner seg mot ytterpunktet på linjen i forhold til å underkjenne seg selv. Det grandiose selvet styrkes og utvikler seg gjennom det speilende selvobjektet. Det vil si at ved å føle seg sett, forstått, anerkjent og bekreftet som menneske, vil hun få styrket selvet, få økt selvsammenheng og beveger seg da mer mot midten på kontinuumet.

I løpet av uken hadde Trude vanligvis en til to faste samtaler med psykolog. Siden jeg var student og Trude ”min” pasient, var psykologen opptatt av at jeg skulle få muligheten til å være tilstede på flest mulig av samtalenene.

I fellesskap med Trude ble det etter hvert bestemt at mannen hennes skulle delta på en av samtalene. Tanken bak møtet var at Trude og mannen skulle få mulighet til å komme med innspill og tanker om behandlingen generelt, samt å kunne få stille spørsmål om det var noe de opplevde uklart.

I denne samtalen tok mannen til Trude ganske raskt opp at det han opplevde som vanskelig var å sitte hjemme og få så mange telefoner fra kona hvor hun var fortvilet. I disse samtalene beskrev han Trude som frustrert, trist og at hun gråt mye. Psykologen: *Vil du si litt mer om hva du opplevde lå bak denne fortvilelsen som Trude uttrykte?* Han fortalte at Trude flere ganger hadde følt seg presset til å ta medisin hun ikke ønsket å bruke. *Hun sa hun følte seg presset og det er jo ingen god følelse. Er dette noe noen av dere kunne tenke dere å si litt mer om?* Trude sier at hun har følt seg som et barn som blir irettesatt og hvor det tydelig kommer fram at det blir konsekvenser hvis hun ikke tar medisinen. *Hvordan er det å være Trude når du kjenner på slike følelser?* Jeg har jo ingenting å stille opp med og må jo bare ta tablettene, men synes det er fælt og veldig ubehagelig. *Hva er det som gjør at du til slutt velger å ta tablettene?* Hvis jeg ikke tar dem så setter de sprøyte. Det var det som skjedde i forrige uke, og det var så utrolig ekkelt og helt pyton. *Så du velger å ta tablettene for at du skal slippe sprøyten, har jeg forstått deg riktig da, Trude?* Ja, jeg orker ikke den sprøyten og at det kommer så mange inn på rommet. Det er så ydmykende og ekkelt.

## 5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg tatt på meg en rolle der jeg med et kritisk blikk ser på de ulike relasjonene og tilnæringsmåtene jeg erfarte og opplevde i praksisperioden min. Det kan i mange tilfeller være lettere å analysere en situasjon i etterkant og da se for seg hvordan ulike tilnæringer og utsagn kunne vært gjort på en annen og muligens bedre måte.

Under arbeidet med denne oppgaven har det blitt mer tydelig for meg at man ut fra et selvspsykologisk ståsted vil kunne møte deprimerte pasienter med medisinvengring på en bedre og mer ivaretagende og støttende måte. Jeg har erfart, både i praksis og i denne skriveprosessen, at selvspsykologi er et nyttig og anvendelig verktøy å ta med inn i mitt kliniske arbeid i psykiatrien.

Videre tenker jeg at vi som jobber i psykiatrien jevnlig bør reflektere over hvordan akkurat vi velger å møte den individuelle pasient som er innlagt på tvang, og hvor ulike typer tvangstiltak må utføres og iverksettes. Norvoll og Husum refererer til at ulike studier kan tyde på at ansatte som arbeider i lukkede sykehusposter med høy tvangsbruk, til en viss grad venner seg til tvangsbruken og etter hvert tar den for gitt.

Østnæs skriver at ydmykelse og krenkelse av personlig integritet er viktige faktorer knyttet til pasienters opplevelse av tvang – at selv om ikke intensjonen vår er å ydmyke, kan pasientens opplevelse være en annen. I slike situasjoner snakker man om tvetydig krenkelse – handlingen ligger i gråsonen mellom hjelp og skade.

Bruk av selvspsykologi gjør en mer bevisst på hvordan man velger å ordlegge seg og hvordan man møter pasienten på generelt grunnlag. Makt i psykiatriske institusjoner kan fort medføre at pasienten føler seg krenket, og dette igjen er en utfordring med tanke på det overordnede målet i selvspsykologisk tenkning. På mange måter kan en da si at bruk av makt, og i dette tilfellet tvangsmedisinering, står i kontrast til selvspsykologisk tilnærming og terapiform.

I prosessen med å skrive denne oppgaven har jeg erfart at man ved bruk av selvspsykologisk tilnærming, kan håndtere tvangsmedisinering på en mer omsorgsfull og



respektfull måte. Dette vil også føre til at pasienten opplever seg bedre ivaretatt, respektert og mindre krenket i situasjonen.

Da jeg søkte etter litteratur fant jeg endel som var relevant og interessant for mitt valg av tema. Gjennom litteratursøkene registrerte jeg også at det er endel litteratur på tematikken tvang og makt i psykiatrien. Samtidig opplever jeg at det er mer fokus på den formelle tvangen, kontra den uformelle. Årsaken til det kan nok være at den uformelle tvangen foregår mer skjult og at den da blir mindre målbar, slik som episoden jeg beskriver i mitt narrativ.

Personlig tenker jeg at det hadde vært viktig med gode rammer og tydelige retningslinjer på hvordan psykisk helsearbeidere bør tilnærme seg, og ivareta pasienten best mulig med hensyn til tvangsmedisinering.

I forhold til videre forskning ser jeg det som viktig med økt fokus på ulike tiltak for å få kartlagt, og dermed også få redusert den uformelle/skjulte tvangen i psykiatriske akuttavdelinger.

## Referanser

Hartmann, Ellen. 2000. Fra drift til selv: konsekvenser fra dynamisk psykoterapi. I: Holte, Arne (red.) m.fl. *Psykoterapi og psykoterapiveiledning.*, s 17 – 44. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karterud, Sigmund. 1997. Heinz Kohuts selvpsykologi. I *Selvpsykologi*, Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, red., s 13 – 28. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Folkehelseinstituttet. Depresjon – faktaark.

<http://www.fhi.no/>

LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Myklebust, Kjellaug Klock. 2010. Brukermedvirkning: Utfordringer og tilnærminger

<http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/153329>

Norvoll, Reidun og Husum, Tonje L. 2011. Som natt og dag? – *Om forskjeller i forståelse Mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang.* Arbeidsforskningsinstituttet AS.

<http://www.afi.no>

Terkelsen, Toril Borch og Larsen, Inger B. 2012. *Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand – Erfaring fra feltarbeid.* Universitetet i Agder

<http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/138752>

Østnæs, Tine Mari. 2011. Tvang i psykisk helsevern. *En kritisk gjennomgang av forekomst og effekter av tvangsbruk.*

<http://ntnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:516505/FULLTEXT01.pdf>