



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Utøvd makt og gråsonetvang

Dromnes, Gunn Beate

Totalt antall sider inkludert forsiden: 25

Molde, 23.04.2020



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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ingrid O.Nesland

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

Dato: 23.04.2020

Antall ord: 8720

Forord

«Jeg vet at tvang uten respekt og omtanke kan gjøre stor og varig skade, for jeg har opplevd det, og kjenner ettervirkningene ennå. Og jeg vet det er mulig å gjennomføre tvang med respekt. For jeg husker fem pleiere, to politifolk og en lege som tok seg tid til å høre på diktet om Fløytinisten Trompentas. Det var ikke all verden, men der og da var det mer en nok».

Arnhild Lauveng, 2005 (S.126)

Sammendrag

Tvang og makt etter loven er noe jeg både håper og tror, er kjent for alle som jobber innen yrker der du yter helsehjelp -eller sosiale tjenester. Vi er ofte klar over hva vi, som hjelpere, kan tillate oss innenfor lovens begrensninger.

Det vi ofte ikke er like oppmerksomme på, er bruken av «opplevd makt», eller «gråsonetvang». Dette er situasjoner der vi, ofte med gode intensjoner, forsøker å påvirke, manipulere eller presse klienter inn i noe de egentlig ikke vil, gjerne noe vi tenker er bra fra vårt eget ståsted. Ofte glemmer vi at vår standard ikke trenger å være andres standard.

Ofte opplever klienter seg utsatt for bruk av uformell tvang i hjelperelasjoner. Ulike intervensjoner der en ikke fatter en formell beslutning betegnes som uformell tvang. Klienten må forholde seg til dette, men har ikke noe vedtak en kan klage på. Noe av denne uformelle tvangen er påkrevd, for eksempel i tilfeller der en er bekymret for barns ve og vel. I andre tilfeller er denne gråsonetvangen regelrett maktmisbruk.

Mitt ønske er i denne oppgaven å belyse klientens oppfatning av maktbruk, og hvordan jeg som helper kan forholde meg slik at den opplevde makten ikke føles så inngripende for klienten.

Innhold

1.0	Innledning og problemstilling	1
1.1	Litteratursøk	2
2.0	Teorigrunnlag.....	3
2.1	Personsentrert tilnærming	3
2.1.1	Sentrale punkter i det terapeutiske arbeidet	5
2.2	Toleransevindu.....	7
2.3	Å vokse opp med rus.....	8
2.2.1	Det barn ikke vet, har de vondt av!	9
2.3	Tvang og makt	9
2.3.1	Makt	10
2.3.1	Opplevd makt i hjemmet.....	10
2.3.2	Uformell tvang	11
3.0	Empiri	11
3.1	Mari.....	12
3.1.1	Nei takk, jeg trenger deg ikke!	13
3.1.2	Han vet at jeg er glad i han!	14
4.0	Diskusjon.....	15
4.1	Maris liv	15
4.2	Å kjempe mot overmakten	17
4.3	Personsentrert perspektiv i samtale.....	19
4.4	Selvregulering	21
5.0	Konklusjon.....	22
6.0	Literaturliste.....	25

1.0 Innledning og problemstilling

I min arbeidshverdag ser jeg at flere av de som har behov for oppfølging fra Psykisk helsetjeneste, også er under oppfølging fra andre kommunale instanser. Flere av disse instansene har muligheter for sanksjoner som ikke nødvendigvis går inn under lovverkets definisjoner av tvang og makt, men som likevel vil oppleves som inngripende for den det gjelder. Eksempel på dette kan være barnevernets hjelpetiltak i hjemmet vs forsterhjem. Hjelpetiltak kan ikke gjennomføres uten samtykke fra foreldre, men likevel oppleves dette av mange som tvang, da alternativet er omsorgsovertakelse. Ønsker du å beholde barna dine har du ikke et valg.

Rusmisbrukere med diagnosen ADHD vil ikke få medisiner uten å ha vært rusfrie i 3 måneder. Urinprøver er valgfritt og kan ikke påtvinges, men ønsker du medisiner, må du ta den; medisinering vs selvmedisinering.

For å få visse ytelser fra NAV, kreves ofte en aktivitetsplan. Ved eksempelvis AAP (arbeidsavklaringspenger), vil behandling kunne inngå som aktivitet.

Disse betingelsene er i både fornuftige og avgjørende sett med behandlerøyne, men oppleves nok ikke alltid slik for den det gjelder.

I denne oppgaven vil jeg se på hvordan relasjonen mellom klient og hjelper kan endre opplevelsen av makt -og tvangsbruk i den kommunale helsetjenesten. Jeg tror motstanden og frustrasjonen vi møter kan endres om vi endrer framgangsmåte. Jeg tror ikke det vil endre alt-alltid. Men jeg tror at det vil være lettere for klienten å beholde følelsen av verdighet og medbestemmelse i en vanskelig livssituasjon, dersom personen møtes med respekt av behandleren. I teorien er tvang -og maktbegrepene regulert i lovverket. Jeg har derfor vært usikker på om dette er riktige begrep å bruke i denne oppgaven. Etter å ha søkt andre begrep som kan være dekkende, valgte jeg likevel å bruke dem.

Jeg velger ikke å ta med lovverkets ulike tvangsparagrafer, dette blir på siden av min oppgave. Denne oppgaven søker å belyse klientens opplevelse av maktbruk, ikke tvang og makt innenfor lovverket.

Jeg har tatt med en artikkel om tvang og tilsyn i private hjem, da denne belyser ulike aspekter ved maktbruk som ikke kommer inn under tvangsparagrafer. Tvangsbegrepet blir og brukt flere plasser i oppgaven, da jeg mener «uformell tvang» og «makt» går inn i hverandre..

Min problemstilling er følgende:

«Hvordan kan jeg som Psykisk helsearbeider gjennom personsentrert tilnærming endre brukers opplevelse av utøvd makt?»

I denne oppgaven vil jeg fortelle om møter mellom meg og en kvinne som har møtt mange utfordringer. Hun har vokst opp i et hjem der rus var en stor del av hverdagen, og har fra ca 14 års alder flyttet rundt fra ulike fosterhjem. Hun begynte tidlig å ruse seg, både på illegale rusmidler og alkohol. Hun har i voksen alder fått diagnosen ADHD.

Jeg velger å ikke ha fokus på diagnosen i oppgaven, men heller bruke toleransevinduet som en god metafor.

Jeg har valgt Personsentrert tilnærming i denne oppgaven. Jeg liker det grunnleggende menneskesynet – en uforbeholden positiv innstilling til klienten.

1.1 Litteratursøk

Litteraturen i denne oppgaven er valgt ut i fra mitt ønske om å finne ut av klientens opplevelse og hvordan jeg kan opptre for at den enkelte skal oppleve størst mulig grad av autonomi og likhet i relasjonen. Jeg tror at erfaringer og opplevelser en tjenestemottaker har fra møtet med ulike hjelpere, er med på å farge relasjoner videre.

*Det er de menneskelige erfaringene som er viktige i kvalitativ forskning der det dreier seg om erfaringer (fenomenologi) og fortolkninger (hermeneutikk)
(Malterud, 2013).*

Jeg har brukt HiMoldes Bibliotekbaser som utgangspunkt i litteratursøket. Jeg søkte først i Idunn, med søkeordene «tvang, makt, hjemme». Jeg fikk flere gode treff på dette og valgte å avslutte søket. Jeg valgte 7 artikler for gjennomlesning, før jeg til slutt valgte ut tre som jeg mener vil være passende i oppgaven.

Jeg gjorde videre et søk i Idunn på søkeordene «barn, oppvekst, rus». Dette gjorde jeg for å finne relevant teori på hvordan det er å vokse opp med rus. Ut i fra dette søket fant jeg to artikler, samt en bok, som passet godt med min problemstilling.

Alle artiklene jeg har valgt å bruke i denne oppgaven er fagfellevurderte.

2.0 Teorigrunnlag

I dette kapitlet utdypes teorien jeg har valgt, samt at jeg har med definisjoner på noen uttrykk brukt i oppgaven.

2.1 Personsentrert tilnærming

Personsentrert tilnærming er et humanistisk perspektiv, der behovet for å utvikle seg og bruke sine resurser er øverst i hierarkiet. Når alle behov er tilfredsstilt, vil mennesket søke å utvikle sine talenter, ferdigheter og kunnskaper; selvaktualisering.

Målet for selvaktualiseringen er behov utover øyeblikket, en aktualisering av menneskets iboende totale potensial, og sentralt i det terapeutiske arbeidet er klientens følelsesmessige og kroppslige opplevelser her-og-nå. Klientens historie og opplevelser fra barndom og ungdom er av mindre betydning. Terapeuten legger vekt på å møte klienten i hans egen forestillingsverden. Både terapeut og klient vil være opptatt av å søke en felles forståelse av klienten som et helt menneske. Problemer og symptomer forstås i lys av helheten i de aktuelle livsbetingelsene til klienten. Helhetsperspektivet, både i forståelsen av problemene og bearbeidingen av dem, er svært viktige. Sentralt er å skape betingelser for at klienten skal kunne treffe valg på et fritt og selvstendig grunnlag.

(Haugsgjerd m.fl.2015).

Haugsgjerd m.fl (2015) forklarer mål for selvaktualisering slik;

«Målet blir egentlig at mennesket søker å bli et helt menneske. Det er en streben etter ideelle mål og verdier, der arbeidet mot disse målene er like viktig som en mulig oppnåelse av dem. Det er nettopp gjennom det kontinuerlige og uopphørlige arbeidet mot målene at mennesket faktisk aktualiserer seg selv»

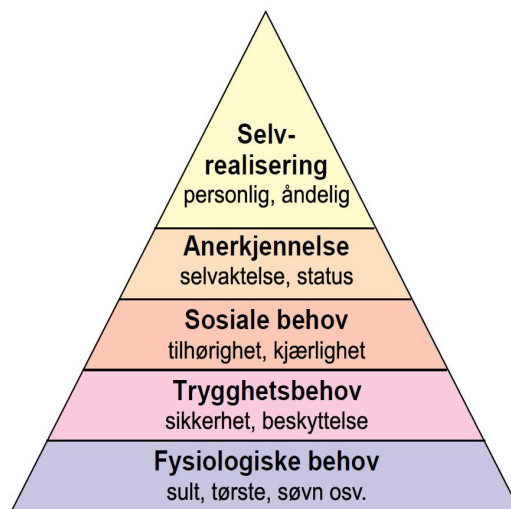
(Haugsgjerd m.fl.2015:259).

Humanistisk psykologi bygger i hovedsak på arbeidet av den amerikanske psykologen Abraham Maslow (1908-1970). Haugsgjerd m.fl (2015) sier at Maslow har en organismisk og personalistisk oppfatning av mennesket, i betydning at han forstår mennesket som helhet, bestående av kropp og sjel. Et hvert menneske er en unik person.

Maslow beskriver selvaktualisering på tre områder;

- Å utvikle intellektuelle, kunstneriske, sosiale og religiøse anlegg
- Å fullføre sitt livsmål
- Å skaffe seg økte kunnskaper om sin egen person og å skape harmoni mellom motstridende tendenser i sin egen personlighet

Maslow mente at mennesket har en del grunnleggende behov som må tilfredsstilles før selvaktualisering kan oppnås. Hvis de grunnleggende behovene ikke blir tilfredsstilt, vil mennesket komme i det Maslow beskriver som en svært komplisert mangeltilstand. Disse behovene er hierarkisk organisert og Maslow fremstilte disse behovene i den såkalte behovspyramiden (Haugsgjerd m.fl, 2015);



Om de fysiske behovene ikke er tilfredsstilt vil organismen, i følge Maslow, innrette hele sin aktivitet på å kunne tilfredsstille disse behovene. Når alle de fire nederste behovene i pyramiden er fylt, vil behovet for selvrealisering melde seg.

Møtet mellom terapeut og klient er ikke bare et møte mellom to likeverdige individer, det forutsetter gjensidig respekt og akseptasjon av hverandres eksistens. Klientens problemer eller symptomer representerer ikke avvik eller sykdom. De uttrykker en livssituasjon eller en komplisert følelsesmessig situasjon som kan ramme alle mennesker når de mister kontakten med det ekte og nære i seg selv. Det terapeutiske arbeidet vil derfor rette seg mot at klienten får økt innsikt i og forståelse for de økte problemene. Terapeuten og klienten vil i fellesskap søke etter forståelse og erkjennelse av problemet, klientens resurser, tidligere forsøk på å løse problemet og endelig en tydeliggjøring av valgmuligheter.

Carl Rogers (1966) arbeidet mest med å utvikle den humanistiske psykologien klinisk og metodisk.

På 1950-tallet utviklet han prinsipper for en modenhetsfremmende behandling, også kalt klientsentrert psykoterapi. Rogers vektlegger at terapeuten skal være tilbakeholden i sitt forhold til klienten. Klienten skal omgis med en varm, positiv og aksepterende atmosfære. Klienten skal i virkeligheten være i fred med sine egne funderinger og innskytelser. Terapeutens oppmerksomhet skal være innrettet mot klienten, og han skal bevisst avspeile og reflektere klientens måte å være på og resonere på. Slik blir klienten seg bevisst på sine egne ubevisste følelser og motiver, sin opptreden både verbalt og nonverbalt (Haugsgjerd m.fl. 2015).

2.1.1 Sentrale punkter i det terapeutiske arbeidet

I det terapeutiske samarbeidet innenfor personsentrert terapi, peker Carl Rogers på noen sentrale punkter. Haugsgjerd m.fl (2015) beskriver disse punktene slik;

Empati: I personsentrerte tilnærming skiller det mellom identifikasjon og empati. Når terapeuten identifiserer seg med den andre, går han helt opp i og blir oppslukt av den andres følelser eller opplevelser -noe som ikke er til hjelp for klienten. Terapeuten skal kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte og samtidig stå utenfor intensiteten og styrken i følelsene. Dette kaller Rogers empati. Terapeuten må kunne være herre over egne følelser slik at han blir til støtte for klienten. En god terapeut skal oppleve og gjenkjenne klientens følelser og samtidig vise muligheten for å komme videre.

Ekthet: Terapeuten må være åpen for alle følelser i seg som angår klientens situasjon. Han må kunne vise alle følelser som har med klienten å gjøre, slik de virkelig er. Når terapien reagerer på følelser som egoisme eller selvoppgittethet hos pasienten, må han kunne uttrykke det. Hvis det ikke skjer vil klienten intuitivt oppleve en mangel på ekthet i forholdet. Klienten vil kunne oppleve det som en usikkerhet og en faktor som forstyrrer forholdet til terapeuten. Terapeuten må være trygg i sin oppgave og posisjon som terapeut. Det innebærer en erkjennelse av og bevissthet omkring egen personlig historie, egne verdier og interesser, begrensinger i rasjonalitet, persepsjon og kunnskaper. Erfaring som terapeut og kunnskaper om terapeutiske prosesser og metoder er avgjørende i samarbeidet med klienten. Terapeuten må kunne akseptere klienten og oppleve varm interesse for ham slik

at klienten kjenner at terapeuten lever med i hans situasjon. Bare på denne måten tør terapeuten også å kjenne på følelsene når han er i disharmoni med oppgaven som terapeut. Når terapeuten evner å leve med i andres vansker, må han også tørre å lete etter og leve med egne.

Kongruens: I begrepet kongruens legger Rogers nettopp den samstemtheten mellom atferd og følelser som er beskrevet under ekthet. Skal terapeuten framstå som kongruent, må det være samsvar mellom det han sier og det han gjør i forhold til andre mennesker. Når terapeuten har en høy grad av kongruens, vil han også selv oppleve menneskelig vekst. Han lærer seg selv å kjenne og øver seg i å se seg selv og andre. Han kan både gi uttrykk for egne følelser og ta imot andres følelser. Terapeuten er derved selv i en modningsprosess som vil inspirere og influere klienten. Terapeuten legger til rette for en modningsprosess for klienten ved at klienten lærer det samme som terapeuten. Dette skjer fordi det er skapt en trygg og aksepterende atmosfære i den terapeutiske relasjonen.

Bevissthet om følelser: Det som skjer i en terapiprosess, er en følelse av befrielse ved endelig å tørre å oppleve sin egen situasjon. Klienten ser situasjonen eller forstår opplevelsen fordi han selv har uttrykt den, og den er blitt gjengitt i en klarere utgave av terapeuten. Gjennom terapiprosessen får klienten hjelp til å se og oppfatte det han er i dag, gjennom bekræftelsen fra terapeuten. Terapeuten gir tilbake det klienten nettopp har sagt selv, men på en tydeligere måte, med et mer bevisst bilde av følelser. Klienten tør å se og erkjenne det han tidligere ikke har villet vedkjenne seg. Ved at terapeuten aksepterer, rommer og gir tilbake klientens opplevelse og følelser, skapes det en større bevissthet om og erkjennelse av de samme følelsene hos klienten. Det kan skje fordi terapeuten framstår som trygg og tolerant, akkurat slik klienten er på nippet til å bli.

Frigjøring og vekst: Elementene ekthet, kongruens og bevissthet om følelser skaper et hele. Det hele skapes jevnt og sikkert gjennom terapiprosessen når klienten opplever en vekst og utvikling. Gjennom prosessen evner klienten å kvitte seg med følelser av tristhet, tilbakeholdenhet og isolasjon. Han opplever mindre forsvarsholdninger og mindre av psykisk og fysisk smerte og spenning. Klienten opplever et sannere og mer ekte forhold til seg selv og sine følelser, og ser seg selv på flere og ulike måter. Han er også mer moden og aksepterende overfor seg selv og andre.

Terapiprosessen har frigjort og gitt vekstmuligheter til de ressurser og det potensial som klienten i utgangspunktet hadde, men som var kommet inn i et feil spor.

2.2 Toleransevindu

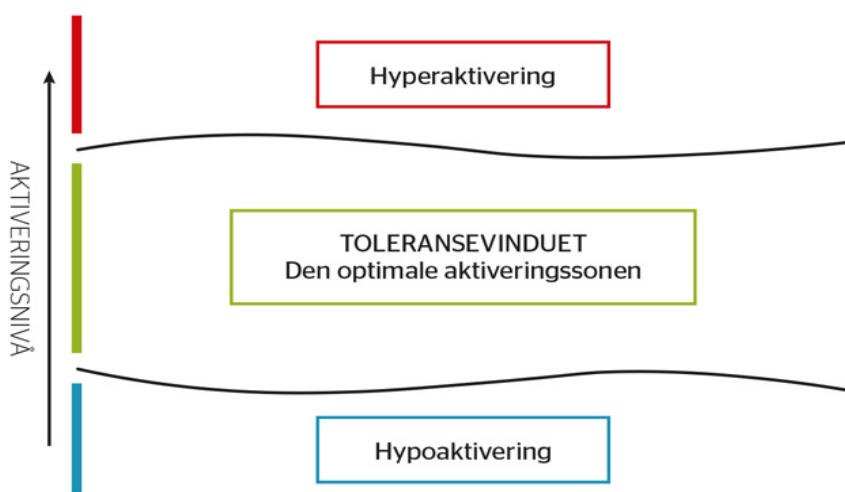
I denne oppgaven har jeg valgt å bruke toleransevindu som metafor, i stedet for å fokusere på diagnoser.

Det fins flere modeller med ulike navn som omhandler variasjoner i aktivering og behovet for regulering eller reguleringsstøtte. Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke Siegels Toleransevindu-modell.

Nordanger og Braarud (2018) sier at toleransevinduet viser til en sone eller et spenn som representerer optimal aktivering – ikke for høyt, ikke for lavt. I denne sonen vil vi ha en optimal oppmerksomhet mot andre mennesker og situasjonen vi er i, og dette vil være den mest optimale læringstilstanden.

Dersom man er over toleransegrensen, er man i en hyperaktivert tilstand, der en har forhøyet hjertefrekvens, respirasjon og muskeltonus. Er man under grensen, er man i en hypoaktivert tilstand. Der vil en oppleve motsatt kroppslig effekt; redusert hjertefrekvens, respirasjon og muskeltonus.

Grensen for hyper -og hypoaktivering varierer fra menneske til menneske. Det vil og variere hos den enkelte. De påvirkes av erfaringer, emosjonell tilstand, medfødte faktorer som eks. temperament og sosial kontekst; de fleste tåler mer når de er sammen med noen de er trygge på.



Toleransevinduet-modellen gir en god beskrivelse på sped -og småbarns aktiverings -og affektsvingninger. God omsorg handler om å hjelpe barnet tilbake i Toleransevinduet når det er over eller under den optimale sonen. Gjennom å gi slik regulerende omsorg utvides Toleransevinduet litt etter litt, og barnet vil etter hvert utvikle et repertoar av strategier for å regulere seg. Utviklingstraumatisering handler om at disse prosessene har slått feil. Utviklingstraumatiserte barns toleransevinduet forblir smalt. Det skal ofte lite til før de flyr opp i en hyperaktivert tilstand eller faller ned i en hypoaktivert tilstand. Alarmreaksjoner i hyperaktiveringssonen kan innebære sterk uro, aggresjon, utagering, impulsivitet og kaosfølelse. Alarmreaksjoner i hypoaktiveringssonen kan innebære følelse av nedstemthet, tomhet, nummenhet og handlingslammelse. Toleransevinduet-modellen kan formidle og visualisere hvordan ulike affektive utslag, som hver for seg kan virke motstridende og usammenhengende, både for hjelper og personen selv, gjenspeiler et underliggende mønster. Konsekvensene av utviklingstraumer kan best forstås som reguleringsvansker som spenner over eller veksler mellom ytterligheter i både hyper -og hypoaktiveringssonen.

2.3 Å vokse opp med rus

I populasjonsstudien Adverse Childhood Experiences(1998), ble krenkende barndomserfaringer i en normalpopulasjon på over 1700 voksne undersøkt. Dette inkluderte fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt og å vokse opp med psykisk syke eller rusmisbrukende foreldre. Studien dokumenterte, i følge Nordanger og Braarud (2018) en nærmest lineær sammenheng mellom hvor mange slike krenkende erfaringer personen hadde blitt utsatt for, og en lang rekke helseplager i voksen alder -både psykiske og somatiske. Studien demonstrerer og hvor kunstig skillet mellom ulike belastningsforhold er, for eksempel skillet mellom traumer og omsorgssvikt. Det poengteres at vi i dag har forskningsmessig belegg for å hevde at kroniske traumatiske belastninger tidlig i livet er en betydelig trussel mot den generelle folkehelsen, og en større trussel enn traumatiske enkelthendelser som skjer senere i livet(Nordanger og Braarud, 2018).

Nordanger og Braarud (2018) poengterer og at barn i familier med rusmisbruk eller alvorlig psykisk lidelse anses å være særlig risikoutsatte for utviklingstraumatiserende belastningsforhold. Ved både rusmisbruk og lidelser som psykoser eller alvorlige depresjoner svekkes omsorgspersonens sensitivitet for barnets behov. I en undersøkelse i 2011 ble det anslått at 90000 barn levde med foreldre som misbruker alkohol i Norge. Forskning viser og at rusmisbruk hos foreldre øker risikoen for at barnet blir utsatt for fysisk vold, emosjonell mishandling eller seksuelle overgrep. Det presiseres videre at utsattheten for vold og overgrep ikke trenger å bety at omsorgspersonen er utøver, men kan henge sammen med at foreldrebeskyttelsen svikter, slik at barnet er mer utsatt (Nordanger og Braarud, 2018).

2.2.1 Det barn ikke vet, har de vondt av!

Etter helsepersonellovens §10 har helsepersonell plikt til å identifisere og ivareta det informasjons -og oppfølgingsbehovet mindreårige barn har når omsorgspersonen er i behandling for rusmisbruk, psykisk lidelse eller alvorlig somatisk sykdom. I en artikkel om dette, skriver Sidsel Skotland (2012) at barn som opplever at foreldrene gjør uforståelige ting, trenger forklaring.

Barna går ofte alene med bekymringer for syke foreldre, og Skotland (2012) skriver at fantasien ofte er verre en virkeligheten. Barn helt ned i 3-4års alderen begynner å ta ansvar for mor/fars liv. De utsatte barna trenger forklaringer, å få snakke om sine opplevelser, og ikke minst; de trenger hjelp til å forstå at denne sykdommen ikke er deres skyld.

Skotland (2009) forteller om barn og unge som selv kommer tidlig skeivt ut med rusmidler. Unge som ikke har blitt sett tidlig nok. Han forteller videre at tidlig intervensjon er viktig. Det er vanlig at unge i rusbehandling har en debutalder for alkohol på 12 år, men det finnes knapt noen rusbehandlingstilbud for 12-13-åringene. Ofte blir taushetsplikten sett som en barriere mot å gi hjelp, og et hinder for samarbeid mellom ulike instanser.

2.3 Tvang og makt

Skau (2016) sier at de fleste miljøene innenfor helse -og sosialfaglig arbeid for lengst har innlemmet begreper som autonomi, myndiggjøring, mestringsperspektiv, ressursorientering, brukermedvirkning og empowerment i sitt profesjonsspråk.

2.3.1 Makt

I følge Skau (2016), er makt alltid til stede. Hun sier at makt gjennomsyrrer alle sosiale nettverk og er rotfestet i den sosiale veven som utgjør et samfunn. Makt avler motmakt. Makt er tilstede i alle relasjoner mellom klient og hjelper. Dette tilsløres ofte i begrep som «hjelpemiddel», «tjenesteytelse», «behandling» og «undervisning».

En slik tilsløring er skadelig på flere måter;

- det gjør det vanskelig for klienter å beskytte seg mot maktmisbruk
- det gjør det vanskelig for hjelpere å erkjenne mulighetene -og grensene for sin makt.

I motsetning til begrepet «hjelp», som er positivt ladet, forbinder mange makt med noe negativt. Det gjelder særlig det å utsettes for andres maktmisbruk, men også det å selv utøve makt.

«Makt betyr muligheten til å påføre andre mennesker smerte»

Jens Bjørneboe.

Skau(2016) beskriver at maktbegrepets negative ladning blir særlig synlig i sammensatte ord som «maktmisbruk», «maktsyke», «maktmenneske» og «maktapparat».

Makt behøver ikke å være av det onde: Å bruke makt er like ofte godt som ondt. At maktmisbruk ofte fører til destruktive resultater, kan henge sammen med at maktutøverne er ubevisste og uprofesjonelle (Skau, 2016:32).

Makt kan og være nødvendig for å hjelpe. Den gode hjelper er ikke avmektig og hjelpeløs. Samtidig er det åpenbart at både bruk og misbruk av makt kan føre til skade. Skau (2016) sier at for profesjonelle hjelpere er det viktig å erkjenne maktspektet i egen yrkesrolle, ikke minst fordi det ellers vil være umulig å forstå dette aspektets betydning for relasjonen mellom dem og deres klienter.

2.3.1 Opplevd makt i hjemmet

Syse(2002) belyser problemstillinger i forhold til frivillige hjelpetiltak etter barnevernloven. Hjelpetiltak forutsetter «medvirkning fra foreldrenes side». Dersom foreldrene motsetter seg hjelpetiltakene, vil spørsmålet om eventuelle tvangsinngrep

aktualiseres. Spørsmålet vil da være hvor frivillige disse hjelpetiltakene er, når tvang framstår som et nærliggende alternativ. Ved siden av råd og veiledning, kan barnevernet iverksette hjelpetiltak som støttekontakt, plass i barnehage og avlastningstiltak i hjemmet. Barnevernet kan og sette hjemmet under tilsyn, ved å oppnevne en tilsynsfører for barnet. Alle tiltakene er basert på at foreldrene vil avfinne seg med dem.

2.3.2 Uformell tvang

Intervensjoner i hjemmet der det fattes en formell beslutning, betegnes som «formell tvang». Uformell tvang brukes om andre -og gjerne udokumenterte former for tvang. Husum m.fler (2018) beskriver denne typen tvang som «gråsonetvang». Studier viser at fra pasientens side, ser den subjektive opplevelsen av å være tvunget ut til å være mer førende enn hvilke paragrafer som hjemler den eventuelle intervensjonen. Derfor er også opplevd tvang en viktig dimensjon; en dimensjon som kan være tilstede både ved formell og uformell tvang.

Uformell tvang utføres ofte av enkeltpersoner. I en personalgruppe vil det ofte være ulike oppfatninger av hva som er respektabelt. Ofte brukes uformell tvang i form av press, manipulasjon, overtalelser og trusler, ofte ut fra behandlerens egen preferanse eller vane, i stedet for å se pasientens beste og følge lovens kriterier for bruk av tvang. Majoriteten ville ikke brukt uformell tvang, men dette skjer ofte skjult, og kommer derfor ikke opp som en problemstilling (Husum m.fl.2018).

3.0 Empiri

Empirien om «Mari» er hentet fra opplevelser i min jobb i Psykisk helse -og rustjenesten i en kommune. Jeg vil først fortelle litt om «Mari», om hennes situasjon. Deretter har jeg tatt med to dialoger fra samtaler. Dette har jeg gjort for å forsøke å belyse forskjellene på en situasjon der jeg føler jeg har oppnådd noe, og en situasjon der jeg opptrådte styrende og lite terapeutisk.

Bruker er anonymisert.

3.1 Mari

Mari er 25 år og enslig mor til en gutt på 4år. Hun kom flyttende fra et tettsted for to år siden, da hun har en venninne som bor her.

Mor døde da Mari var ca 10 år. Far har vært alkoholiker så lenge Mari kan huske, men han klarte som oftest å komme seg på jobb -og fungerte greit i hverdagen. Helger og høytider var verst. Etter mor døde, drakk han stadig tettere og mistet til slutt jobben. Da Mari var 14 år, ble barnevernet kontaktet og Mari måtte flytte til en barnevernsinstitusjon. Etter det bodde hun på ulike institusjoner og i flere fosterhjem. Hun har ikke kontakt med noen av fosterhjemmene i dag, hun har heller ikke kontakt med sin far, som hun føler sviktet henne da hun trengte han mest.

Før Mari flytte, hadde hun prøvd ut alkohol selv. Hun hadde også vært utsatt for gjentatte overgrep fra mor døde til ca 12-års alder. Dette var en kamerat av far, som ofte var på besøk. Far hadde ofte besøk i hjemmet, det var ofte der kameratene samlet seg for å drikke.

Mari er usikker på hvem som er sin sønns far, da han ble unnfanget på en ferietur i Tyrkia. Hun har i perioder ruset seg, men sluttet da hun ble gravid. Hun sier helsesøster koblet inn barnevernet automatisk da hun ble gravid, siden hun er «barnevernsbarn» selv. Hun forteller at hun har klart å holde seg til å drikke litt alkohol av og til, ingen illegale rusmidler etter sønnens fødsel. Likevel har hun et rykte på hjemmeplassen hun ikke klarte å flykte fra, og Mari oppfattet at det ofte ble snakket om henne og hennes liv i hjembygda. Mari har ikke gjennomført videregående skolegang og hun var lite tilstede på ungdomsskolen. Barneskolen husker hun som et fristed, der hun hadde gode venner og kunne slappe av.

Mari har hatt endel plager oppgjennom, og har flere diagnoser både fysiske og psykiske. Det som har plaget henne mest er, i følge Mari selv, den indre uroen og kaoset i kroppen. Mari har nå vært til utredning, og fått diagnosen adhd. Hun har fått beskjed om at siden hun har hatt et rusproblem må hun ta urinprøver, da hun må være rusfri i 3 mnd for å få medisiner. Mari ble veldig sint da hun fikk beskjeden, hun står fast ved at hun er rusfri og opplever derfor at hjelpeapparatet ikke har tillit til henne.

Maris sønn begynte i barnehage da han var 1 år, etter påtrykk fra barnevernet. Det er og oppnevnt en tilsynsfører som kommer på hjemmebesøk av og til. Mari ikke likt dette, men har tolerert det, for sønnens skyld. Hun opplever seg truet til dette, da hun risikerer at sønnen flyttes til fosterhjem om hun ikke godtar Barneverntjenestens hjelpetiltak.

Nå har barnehagen sendt en bekymringsmelding til barnevernet, der de mener Mari har vært ruset når hun har levert sønnen.

Nå må Mari ta urinprøver for å bevise at hun ikke ruser seg, både for barnevern -og for fastlegen som skriver ut medisinene hennes.

I kjølevannet av alt dette har hun «gått på veggen» og fastlege henviste henne til samtaler med meg. Til første samtale kom hun klar til kamp, i opposisjon mot alle hun opplever har makt over henne.

3.1.1 Nei takk, jeg trenger deg ikke!

Mari hadde en klar oppfatning av at hele hjelpeapparatet var ute etter henne. Hun var tydelig negativt innstilt og viste dette både med kroppsspråk, ord og holdninger.

Kontekst: mitt kontor, første samtale. Utgangspunkt er henvisning fra Maris fastlege.

T: (terapeut, meg)

M: (Mari)

T: hei Mari. Hvorfor er du her i dag?

M: det må da vel du vite , det er da Dere som styrer dette

T: Jeg har fått en henvisning fra legen din, der han forteller at du har hatt det tøft over lengre perioder, og at du kan trenge noen å snakke med.

M: Jeg trenger ingen, og jeg trenger ikke deg i alle fall.

T: Du trenger ikke noen? Du vil ikke dette?

M: Nei takk, jeg trenger deg ikke!

T: Men siden du først er her, kunne vi kanskje snakket litt om det som har plaget deg?

M: det har ikke du noe med, alt plager meg. Alle plager meg, det er ikke noe å snakke om.

T: du vil ikke snakke om det?

M: nei sier jeg, det vil jeg ikke. Alt blir brukt mot meg, du rapporterer alt til barnevernet med en gang jeg går ut herfra.

T: jeg har taushetsplikt og vil ikke snakke med noen om det vi snakker om. Jeg er pliktig å varsle barnevernet dersom jeg blir bekymret for at barnet ditt ikke har det bra, men ellers er det vi snakker om mellom oss.

M: så du mener jeg mishandler barnet mitt?

T: nei, det var ikke det jeg sa...

M: jo, du sa at du ville snakke med barnevernet om at barnet mitt ikke har det bra

T: nei, det var ikke det jeg...

M: jo, du sa akkurat det!

T: nei, det gjorde jeg ikke! Jeg sa OM jeg får mistanke.

M: ikke rop til meg!

T: jeg roper ikke, jeg hevet stemmen for at du skulle høre på meg, men jeg roper ikke.

M: jo, det gjorde du. Du roper og er sint, og du sier jeg ikke passer på sønnen min

T: det var jo ikke det jeg sa. Nå må du høre hva jeg sier! Jeg har taushetsplikt...

M: takk for meg, jeg trenger ikke dette!

3.1.2 Han vet at jeg er glad i han!

Kontekst: mitt kontor, etter ca 5 mnd med samtaler. Mari har kommet til noen samtaler og uteblitt til noen på denne tiden. Etter første samtale tok det nesten en mnd før hun kom til neste samtale.

T: hei Mari. Hvordan har du hatt det siden sist?

M: jeg har hatt det som vanlig.

T: hvordan har du det når du har det vanlig?

M: nei...jeg vet ikke...det er vanskelig å sette ord på. Jeg har vært i møte med barnehagen da..

T: hvordan var det?

M: jeg liker det ikke. Det føles som om de hele tiden leter etter ting jeg skal si eller gjøre galt

T: det høres slitsomt ut. Hva gjør det med deg?

M: jeg gruer meg til å levere sønnen min, jeg vet ikke hvordan han har det

T: hvordan han har det i barnehagen?

M: ja...jeg ser jo at han trives der, så han har det sikkert bra...

T: hvordan viser han at han trives?

M: han blir glad når vi kommer dit, og smiler til alle. Ikke gråter han heller, når jeg går...

T: hvordan er det for deg å levere han da?

M: jeg synes det er litt vanskelig, kanskje han liker dem bedre

T: tenker du at han liker de voksne i barnehagen bedre en deg?

M: ja...kanskje jeg ikke er god nok. Jeg er ikke like flink som dem

T: hva er det du ikke er like flink til?

M: alt, de er jo profesjonelle og kan mye om barn. Dessuten er jeg barnevernsbarn selv.

Hva vet jeg om hva unger trenger?

T: Jeg vil gjerne sette meg inn i hvordan du har det, men jeg har ikke den oppveksten du har. Jeg har aldri vært i din situasjon

M: Nei, men jeg er glad for at du hører på meg i alle fall

T: Jeg er glad for at du sier det. Jeg er ikke alltid så flink til alt jeg heller

M: da vet du hvordan jeg har det, når jeg ikke får til ting. Men vi får til litt like vel da..

T: ja det tror jeg vi gjør

M: sønnen min merker vel ikke at jeg ikke er barnehagelærer. Men han vet at jeg er glad i han

T: det høres fint ut, å være glad i hverandre.

M: ja, det er det viktigste. Å være glad i hverandre.

4.0 Diskusjon

4.1 Maris liv

Under samtalene med Mari, fortalte hun mye om sin oppvekst.

Ved å se det Mari forteller meg opp mot Maslows behovspyramide er det mulig å se at hun ikke har opplevd å få sine grunnleggende behov tilfredsstilt under oppveksten. I følge Maslow, vil dermed patologien ligge i den mangeltilstanden Mari befinner seg i.

De fysiologiske behovene er som oftest tilfredsstilt men under stadig trussel fra NAV, dersom hun ikke oppfyller kriteriene for å få penger å leve for. Hun opplever ingen trygghetsfølelse, hun har hele tiden en usikkerhet rundt barnevernstiltak, hva som vil skje videre, om hun er en god nok mor til å beholde barnet sitt. Hun er og redd for å miste medisinen, noe hun føler vil gjøre at hun går til grunne. Hun har et lite nettverk, føler lite tilhørighet -og den eneste hun føler er glad i henne, er sønnen.

Morens død har hun triste -men ingen vonde følelser rundt. Hun savner mor, men vet at hun aldri ville forlatt henne om hun kunne bestemme dette selv. Relasjonen til far er, i følge Mari, der problemet ligger. At han valgte henne bort, valgte alkoholen først.

Hun har dårlig selvtillit og denne følelsen forsterkes gjennom kontakten med barnevernet,

at hun ikke klarer å ta vare på sønnen sin på en god nok måte. Hennes fysiske og psykiske helse er dårlig, hun klarer ikke å jobbe. Dette virker som nok en forsterker på hennesdårlige selvfølelse. Hun naver, bruker av fellesskapets penger -uten å bidra. Hun ser dette i sammenheng med sin oppvekst og dette forsterker bitterheten mot far.

På den ene siden mener hun at dette er oppvekstens skyld, men på den andre siden bærer hun på en tung skyldfølelse over at hun ikke evner mer, og at hennes liv må være hennes ansvar. I Nordanger og Braaruds (2018) studie kan se en tydelig sammenheng mellom barn som vokser opp med rusmisbruk og en rekke helseplager i voksen alder. Dette kan være med på å bekrefte hennes oppfatning av at dette ikke er noe hun alene er skyld i.

Livet nå, gjør at Mari ikke vil oppnå vekst. Hun har stoppet opp i en livssituasjon som ikke fremmer vekst. Hun er i konstant beredskap og føler at hun ikke har mulighet til å jobbe mot egne mål -hun må stadig oppfylle andres forventninger til henne deriblant kjempe for at sønnen skal ha en trygg oppvekst.

Mari forteller at hun var i barneskolealder første gang hun drakk seg full. Hun ville se hva som var viktigere en henne, hva som fristet faren så mye at han forsømte sin datter.

På den ene siden følte hun seg bra da hun ruset seg, hadde mange venner og kjærester.

På den andre siden gikk dette utover hennes fysiologiske behov, og behov for trygghet.

Hun var ofte på fester med eldre personer, helt fra 12-års alder. Hun hadde en mye eldre omgangskrets, få jevnaldrende venner -og var derfor lett å utnytte.

Slik ble oppveksten -og livet hennes, en evig runddans etter et tilfredsstillende liv. Et liv hun ikke klarte å finne.

Hun tenkte ofte at fars sykdom var hennes skyld, at hun drev han til dette. Han ville vel ikke valgt henne bort om hun var god nok til å bli elsket? På tross av alle vonde opplevelser, jobbet Mari hardt under oppveksten for å opprettholde fasaden. Etter mors død, i barneskolealder , gjorde Mari alt husarbeid og sørget for å gjøre alle lekser. Hun ble og svært god til å lage unnskyldninger for hvorfor far aldri var med på ulike forestillinger ol. Dette ser jeg underbygges av Skotlands(2009) artikkel der det beskrives at barn tar på seg ansvar for foreldrene.

Det er voksnes ansvar at barn blir tatt vare på. Vi som hjelpere har et stort ansvar også, blandt annet hjemlet i helsepersonelloven. Derfor overrasker det meg at ingen reagerte på Maris situasjon før hun selv utviklet en utagerende adferd. Skotland (2009) forteller om barn som kommer skeivt ut med rusmidler, barn som ikke blir sett tidlig nok. Mari ble et

tekstbokeksempel på dette; hun følte skyld over fars misbruk, hun debuterte tidlig med alkohol. Etter å ha flyttet i fosterhjem opplevde Mari en sterk skyldfølelse for å ha forlatt faren sin, og klarte derfor ikke å slå seg til ro. Hun ble flyttet rundt i ulike fosterhjem og på ulike institusjoner. Nå vet vi mye om viktigheten av å inkludere barn i foreldrenes sykdom, og i følge Skotland (2012) er dette kunnskap som har kommet mer i de siste årene. Da Mari ble flyttet fra hjemmet fikk hun ikke en forklaring, eller informasjon om fars tilstand. Hun lagde seg bilder og tanker. Ofte drømte hun at han døde alene i huset, uten noen til å hjelpe seg.

Mari sier selv at hun ikke har vært inkludert i samtaler rundt hvilke problemer far hadde, hun fikk bare beskjed om at han ikke var i stand til å ta vare på henne. Hun opplevde at ingen ville snakke med henne om situasjonen hjemme, de bare bestemte at hun måtte flytte. Dette er med på å farge hennes forståelse av barnevernstjenesten i dag; de gjør som de vil, uten å snakke med andre. Hun sier at i retrospekt var det riktig å flytte henne, men at det ville vært mindre traumatisk for henne om hun visste at far hadde det bra, og at hun kunne slippe å føle på ansvaret for han.

Nordanger og Braaruds (2018) undersøkelse konkluderte og med at i hjem der foreldrebeskyttelsen svikter, er barna oftere utsatt for overgrep. For Maris del ble dette en grusom sannhet. Hun fortalte ikke noe om dette før hun en dag fikk høre fra en bekjent at mannen var død. Hun har fått hjelp til å bearbeide dette, men sier at det alltid vil være med henne.

Ut i fra det jeg har lest, har fagfeltet mer kunnskap om barn som vokser opp i hjem med rus nå en får noen år tilbake. Ivaretagelse av barn av rusmisbrukere ikke ble formalisert gjennom lovverk før 2010. Det ser ut som om vi nå vet mye mer om hvordan de skal snakke med barn som opplever rus i hjemmet. Blant annet ved barnehusene har de god fagkunnskap på dette feltet. Mari uttrykker glede over dette. Hun har interesse av å følge med, og er godt oppdatert på hvordan barn blir møtt i dag, kontra hennes opplevelser som barn. Jeg lurer på hvordan disse barna får det som voksne. Har de den samme avmaktfølelsen som Mari, eller opplever de å bli møtt på en måte som på sikt vil gi mulighet for mestring og vekst?

4.2 Å kjempe mot overmakten

Hele livet har Mari følt at hun kjemper mot noe -aldri for; Hun har kjempet mot farens sykdom, mot barnevernet i oppveksten, mot helsevesenet og mot NAV.

Nå kjemper hun ikke for sønnen, men mot barneverntjenesten. Hun kjemper ikke for egen helse, men mot et helsevesen hun føler ikke forstår henne.

På den ene siden ser hun at hun er avhengig av å samarbeide med alle disse aktørene, men på den andre siden ønsker hun ikke å ha kontakt med dem. Kan det være slik at denne motviljen er en form for ubehag? At hennes selvtillit i morsrollen og voksenrollen er svært liten, og at denne kontakten med profesjonelle bidrar til å opprettholde følelsen av utilstrekkelighet?

Å være «barnevernsbarn» og «NAV-er» er unektelig forbundet med et stigma. Et slags stempel, der du er sortert som andrerangs. Ikke jobber du, ikke tar du vare på barnet ditt. Mari har vokst opp med dette stemplet. Hun har levd med dette stigmaet hele sitt liv.

Hun har ofte følt på den uformelle tvangen, der profesjonelle har fortalt henne hva som er best for henne, uten at hun selv har blitt spurt. De har snakket fint om autonomi og selvbestemmelse, men Mari har aldri opplevd at hennes ønsker er gode nok.

Ofte har den enkelte behandler sine egne ønsker blitt brukt som preferanse (Husum m.fl.2018). Dermed har ikke Mari selv eid sine mål, og oppnåelsen har blitt deretter.

I følge Skau (2016) er makt alltid til stede i samfunnet og i alle relasjoner mellom klient og hjelper. Jeg lurer ofte på om Maris stadige oppfatning av utøvd makt kommer av makten som ligger mellom henne og hjelper, eller om det er reelt at alle hjelpere utøver makt. Er dette en forforståelse hun går inn i relasjonen med -at alle hjelpere har makt over henne, eller er det vi hjelpere som ikke er oss bevisst den makten vi besitter? Skau (2016) beskriver viktigheten av å erkjenne maktaspektet i egen yrkesrolle, og at maktmisbruk åpenbart fører til skade.

Mari sier at mye på grunn av den opplevde maktbruken, har hun gjort det motsatte av hva som ble anbefalt henne. Hun ønsker å bestemme over eget liv. Denne motstanden som Mari viste, har nok blitt oppfattet som motvilje av hjelperne. Motvilje til bedring og motvilje til å motta den hjelpen hjelperne har ment hun behøver.

Hvordan hadde Mari opplevd hjelpetiltak i hjemmet dersom hun hadde fått være med å utforme opplegget etter sine behov? Hadde hun fortsatt opplevd dette som maktbruk -og hadde i såfall følelsen av avmakt vært like sterk som tidligere? Hadde hun opplevd seg tvunget til å sende sønnen i barnehage om hun hadde blitt tatt med i drøftinger rundt dette? Hva om de hadde spurt henne om hva hun syntes, hadde relasjonen blitt bedre -eller kanskje verre?

4.3 Personsentrert perspektiv i samtale

Å være i samtale med Mari følte ofte som å kjøre berg og dalbane. Samtalene endret karakter -ofte raskere en jeg klarte å henge med. Dette førte til at jeg ofte måtte spørre hvor hun var nå, og om jeg hadde forstått riktig. Dette gjorde henne frustrert, hun oppfattet det som om jeg ikke fulgte med når hun snakket. I hennes hode var jo historien klar, hun hoppet fram og tilbake, både i tid og hendelser, men historien hennes var den samme. Mens jeg, som ikke hadde historien hennes i hodet, ikke klarte å henge med. Dette førte ofte til at hun gikk fra samtalen mer frustrert en da hun kom.

I starten av samtalene hendte det at hun gikk sin veg, før tiden var ute. Hun var i konstant opposisjon og kunne ikke se at jeg kunne gjøre noe for henne. Hun ønsket ikke disse samtalene, men gikk med på det av frykt for å miste sønnen.

Samtalene var ofte usammenhengende i både tid og sted.

Jeg prøvde hele tiden å møte Mari empatisk. Jeg forsøkte å møte henne med en varm, positiv og aksepterende atmosfære, der hun skulle kunne være i fred med sine egne funderinger og innskytelser. Dette er etter Rogers behandlingsprinsipper innenfor den humanistiske tradisjonen, og skal ifølge Rogers være modenhetsfremmende (Haugsgjerd m.fl.2015). Men uansett hvor mye jeg forsøkte å innrette min oppmerksomhet mot Mari, klarte jeg ikke å følge hennes måte å resonere på. Verken Mari, eller jeg, følte noen form for bevisstgjøring i disse samtalene.

Jeg var opptatt av å framstå som ekte i disse samtalene, men Maris dårlige erfaring med maktbruk i andre profesjonelle relasjoner, gjorde at hun konstant var i forsvarsposisjon under våre samtaler. Hun var ofte hyperaktivert og lite mottakelig for mine forsøk på empatisk tilnærming. Dette gjorde at jeg selv og opplevde å ikke klare å forholde meg empatisk, ekte og kongruent til Mari.

Jeg hadde, på den ene siden, et sterkt ønske om å kunne komme i en posisjon der Mari kunne se at jeg ikke ønsket å bestemme over henne. På den andre siden, gjorde min frustrasjon over situasjonen at jeg framsto som lite kongruent og ekte. Mitt kroppsspråk viste tydelig at jeg var frustrert, med det samme hun kom inn døren. Dette gjorde at hun oppfattet meg som så mange andre -enda en såkalt hjelper som ikke egentlig hadde noen interesse for henne.

Kan det tenkes at det er dette som oftest setter en stopper for den frigjøring og vekst som vi vil oppnå? At vi, som profesjonelle, ikke makter å framstå som kongruente og

empatiske nok? Ønsker vi en «quick fix» der vi kan fortelle pasienten hva som er problemet, for så å gi et slags fasitsvar på løsningen? Jeg kjente ofte på frustrasjon under samtalene, dette merket nok Mari. Jeg merket og flere ganger at jeg prøvde å påvirke Mari i en retning hun ikke ville, fordi jeg mente det var til «hennes beste». Vi klarte ikke å finne en felles forståelse.

Haugsgjerd (2015) sier at å skape betingelser for at klienten skal treffe valg på et fritt og selvstendig grunnlag er sentralt i terapien. Mari har aldri hatt en følelse av muligheten til å velge selv. Hun trodde heller ikke at det ville bli respektert av behandlere om hun valgte selv. Det var derfor ikke noen vits i å bruke energi på dette; hun ville bare bli overkjørt, igjen. Hun responderte negativt om jeg prøvde å gi henne makten, det var min jobb å fikse. Hun skulle ikke finne løsningen, det skulle jeg.

Det er åpenbart at både bruk og misbruk av makt kan føre til skade. Skau (2016) sier at for profesjonelle hjelpere er det viktig å erkjenne maktaspektet i egen yrkesrolle, ikke minst fordi det ellers vil være umulig å forstå dette aspektets betydning for relasjonen mellom dem og deres klienter.

Da tenker jeg ofte at spørsmålet vil være; er vi, som hjelpere, bevisste nok på den makten vi har i relasjonen?

Jeg tror ikke jeg forstod omfanget av den makten Mari tilla meg i vår relasjon før det hadde gått lang tid.

Som tidligere nevnt, sier Skau (2016) at makt kan være nødvendig for å hjelpe og at den gode hjelper ikke er en avmechtig og hjelpeløs person. Men denne makten må vi være oss bevisst. I den personsentrerte psykologien beskriver Rogers terapeut som er tilbakeholden i forhold til klienten. Møtet mellom klient og pasient skal være et møte mellom to likeverdige individer. Dette forutsetter gjensidig respekt og akseptasjon av hverandres eksistens (Haugsgjerd m.fl.2015). Dermed skal dette maktbegrepet, slik jeg forstår det, ikke være tilstede i den personsentrerte terapien.

Dette hadde jeg i tankene da jeg valgte å møte Mari med ubetinget positiv forståelse -som er en viktig komponent i den humanistiske psykologitradisjonen.

Etter endel samtaler, måtte vi ta en samtale rundt terapien. Både jeg og Mari var frustrerte, og vi kom ikke videre.

Mari var tydelig på at hun var lei av å få seg fortalt hva hun skulle gjøre for at livet skulle

bli bedre. Hun orket ikke flere moralprekener og trusler om å miste sønnen, penger eller medisiner. Jeg fortalte om mitt ønske om å forstå, men og om frustrasjonen over ikke å klare å henge på hennes fortellinger. Vi ble enige om å lage en slags tidslinje, der hun satte opp ulike signifikante hendelser. Slik kunne jeg klare å henge litt bedre med i hennes fortellinger. Vi måtte og snakke om hvilke forventninger vi hadde til hverandre. Etter vi hadde snakket sammen om hvilke forventninger vi hadde til terapien, opplevde jeg at det ble lettere å snakke med Mari.

4.4 Selvregulering

I situasjoner der opplever seg utsatt for maktbruk vil klienten komme utenfor sitt toleransevindue, og dermed ikke være mottakelig for læring. Dette kan vi se på to måter; enten ved hyperaktivering, der klienten oppleves som sint og utagerende, eller ved hypoaktivering, der klienten oppleves som passiv og handlingslammet (Nordanger og Braarud, 2018).

I begge disse tilfellene tenker jeg det vil være lett for hjelper å utøve makt, dersom en ikke er bevisst hva en gjør. Jeg merket raskt at i samtaler der Mari var overaktivert hadde jeg opptrådd styrende, eller så hadde Mari nettopp vært i et møte der hun opplevde at hun ble utsatt for maktbruk.

I tilfeller der hun var underaktivert, var det vanskelig å få til samtale. Hun følte at ingenting betydde noe, alle ordnet så hun hadde ikke noe hun skulle sagt uansett. Etter hvert ble det klart at dette ofte og var resultat av opplevd maktbruk fra noen som ville hjelpe. Hun var vanskelig å få i tale, og jeg ble ofte den styrende parten. Jeg merket raskt at det ble enkelt å legge løsningen i hendene på henne, uten at det nødvendigvis var en løsning som hun ville ha nytte av.

Samtalene måtte i hovedsak handle om ufarlige emner, uten at jeg presset henne til noe. Min hovedstrategi var å hjelpe Mari å finne måter å regulere seg selv på, slik at hun klarte å holde seg innenfor sin optimale sone. Dette tar lang tid, samtalene bestod ofte av kaffe, lett prat rundt hverdagen og å klare å vise henne ekthet i samtalen. I tilfeller der dette ikke gikk, var hun raskt enten høyt eller lavt på aktiveringsnivå. Som oftest var hun høyt aktivert, de første samtalene besto ofte av roping, banking i bordet -og til slutt smelling med døra.

Jeg var klar over Maris diagnoser, men valgte å se hennes reguleringsvansker med bakgrunn i utviklingstraumer.

Klientens historie og opplevelser fra barne -og ungdomsår er av mindre betydning i den personsentrerte terapien. Jeg prøvde å følge Mari, og dersom hun ville tilbake til opplevelser fra barndommen, ble jeg med på det. Mitt mål var likevel å hjelpe Mari framover, å oppleve vekst.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven ville jeg se nærmere på problemstillingen «*Hvordan kan jeg som Psykisk helsearbeider gjennom personsentrert tilnærming endre brukers opplevelse av utøvd makt?*»

I følge Haugsgjerd m.fl(2015) kan ikke terapeuten være til støtte for klienten uten å være herre over egne følelser. Terapeuten skal kunne oppleve den andres smerte og fortvilelse, og samtidig stå utenfor intensiteten.

Dette var, for meg, en vanskelig balansegang. Å klare å ta innover meg det hun sa, uten å komme for nært.

Kanskje er dette en av grunnene til den uformelle maktbruken? Er det lettere å holde avstand ved å gi ut løsninger uten å egentlig se på problemet? Vi ønsker jo gjerne å hjelpe, og jeg tror denne maktbruken ofte er godt ment, men ikke oppleves slik av den som blir mottaker.

Jeg har gjennom hele denne oppgaven tenkt mye på hvorfor både barnevernstjenesten og NAV spesielt har et noe dårlig rykte. Kan det være at vi som sitter i hjelpperollene ikke har god nok forståelse for de ulike menneskene vi skal hjelpe? Er det virkelig så enkelt, men likevel så vanskelig? Jeg kan ikke tro at dette er hele sannheten, men mulig det er en stor del av forklaringen.

Jeg tror at det er mange grunner til at kommunikasjonen vanskeliggjøres i ulike relasjoner. Jeg som behandler i psykisk helse, har bedre tid -og mulighet, til å legge til rette for et godt miljø. Mens de som må forholde seg til lovpålagte tidsfrister må være raskere og tydeligere i samtalene. De må kunne dokumentere iverksatte tiltak. Derfor tror jeg at det vil være lettere for meg, som kan bruke mer tid, å danne gode relasjoner til personer som Mari.

Jeg måtte virkelig jobbe med mine holdninger til både «naving» og barnevernstiltak, to av de såreste punktene for Mari. Jeg opplevde å måtte innrømme holdninger i meg selv som jeg ikke var stolt av og som jeg ikke ønsket å stå for. Jeg måtte og fortelle om min begrensning i å kunne sette meg inn i hennes oppvekstsituasjon. Etter hvert opplevde jeg meg selv som mer kongruent i samtalene med Mari. Jeg følte at jeg virkelig mente det jeg sa, og i situasjoner der jeg var usikker, var jeg åpen om dette. Jeg kunne likevel ikke være sikker på at Mari opplevde det samme. Hennes oppfatning varierte mye, ofte med bakgrunn i ulike opplevelser som ikke hadde med meg å gjøre.

Under oppveksten og videre i voksenlivet opplevde Mari aldri å få fylt sine behov slik de er beskrevet i Maslows behovspyramide. Hun har hele livet søkt etter å oppfylle de grunnleggende behovene, men hun har aldri klart å komme dit. Å ikke oppleve selvrealisering er en direkte konsekvens av dette.

Å være klient i et system, der en opplever seg møtt med stadig maktbruk av hjelpere som oppleves som lite empatiske og lyttende, vil være ødeleggende. Ødeleggende for senere relasjoner med hjelpere -og ødeleggende for personens selvaktelse.

Under samtalene med Mari, ble det klart for meg hvor mye makt vi som hjelpere har. Både formelt og uformelt har vi makt til å kunne styre store deler av klientens liv. Jeg var ikke nok bevisst dette den første tiden jeg møtte Mari.

Makt til å bestemme over en familie, makt til å styre økonomi -og makt til å hjelpe.

Hvordan relasjonen mellom klient og bruker vil bli, er helperens ansvar. Jeg fikk oppleve dette med Mari, der brudd i samtalene oftest var min feil. Det skjedde der jeg opptrådte lite terapeutisk og prøvde å dirigere og styre henne.

Ved å utøve uformelle tvang, vil vi ikke komme til en løsning som klienten eier. Vi vil forsøke å presse våre egne ønsker og meninger over på klienten. Ytre påvirkning er ofte en dårligere motivator enn om vi klarer å finne en indre drive til å få til noe.

Ved å ikke akseptere klientens følelser, vil vi heller ikke kunne skape bevissthet og erkjennelse hos klienten, og vi vil ikke kunne hjelpe klienten til å oppleve selvrealisering.

I mange tilfeller er vi nødt til å opptre dirigerende. Dette gjelder for eksempel i barneverntjenesten, der tiltak er til beste for barnet. I disse situasjonene er det derfor viktig at helper er bevisst den makten en besitter og møter klienten med respekt og empati.

Dersom vi da klarer å styre våre egne følelser og samtidig godkjenne klientens følelser, vil vi kunne være en støtte -samtidig som vi viser muligheten for å komme seg videre.

I samtalene med Mari ble jeg klar over holdninger i meg selv som jeg ikke var stolt over, og som jeg prøver å endre. Jeg føler at jeg opplevde den modningsprosessen som Haugsgjerd m.fl(2015) refererer til; å klare å være herre over mine følelser, slik at jeg kunne være til støtte for Mari.

Deretter merket jeg denne endringen i henne også. Hun satte seg mål som hun jobbet mot. Noen nådde hun, noen ikke. Noen jobber hun mot fortsatt. Det er denne prosessen Haugsgjerd m.fl(2015) forklarer som en prosess for å faktisk aktualisere seg selv.

Vi måtte rydde mange hindringer ut av veien først, noe krevde at jeg gikk utenfor min rolle som terapeut -og hjalp henne med fysiske oppgaver som flytting, skjemaer, følge til møter, gjennomlesing av papirer ol. Men etter hvert følte jeg at hun trodde på det jeg sa. Jeg lovde aldri noe jeg ikke kunne holde, og sa aldri noe jeg ikke hadde dekning for.

Ut i fra alt dette, så tenker jeg at min måte å møte andre på vil påvirke den personens opplevelse. Hvordan jeg snakker -og forholder meg til klienten spiller en stor rolle i hvordan min hjelp oppfattes. Om jeg blir for dirigerende, uansett intensjon, vil dette oppfattes negativt for de fleste.

Det kreves og at hjelperne er klar over sin maktposisjon i relasjonen -og at vi sørger for å unngå opplevelser som kan føles som tvangsbruk. Dette gjelder all form for overtalelser, trusler og manipulasjon.

Med tanke på min problemstilling «*Hvordan kan jeg som Psykisk helsearbeider gjennom personsentrert tilnærming endre brukers opplevelse av utøvd makt?*» så er min opplevelse at med å møte Mari på en ubetinget positiv måte, opplevde både jeg og Mari vekstmuligheter. Vi opplevde å komme til nye forståelser om oss selv. Jeg merker og at Mari tolererer mer nå en tidligere; hun har fått et større optimal aktiveringssone. Dette kommer og til uttrykk i møter med andre offentlige hjelpere.

Selv i situasjoner der tiltak er påkrevd, som ulike barnevernstiltak, vil hvordan klienten blir møtt være en forutsetning for et godt samarbeid. Å føle medbestemmelse i eget liv er viktig. Selv om tiltaket er påkrevd, så er det lettere å gå med på noe en selv har vært med på å bestemme, en noe en må gå med på om en ikke vil risikere å miste noe.

6.0 Literaturliste

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Husum, Tonje Lossius, Marit Helene Hem og Reidar Pedersen. 2018. *En studie av synet på etiske utfordringer relatert til arbeid med bruk av tvang hos ansatte i psykiske helsetjenester*. Universitetsforlaget.no

Lauveng, Arnhild. 2005. *I morgen var jeg alltid en løve*, 2.opplag 2007. Trondheim: J.W. Cappelens Forlag as

Nordanger, Dag øystein og Hanne Cecilie Braarud, 2018. *Utviklingstraumer, regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Malterud, Kirsti. 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skau, Greta Marie. 2016. *Mellom makt og hjelp*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skotland, Sidsel. 2009. *Søkelys på Barn og Rus*. Barn og Rus, Nr.06-2009.

Skotland, Sidsel. 2012. *Fantasien er verre en virkeligheten*. Barn og Rus, Nr.02-2012.

Syse, Aslak. 2002. *Tvang og tilsyn i private hjem*. Lov og rett, nr02-2002.