



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

" Hvordan kan sykepleier med utgangspunkt i et selvsykologisk perspektiv ivareta pasient med rusutløst psykose på skjerming?"

Forfatter Brit Karin Velle Hegge

Totalt antall sider inkludert forsiden: 35

Molde, 23.04.14



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 Ephorus, 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"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjellaug 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: 23.04.2014

Antall ord: 9821

Sammendrag

I min fordypningsoppgave har jeg valgt å se nærmere på *”hvordan sykepleier med utgangspunkt i et selvsykolgisk perspektiv kan ivareta pasient med rusutløst psykose på skjerming”*. Oppgavens hensikt har vært å frembringe kunnskap om temaet rus/psykiatri, og hvordan en kan forstå samhandlingen med pasienten i perspektivet som er nevnt ovenfor da forskning viser at sykepleiere opplever egen kunnskap i forhold til denne pasientgruppen som mangelfull. I møte med disse pasientene har jeg opplevd å høre sterke historier. Mange bærer på en historie om vanskelig oppvekst med mangel på oppfølging av voksne. Det kan være en utfordring å få en god relasjon med disse pasientene.

I teoridelen presenteres selvsykolgien som perspektiv. Selvsykolgien er en grunnholdning som setter empati og inntoning til pasienten sentralt. Deretter vil det være en kort innføring i begrepene overføring, motoverføring og motstand. Dette er begrep som jeg mener er viktig å ha kunnskap om da det kan være lettere å forstå hva som skjer i møte med pasienten. Jeg har også valgt å skrive noe om psykisk lidelse/rusmisbruk samt et kapittel om hva en rusutløst psykose er. Da pasienten er innlagt på tvang tar jeg også for meg teori i forhold til bruk av tvang og makt.

I diskusjonsdelen løfter jeg frem situasjoner i møte med pasienten og diskuterer disse i lys av relevant teori. Det kommer frem at rusutløste psykoser behandles som psykoser generelt. Oppgaven viser også at en subjekt-subjekt relasjonen, inntoning på pasientens følelsetilstand er helt sentral for at pasienten skal oppleve empati som igjen kan styrke selvet. Det motsatte vil være at pasienten kan oppleve en subjekt-objekt relasjon og former for feil inntoning. Det kan føre til selvobjektssvikt dersom pasientens kjerneselv ikke er godt nok utviklet. Oppgaven viser også at brukernes erfaringer med tvang er varierende, men de mener det er sentralt å bli møtt med respekt, forståelse og empati.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Introduksjon	2
1.1 Problemstilling.....	3
1.2 Presisering av problemstilling.....	3
1.3 Litteratursøk.....	4
2.0 Teori	5
2.1 Selvpsykologien	5
2.1.1 Empati og inntoning.....	5
2.1.2 Selvsammenheng og selvregulering.....	6
2.1.3 Selvobjektet.....	6
2.1.4 Selvet.....	7
2.1.5 Selvobjektsvikt.....	8
2.2 Begrep innen psykodynamisk terapi.....	9
2.2.1 Overføring.....	9
2.2.2 Motoverføring.....	9
2.2.3 Motstand.....	9
2.3 Psykisk lidelse og rusmisbruk.....	10
2.4 Hva er en rusutløst psykose?.....	10
2.5 Relasjon med pasienten	11
2.6 Bruk av makt og tvang	12
3.0 Empiri.....	14
4.0 Diskusjon.....	16
4.1 Møte med Mari.....	16
4.2 Refleksjoner over bruk av tvang og makt.....	22
5.0 Konklusjon.....	26
6.0 Litteraturliste.....	28

1.0 Introduksjon

Jeg har flere års erfaring med arbeid i en lukket psykiatrisk post og har møtt flere pasienter med rusproblem og psykiatrisk lidelse. Ifølge Evjen m.fl (2012) omtales mennesker som har en psykiatrisk lidelse og samtidig et rusmisbruk ofte som dobbeldiagnose pasienter eller pasienter med ROP lidelse. Med rusreformen i 2004 fikk denne pasient gruppen blant annet pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter. Etter at rusreformen ble iverksatt opplever ifølge Biong og Sælør (2011) sykepleiere at de yter bedre tilbud til pasienter med dobbeldiagnoser samtidig som de opplever egen kunnskap i forhold til pasientgruppen som mangelfull. Resultatene i en studie av Gråwe og Rud (2006) tyder også på at kompetansen for behandling av pasienter med ruslidelser/ psykiske lidelser bør bedres innen psykisk helsevern. I nasjonale faglige retningslinjer for ROP lidelser (2011) presiseres det at arbeid med personer med ROP lidelse krever godt kunnskapsnivå, interesse og holdninger ovenfor denne pasientgruppen. Det handler om respekt og empati, evnen til å se gjennom mye elendighet og brutte avtaler. Evjen m.fl (2012) sier at pasienter med ROP lidelse oftere er innlagt på tvungen psykisk helsevern enn andre psykiatrispasienter. En tvangsinnleggelse og slik frihetsberøvelse kan ifølge Svindseth (2007) oppleves svært krenkende for pasienten, men denne krenkelsen kan reduseres med god og respektfull kommunikasjon. På bakgrunn av dette ønsker jeg i denne oppgaven og fordype meg i temaet: relasjoner med pasient med ROP lidelse.

I møtet med flere av disse pasientene har jeg opplevd å få høre sterke historier. Opplevelsen min er at disse pasientene ofte har en vond forhistorie med seg som er sterk å høre. Noen forteller om vonde opplevelser i barndommen og flere sier de har vokst opp med lite oppfølging av foreldre. Noen har kanskje hatt en uoppdaget psykisk lidelse som gjorde de mer impulsive. Disse faktorene kan ha medført at de har begynt å ruse seg. Ifølge Mueser (2006) kan den psykiske lidelsen ha vært tilstede først og blitt en årsak til rusmisbruket, som etter hvert kan ha utviklet seg til "selvmedisinering". Videre hevder Mueser (2006) at motsatt kan rusmisbruket utløse eller forsterke de psykiske lidelsene sekundært. Disse kan ha ligget latent hos sårbare personer, men også sunne personer kan rammes etter massivt misbruk. Dette kan ha medført at de har havnet i miljøer med rus og kriminalitet. Hverdagen deres kan da ha vært preget av uforutsigbarhet, kanskje med trusler, vold og prostitusjon. Jeg opplever at det ofte kan være vanskelig å etablere en god

relasjon med disse pasientene. Det kan nok være på bakgrunn av alle opplevelsene de har med seg.

Da mener jeg de selvpsykologiske begrepene empati og inntoning som Karterud og Monsen (1997) gjengir kommer til sin rett. Empatisk lytting og forståelse er evnen til kognitivt og emosjonelt å sette seg i den "andres sko" og ifølge Kohut i Karterud og Monsen (1997) har dette en legende virkning. I en studie (Johansson og Eklund, 2003) kommer det også frem at følelsen av å bli forstått oppleves svært viktig for pasientene.

Pasienten i narrative har en rusutløst psykose. Ifølge selvpsykologien mener en at psykose er resultat av en tidlig oppvekst hvor kjerneselveet ikke fikk anledning til å utvikle seg.

Kohut mente at dersom barnet ikke fikk nok trygghet, ikke ble bekrefte nok eller ble utsatt for traumer skapte dette forstyrrelser i utviklingen av selvet. Jeg tenker at pasienten i narrative har hatt en oppvekst som har forstyrret hennes utvikling av selvet og i tillegg til rusmisbruk har det vært med på å bidra til at hun har blitt psykotisk.

Kohut mener imidlertid at psykoser er vanskelig å behandle. Han sier at vanskelighetene består i å opprettholde en konsekvent empatisk holdning og ikke la egne motoverføringer ta overhånd (Karterud og Monsen, 1997). Jeg føler at selvpsykologien er et perspektiv som ligger meg nær da det er en grunnholdning og ikke en teknikk.

1.1 Problemstilling

" Hvordan kan sykepleier med utgangspunkt i et selvpsykologisk perspektiv ivareta pasient med rusutløst psykose på skjerming ?"

1.2 Presisering av problemstilling

Pasienten i oppgaven er innlagt på tvungen psykisk helsevern etter §3-3 og har skjermingsvedtak. Hun har ruset seg på illegale stoffer før innleggelse. Fokuset i oppgaven vil være relasjonsbygging i et selvpsykologisk perspektiv.

1.3 Litteratursøk

Jeg har jobbet noen år i klinisk praksis så jeg hadde kjennskap til en del bøker før jeg gikk i gang med oppgaven så jeg startet med de. Noen av bøkene jeg har brukt er pensumlitteratur. Jeg gjorde også søk via helsebiblioteket i Norart. Der brukte jeg søkeordet psykiatry. Da fikk jeg 98 treff og fant 1 som var relevant. Jeg sendte en mail til forfatteren og fikk tilsendt artikkelen i full tekst. Jeg gjorde også søk i SveMed+ med søkeordene psychiatry care og kryssset av for peer reviewed. Da fikk jeg 526 treff. Jeg fant en som så interessant ut, men den var ikke aktuell. Jeg trykket da på forfatternavn for å se hva denne forfatteren hadde publisert. Da fikk jeg opp 33 artikler og fant 1 som var relevant. Jeg abonnerer også på tidsskriftet Sykepleien med Sykepleien Forskning og fant 1 artikkel der som var relevant. Jeg gjorde også søk i litteraturlisten i boken ”Dobbelt opp” og fant 1 artikkel som jeg syntes var interessant. Jeg søkte denne opp på SINTEF sine internettsider og lastet den ned. Jeg gjorde også søk i Cinahl via helsebiblioteket. Da gikk jeg på advanced search og søkte drug abuse or substance abuse. Jeg fikk da 26786 treff. Jeg gjorde også søk på psychiatry or mental health og fikk 68023 treff. Deretter gjorde jeg et søk på therapeutic alliance or therapeutic relation og fikk 494 treff. Jeg kombinerte alle disse søkene i søkehistorien med and og fikk 7 treff. Fant ingen jeg følte var relevant for oppgaven min. Jeg gjorde også søk på psychoses og fikk 554 treff. Så kombinerte jeg det med tidligere søk på therapeutic alliance or therapeutic relation og fikk 0 treff. Jeg gjorde også søk på psychiatric clinics or psychiatric hospital care og fikk 303 treff. Deretter kombinerte jeg dette søket med therapeutic alliance or therapeutic relation og fikk 0 treff.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for teori jeg anser som relevant for problemstillingen min. Først presenterer jeg selvpsykologien da det er hovedforankringen i oppgaven. Deretter kommer det et kapittel om begrepene overføring, motoverføring og motstand da jeg mener disse begrepene er svært aktuelle. Videre presenteres det teori om henholdsvis psykisk lidelse/rusmisbruk og hva en rusutløst psykose er. I kapittelet, relasjon med pasienten, er fokuset anerkjennende tilnæringsmåter. I siste kapittel velger jeg å belyse dette med bruk av tvang og makt. Jeg har valgt å dele teorikapittelet på denne måten da jeg føler det gir mer oversikt enn om jeg skulle blande kapitlene om selvpsykologien, relasjon med pasienten og bruk av makt/tvang. Jeg ser at disse kan knyttes opp i mot hverandre, men har valgt å gjøre det i diskusjonsdelen.

2.1 Selvpsykologien

Betegnelsen selvpsykologi kom i bruk på midten av 1970 tallet og ble grunnlagt av Heinz Kohut (1913-1981). Selvpsykologien er psykodynamisk forankret med røtter i psykoanalysen. Kohut fulgte i fotsporene til Freud og han tok ”jeget” til å bli ”selvet”. I selvpsykologien er det individets subjektive opplevelse som er fokuset. Terapien er en grunnholdning og det helt sentrale er langvarig empatisk fordypelse og inntoning. Formålet med selvpsykologien er at selvet skal modnes (Hartmann, 2000).

2.1.1 Empati og inntoning

Kohut mente at empati hadde en legende virkning (Karterud og Monsen, 1997). Empatisk forståelse er evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg i den andres ”sko”. Terapeutens holdning må være preget av medmenneskelig varme. Gjennom empatisk lytting og forståelse prøver terapeuten å gjøre pasientens ubegripelige følelser og reaksjoner begripelige. Dette gir en bekreftelse som styrker selvsammenhengen, gir mening og vitalitet (Hartmann, 2000). Langvarig empatisk fordypelse er det essensielle. Det krever lang trening og personlige forutsetninger for å fordype seg over lengre tid i den andres subjektive perspektiv. Dette kan innebære en trussel mot eget perspektiv og mot forankringen av vårt eget selv. Ved observasjon av seg selv kan en se hvor lett en vender tilbake til eget perspektiv (Karterud og Monsen, 1997).

Daniel Stern innførte begrepet inntoning i selvpsykologien. Inntoning vil si å stille seg inn på den følelsetilstanden den andre befinner seg i og målet er at den andre skal oppleve inntoningens empatisk. Opplevelsen av å bli møtt med en empatisk holdning er viktig for utvikling av selvet (Karterud og Monsen, 1997).

Ved manglende inntoning blir personen ikke møtt på sine følelsesmessige reaksjoner og får dermed ikke bekreftelser på de. Da kan personen skape seg en fantasiverden (Karterud og Monsen, 1997). Det kan for eksempel være at mor er deprimert og ikke klarer å "se" barnet sitt. Hun er tilstede uten å gi av seg selv.

Ved overinntoning invaderer en den andre (Karterud og Monsen, 1997). Min tolkning av overinntoning er at man da kan ta over den andres følelsesbeskrivelse, for eksempel "nå er du sint!". Da blir det subjekt - objekt tilnærming.

Ved feilinntoning blir en møtt på varierende måter. For eksempel at moren en dag møter barnet på dets følelsesmessige opplevelse, for så neste dag å ikke gjøre det (Schibbye, 2002). Et eksempel på dette kan være rusforeldre som den ene dagen møter barnet, den andre dagen overser barnet. Dette kan oppleves svært uforutsigbart og barnet vet da ikke hva som er rett eller galt.

Selektiv inntoning er å bare bli møtt på enkelte følelsesopplevelser. Kan føre til et falskt selv. Personen vil da ofte oppleve seg selv uten egen identitet (Karterud og Monsen, 1997). Et eksempel kan være at "i vår familie snakke vi ikke om dette", da må personen holde tilbake disse følelsene da det ikke er akseptert.

2.1.2 Selvsammenheng og selvregulering

Selvsammenheng er å oppleve seg selv som den samme over tid og her og nå. Kohut mente dette er den ideelle psykiske tilstanden for mennesket. For å oppnå dette trenger en et konsolidert kjerneselv. Det betyr at selvet har styrke nok til å ta innover seg også de vanskelige følelsene og opplevelsene på en adekvat måte. Selvregulering er å kunne styre egen atferd, tenking og følelse (Bjørkly, forelesing Høgskolen i Molde, 26.11.2012).

2.1.3 Selvobjektet

Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, eller en ting har for opprettholdelse av ens følelse av å være et meningsfylt og sammenhengende selv (Karterud og Monsen, 1997). Fokuset er relasjoner til betydningsfulle andre og selvet

utvikler seg i samspill med disse objektene. For at selvet skal kunne utvikle seg til et modent og selvregulerende system er det avhengig av et nærende selvobjektmiljø der individet blir møtt på behov for tilknytning, felleskap og bekreftelse. Mennesker har behov for bekræftende selvobjekter hele livet. Kilden til all psykopatologi er grader av selvobjekts- svikt, empati svikt fra våre betydningsfulle omgivelser (Hartmann, 2000).

Det speilende selvobjekt er de som gir oss forståelse, bekreftelse og empatisk gjensvar (Karterud og Monsen, 1997). Det speilende selvobjekt fanger opp hva som rører seg og speiler tilbake hva en føler i situasjonen der og da. For eksempel når barnet er urolig prøver omsorgspersonen å overføre sin egen ro ovenfor barnet (Schibbye, 2002).

Det idealiserende selvobjekt er noen som gir oss trygghet og tillit som dermed gir en følelse av styrke og ro (Karterud og Monsen, 1997). Kan være en person som står en nær og som kan mer enn en selv. Det kan være at pasienten ser opp til terapeuten.

Tvilling (alter- ego) selvobjekt er en som gir en følelse av å være likesinnede og gjennom denne likheten forankres viktige deler av en selv. Det kan for eksempel være en bestevenninne, et kjæledyr eller fantasivenn (Karterud og Monsen, 1997).

2.1.4 Selvet

Kohut vektla selvet som det sentrale element i mennesket. Selvet er opplevelsesnært: ”slik kjennes det å være meg” eller ”dette kjennes ikke ut som meg”. Kohut hevdet at selvet utvikler seg i samspill mellom objektene (de nære personene i omgivelsene) og vi er avhengige av et nærende selvobjektmiljø hele livet. Barnet har behov for å bli speilet (sett som betydningsfull) av objektet og idealisere objektet (Bjørkly, forelesing Høgskolen i Molde, 26.11.2012).

Kohut beskriver selvet som et dynamisk system med tre poler; det grandiose selvet, det tvillingsøkende selvet og det idealiserende selvet. Disse tre polene er forankret i det Kohut kaller kjerneselvet. Kjerneselvet rommer og integrerer følelser, tanker, egen historie og dette foregår stort sett som en automatisk prosess. Kjerneselvet besørger en tiltrengt sammenheng i menneskelivet og det sørger for at vi ikke trenger å lære oss selv eller tilværelsen å kjenne på nytt hver morgen. For hver av selvene er der en linje med to

ytterpoler, og en kan være på forskjellige punkter på linjen i forskjellige situasjoner. I selvpsykologien mener en at for å reparere selvet må man gi rom for nye positive selvobjektsoverføringer (Karterud og Monsen, 1997).

Det grandiose selvet fremsetter behov for aksept, anerkjennelse og støtte. Det vil si en ønsket eller forventet respons som har å gjøre med det å bli gjenkjent, akseptert, sett og forstått. Når det har skjedd en adekvat utvikling av det grandiose selvet vil individets ambisjoner vise seg, og dersom en føler seg krenket og ydmyket kan det frembringe narsissistisk raseri. Om utviklingen av det grandiose selvet blir forstyrret kan individet befinne seg på yttepolene og kan fremstå enten selv fremhevende eller selvutslettende. Det grandiose selvet blir utviklet gjennom speilende selvobjekt. Det idealiserende selvet uttrykker behov for å bli støttet, vite at det er noen der for meg og utvikles gjennom det idealiserende selvobjekt. Polene i det idealiserende selvet vil være på den ene siden å ville klare alt selv til den andre siden å ikke klare noe. Dersom det inntreffer en svikt i modningen av det idealiserende selvet kan individet fremstå med en håpløshetsfølelse og et intens savn etter å ha noen å se opp til, og kan gjøre seg gjeldene i for eksempel idealisering av terapeuten. Det tvillingsøkende selvet fremsetter behov for å være lik noen og at en annen bekrefter en med sin likhet. Gjennom tvilling selvobjekt utvikles det tvillingsøkende selvet. Tvilling selvobjekt kan være bestevenner, kjæledyr og fantasivenner. Dersom utviklingen av det tvillingsøkende selvet forstyrres kan det komme til uttrykk i at pasienten identifiserer seg med terapeuten og er overbevist om at de er grunnleggende like (Karterud og Monsen, 1997).

2.1.5 Selvobjektsvikt

Pasienten kan oppleve selvobjektsvikt når terapeuter for eksempel tar ferie, avlyser timer, blir syke, indisponerte, er uoppmerksom, dårlig opplagte, misforstår og forledes av egen motoverføring (Karterud og Monsen, 1997). Dette vil ikke gjelde alle personer. Jeg tenker det handler om hvor utviklet kjerneselvet er i den enkelte.

Ved selvobjektsvikt kan en føle seg fragmenterte og negative følelser kan ta overhånd. Pasientens reaksjoner på selvobjektsvikt kan variere. Vektlegging og håndtering av selvobjektsvikt er kanskje det som skiller selvpsykologien mest fra andre psykoterapiformer. Det som er sammenlignbart med andre psykoterapiformer, er at

selvobjektsvikt kan true alliansen, lede til negativ terapeutisk reaksjon og evt føre til brudd i behandlingen (Karterud og Monsen, 1997).

2.2 Begrep innen psykodynamisk terapi

2.2.1 Overføring

Møte med terapeuten reaktiverer følelser/holdninger som opprinnelig er skapt i tidligere forhold til personer som var viktigst for en (for eksempel mor, far, søsken, en rival) og utløser nå de samme reaksjonene uten at pasienten er seg bevisst. Terapeuten kan også bli gjort ansvarlig for pasientens vonde følelser og disse kan bli overført både verbalt og i handling. I faser med sterk overføring kan det være lett å glemme at pasientens reaksjoner for en stor del er "hukommelse" i handling og at det egentlig hører hjemme i en annen uavklart relasjon (Nielsen og Lippe, 2002).

2.2.2 Motoverføring

Dette er terapeutens følelsesmessige reaksjon på pasienten. Kan være både følelser og væremåte, bevisste, ubevisste som en pasient vekker i terapeuten (Nielsen og Lippe, 2002). Dette kan for eksempel gis til uttrykk som irritasjon, manglende konsentrasjon, tomhet ovenfor pasienten.

2.2.3 Motstand

Motstand er et behov for å beskytte seg mot tidligere smertefulle og fortrenge traumer som vender tilbake i bevisstheten. Overføringsreaksjoner kan betraktes som motstand. Motstandsyttringer kan for eksempel være taushet, sarkastiske bemerkninger og hyppige temaskift i samtale (Nielsen og Lippe, 2002). I selvpsykologien ser en på motstand som om at noe i situasjonen eller noe ved terapeuten aktiverer følelser som for eksempel angst eller sinne. Det blir da viktig å utforske hva som er årsaken til dette (Karterud og Monsen, 1997). Det kan for eksempel være at terapeuten ikke har inntonet seg rett i forhold til pasienten der og da.

2.3 Psykisk lidelse og rusmisbruk

Begrepet ROP- lidelse eller dobbeldiagnose blir brukt om mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse og samtidig et rusmisbruk (Evjen, Øiern og Kielland 2012). Begrepet har vært med på å gi økt forståelse for at rus og psykiske lidelser henger sammen og bør behandles integrert (Mueeser m.fl 2006). Ifølge nasjonale retningslinjer (2011) skal personer med akutte psykoser ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig om den er rusutløst eller ikke.

Psykiske lidelser kan være relatert til rusmisbruk på flere måter . Den psykiske lidelsen kan være til stede først og bli en årsak til rusmisbruket. Det kan etterhvert utvikles til "selvmedisinering". Amfetamin kan ha antipsykotisk effekt. Hasj og heroin kan f.eks. ha kortvarige angstdempende effekter. Når rusingen avtar blir de psykiske symptomene synlige. Rusmisbruket kan og utløse eller forsterke de psykiske lidelsene sekundært. Disse kan ha ligget latent hos sårbare personer, men også friske personer kan rammes etter massivt misbruk. Rusmisbruk hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser vil forsterke en rekke negative konsekvenser slik som personens psykiske tilstand, sosial fungering og helsetilstand. Selvmordsfaren er økt for personer med primær ruslidelse. For personer med dobbeldiagnose forverres denne faren ytterligere (Mueeser m.fl 2006). Pasienter med ROP lidelse kan være ambivalente i forhold til behandling. Det kan nok skyldes de sterke kreftene som kan holde en person tilbake i misbruket. En annen årsak til ambivalensen kan også være dårlige erfaringer med hjelpeapparatet. Pasienter med ROP lidelser har ofte sosiale problemer, og utfordringer i forhold til bolig, økonomi og jobb. De er også hyppigere innlagt på tvang enn andre psykiatriske pasienter (Evjen, Øiern og Kielland 2012).

2.4 Hva er en rusutløst psykose?

En rusutløst psykose er en psykose som er utløst etter bruk av rusmidler. Rusmidlene kan gi forbigående tilstander med psykose, og kan være både kortvarige og langvarige. Personer som stadig gjentar bruken av rusmidlet som utøser psykosen kan bli diagnostisert med funksjonell psykose. I virkeligheten handler det om korte episoder av rusutløste psykoser som ”vedlikeholder” tilstanden. Rusmidler kan gi hjerneskader som kan føre til

mer langvarige psykoser (Evjen, Øiern og Kielland 2012). Rusutløste psykoser behandles som psykoser generelt (Berg, 2008).

2.5 Relasjon med pasienten

Anerkjennelse er ifølge Vatne (2006) så grunnleggende for menneskers utvikling at opplevelsen av det motsatte kan medvirke til utvikling av psykiske lidelser. Anerkjennende tilnæringsformer er ifølge Vatne (2006) basert på dialog og samhandling med pasienten.

For å forsøke å forstå pasienten må en gå i samhandling og dialog basert på likeverdighet mellom helper og pasient. Dette kan kalles en subjekt – subjekt - relasjon. Det motsatte er et subjekt - objekt forhold hvor helperen fastslår hva pasientens behov er uten å spørre pasienten. Likeverdigheten innebærer respekt for den andres opplevelse. Å møte pasientens følelser anses som sentralt i relasjonen og det er viktig å gi bekreftelser. Det kan være å trekke frem pasientens positive egenskaper, men kan også være å lytte og være oppmerksomt tilstede. Det er ikke alltid nødvendig å si så mye. Det viktigste er å lytte til det pasienten ønsker å meddele og møte han eller hun med forståelse. Anerkjennelse gjennom tilstedeværelse skaper ro (Vatne, 2006).

Evjen m.fl (2012) mener at relasjonen mellom pasient og behandler er viktigere enn den terapimetoden som benyttes samt at empati og grunnleggende varme bør prege denne relasjonen. Relasjoner med psykotiske kan oppleves skjøre og det kan være at pasienten tåler lite før han eller hun reagerer med selvbeskyttelse. Hjelpere kan også bli påvirket av pasientens vanskelige følelser. Disse følelsene kan blandes med egne følelser, spesielt om en er faglig usikker. Det er da viktig at helperen reflekterer over hva som er egne og andres følelser. Først når en vet hva som er egne følelser kan en få et bilde på hva som skjer i samhandlingen og en kan fremstå som en tydelig person. En psykotisk person fremstår ofte som utydelig for seg selv og da er det viktig å hjelpe pasienten til å skape egne grenser. En kan også bruke egne følelser som oppstår i samspillet med pasienten og speile det tilbake. Da forteller en pasienten hva en føler der og da (Vatne, 2006).

I Vatne (2006) forteller en pasient at det er viktig at helperne opptrer støttende og at de gir rom for at pasienten kan utforske psykosen sin. På denne måten kan de lære å ikke frykte psykosen og de kan oppleve mestring. Det er da viktig at helperen ikke stopper det

psykotiske innholdet pasienten formidler. Ifølge Vatne (2006) er det å utforske og forsøke å forstå de psykotiske symptomene et viktig poeng i anerkjennende terapi. Dette er en motsatt tilnærming enn det å korrigere. Da vil en stoppe det pasienten er opptatt av, og pasienten kan miste selvinnsikt (Vatne, 2006).

Kontaining er en metode som innebærer å reflektere truende og konfliktfylte følelser som pasienter kan ha. Det å være ”kontainer” kan lindre pasientens lidelse og samtidig bekrefte pasienten som et verdifullt menneske. Hjelperen kan da vise at de bryr seg og tåler pasientens lidelse. Undrende refleksjon innebærer å vise empati der for eksempel hjelper kan vise at hun forsøker å forstå pasientens opplevelse. Det vil si at hjelperen må inn i pasientens opplevelsesverden og kjenne på følelser i seg selv. Å vise empati blir beskrevet som viktig for å anerkjenne pasienten. Aktiv lytting er en del av kontaining funksjonen. Da forsøker en å få pasienten til å reflektere over opplevelsen andre kan ha av han eller henne. Hjelperen forsøker da å dele det en har oppfattet og kommer ikke med korrigeringer. Det kan være å ta opp igjen det pasienten har formidlet og reflektere det tilbake på en slik måte at pasienten forstår det. Dette kalles speiling og er en viktig del av kontaining funksjonen og vil si at en får egne opplevelser ”tilbake” fra omverden som utløser selvrefleksjon (Vatne, 2006).

Nøytralitet i dialogen kan være viktig for pasientens selvoppfatning og innebærer at man ikke dømmer eller bedømmer pasientens opplevelse. Det kan være lett å si til en pasient som er selvførdømmende at ”det har du ingen grunn til å føle eller dette er ikke så farlig at du sa”. Da tar man den andres opplevelse istedenfor å forsøke å få den andre til å akseptere og tolerere sine egne følelser (Vatne, 2006).

2.6 Bruk av makt og tvang

Når en oppfatter pasienter som farlige og manipulerende er det lett å gå inn i det Vatne (2006) kaller en vokterrolle. I slike situasjoner kan en oppleve at nå er det nok og en bestemmer seg for å tvinge pasienter til fornuft. Vokterrollen blir anvendt som en måte å overvåke på og bruke åpen, direkte tvang uten at en først har forsøkt å samarbeide med pasienten. Dette er en form for bruk av hjelpermakt, noe som kan medføre motmakt fra pasienten (Vatne, 2006). Makt er et sentralt begrep i sosiologien og et fenomen som helse- og sosialarbeidere stadig møter. Helse- og sosialarbeidere må erkjenne at de har makt og

må oppøve refleksjon over egen bruk av denne. Makt kan vurderes både positivt og negativt. Dette innebærer at det å ha og utøve makt krever etiske prinsipper, moral og ansvarlighet. Ansatte i helse- og sosialsektoren befinner seg i en posisjon hvor en lett kan misbruke sin makt (Garsjø, 2001). Innen psykisk helsevern kan makt brukes positivt i den forstand at en kan forhindre at pasienten skader seg selv eller andre, men kan bli negativt når det fører til krenkelser eller begrenser den enkeltes frihet og autonomi i stor grad (Norvoll, 2007).

Psykisk helsevernlov (2006) §3 setter som kriterium for tvungen innleggelse at pasienten er alvorlig sinnslidende etter legens vurdering og at pasientens tilstand forverres eller utgjør en fare for seg selv eller andre dersom han ikke innlegges. Pasienten skal orienteres om sine muligheter for å klage all tvangsbruk inn for kontrollkommissjonen og dette må sykepleier være behjelpelig med (Strand, 2004). Tvangsmidler skal bare brukes når andre midler har vist seg å være utilstrekkelig og det skal alltid vedtas av overlege. Dersom pasienten lider av sterk uro kan faglige ansvarlige bestemme at pasienten skal skjermes av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter. Skjerming vil si at pasienten oppholder seg i en skjermingsenhet som er en lukket, fysisk og avgrenset enhet, sammen med personal (Vatne, 2006).

Realitetsorientering er en måte hvor en kan forklare pasienten hvordan verden virkelig er. Slike påpekninger oppfattes som en relativt sterk form for maktbruk ovenfor et annet menneske og kan muligens kalles skjult tvang. Realitetsorientering synes å ha liten effekt hvis hensikten er å nå inn med et budskap som kan medføre innsikt hos pasienten da det vil underkjenne pasientens følelser og oppfatninger av sin situasjon. Skjulte tilnæringsmåter slik som å avlede og ignorere avvikende atferd blir hyppig anvendt. En kan da oppnå struktur uten at det oppstår konflikter med pasientene. Det å inngå avtaler med pasienter blir oppfattet som et virksomt hjelpemiddel for grensesetting. Ved å inngå avtaler kan en stoppe/hindre uakseptabel atferd i forkant ved at en kan henviser til avtalen (Vatne, 2006).

3.0 Empiri

Mari, en voksen dame med en psykisk lidelse og et alvorlig rusproblem, har vært innlagt i avdelingen jeg jobber flere ganger. Hun er nå innlagt på tvungent psykisk helsevern med rusutløst psykose og har i løpet av oppholdet vært på skjerming i en lengre periode.

Jeg kjenner Mari fra tidligere innleggelse og har vært/er en av hennes primærkontakter. Min opplevelse er at relasjonen mellom oss er god. Jeg opplever sjeldent at Mari avviser meg når jeg spør om å få komme inn til henne.

Mari har en psykisk lidelse som gjør at hun svinger i stemningsleiet. Det kan være latter, gråt, sinne om hverandre og dette kan veksle i løpet av døgnet. Hun har også schizofrene symptomer og sier hun hører flere forskjellige stemmer. Det observeres at hun inne på rommet kommuniserer med ulike tonefall med stemmene. Mari opplever også at hun blir overvåket. Jeg vil nå beskrive noen situasjoner jeg har vært i sammen med henne.

Mari oppleves kaotisk, høylytt og sint av personalet. Hun kjefter og slenger med døren inne på skjermingen. Jeg velger å banke på døren hennes for å spørre om jeg kan få komme inn. Jeg tenker at det verste som kan skje er at hun slenger igjen døren og ber meg om å forsvinne eller så lar hun meg komme inn. Hun ser på meg med tårer i øynene og sier ja. Jeg setter meg i stolen. Min intensjon i denne situasjonen er bare å være tilstede. Jeg tenker at Mari har det vanskelig nå, og at det vil være vanskelig å nå inn til henne med en samtale. Mari demper lyden på cd spilleren hun har. Hun oppleves svært kaotisk og forteller usammenhengende om opplevelser hun har hatt i rusmiljøet og i livet hun har levd. Hun kommer med sterke uttalelser. Jeg kjenner dette berører meg sterkt. Det er nesten som jeg får tårer i øynene da jeg føler den smerten i det hun formidler. Hun sier at hun ikke forstår hvorfor vi holder henne innsperret. Hun sier hun vil sleppes ut slik hun kan avslutte livet sitt. Mari sier at hun ikke er verdt noe, så hun kan bare dø. Hun fremstår med stor taleflom, kaotisk og springende i tema. (Selv om det i fortellingen her kanskje fremstår som sammenheng i det hun formidler så kommer alt hun forteller i bruddstykker om hverandre. Jeg har bare valgt å sette det sammen slik for at det skal bli lettere for leseren). Jeg velger å bare å sitte å hører på henne. Jeg kommer ikke så mye til orde i samtalen, og gjør heller ikke så stort forsøk på det. Jeg forsøker å gi henne en følelse på at dette må ha vært vanskelig for henne. Forsøker å sette meg litt i hennes sted, uten at jeg egentlig har forutsetninger for å kunne forstå alt det vonde hun formidler. Plutselig stopper hun opp og

spør om jeg hører dette grusomme bråket. Jeg hører ikke noe bråk, og tenker at hun nok har hørselshallusinasjoner. Jeg sier til henne at jeg ikke hører noe bråk. Da kikker hun bare oppgitt på meg. Jeg får følelsen av at hun tenker at jeg må nå være ganske døv hvis jeg ikke hørte dette. Mari velger ofte å avslutte "samtalene" selv. Det kan da virke som hun roer seg når hun får snakke om de vonde opplevelse. På spørsmål om dette stemmer så sier hun ja. Hun sier etterhvert at nå trenger hun å være alene og ber meg om å forlate rommet. Noe jeg etterkommer.

En annen situasjon hvor Mari oppleves roligere, mindre psykotisk og mer tilgjengelig for samtale. Jeg banker igjen på døren til Mari og spør om å få komme inn. Hun sier ja denne gangen også. Jeg setter meg i stolen og velger å spørre henne om det er noe hun ønsker å snakke om. Mari sier at hun savner sønnen sin. Forteller at hun ikke har hatt kontakt med han på lenge. Siden Mari nevnte sønnen sin så velger jeg å gå videre med å spørre henne litt mer om han. Mari sier at sønnen er i fosterhjem. Mari sier at hun fikk han som veldig ung og at livet var bra da. Videre sier hun at hun fikk tatt seg en utdanning i samme periode før hun "skled" ut igjen i rusmiljøet og sønnen ble tatt hånd om av barnevernet. Hun forteller også at hun i perioder har solgt sex for å få penger til rus. Mari forteller at hun har alltid vært den som måtte ta seg av familien da hennes foreldre ruset seg. Hun sier at hun ikke har flere tårer igjen, og forteller at hun tok ansvar for seg selv og sine 4 søstre i oppveksten. Jeg kjenner at denne fortellingen gjøre noe med meg. Jeg får tanker om hvor heldig jeg har vært gjennom min barndom/ungdom. Jeg sier til henne at jeg kan tenke meg hvordan det ville vært for meg om jeg hadde hatt det slik gjennom oppveksten. Gjennom hennes fortelling er det nesten som jeg kjenner den smerten hun bærer selv om det ikke er mulig.

4.0 Diskusjon

I dette kapitlet ønsker jeg å belyse problemstillingen ”*Hvordan kan sykepleier med utgangspunkt i et selvsykologisk perspektiv ivareta pasient med rusutløst psykose på skjerming?*”. I første kapittel, møte med Mari, diskuterer jeg empirien opp i mot teorien og egne erfaringer. Jeg velger å gå gjennom narrative og forsøker å belyse hva som skjer i møtet med Mari i et selvsykologisk perspektiv. I siste del oppsummerer jeg samtalene jeg har hatt med Mari. I siste kapitlet tar jeg med refleksjoner over bruk av makt/tvang da jeg mener en ikke kan gå utenom det etiske aspekt når det er snakk om behandling under tvang, og pasienten er fratatt sin selvbestemmelsesrett. Som sykepleier skal en være bevisst på anvendelse av tvang/makt og det skal alltid kunne forsvares ut fra juridisk-faglig- og etisk kunnskap.

4.1 Møte med Mari

Mari er på skjermet enhet og jeg er en av hennes primærkontakter. Med primærkontakter har Mari færre å forholde seg til noe som kan skape forutsigbarhet og trygghet. Kontinuitet og regelmessighet er viktig for psykotiske, men ifølge Strand (2004) er det også viktig å balansere mellom nærhet og avstand til pasienten. Strand (2004) mener at empati er et sentralt begrep i forhold til nærhet og avstand og at empati krever nærhet og avstand. Empati er også det sentrale i selvsykologien. Videre hevder Strand (2004) at dersom en blir for nær kan en bli handlingslammet, det handler om å finne ut gjennom erfaringer, vurderinger, kunnskap og egne følelser hva pasienten trenger. Det er en kunst å klare å balansere mellom dette, og jeg tenker at dersom en ikke klarer det kan nok avstand oppleves som lite empatisk, og i forhold til selvsykologien kan en liten empatisk inntoning gjøre pasienten usikker på sine opplevelser/følelser. En kan da se på det som en feilinntoning fra sykepleieren hvor man i en situasjon er emosjonelt tilstede og stiller seg inn på pasientens følelsetilstand for så i neste situasjon å ikke være det. Strand (2004) sier også at dersom en blir for nær kan en bli handlingslammet. Jeg tenker også at en skal være noe varsom med å komme for nært i et selvsykologisk perspektiv. Hvis en blir for nær kan pasienten oppleve overinntoning, at sykepleieren oppleves invaderende i hans eller hennes liv. Jeg tenker at dette med nærhet og avstand kan gi former for feil inntoninger dersom en ikke klarer å finne rett balanse mellom de. Pasienten kan mistolke de signaler

sykepleieren kan gi med å balansere mellom det å være nær og gi av seg selv til det å vise avstand noe som pasienten kan oppleve som avvisning.

Jeg ser på meg selv som en rolig, tålmodig og lyttende person. Etter flere dager på rad som primærkontakt for Mari følte jeg meg sliten, lite tålmodig og var litt småsyk. Jeg snakket med ansvarlig sykepleier og sa at jeg hadde behov for et avbrekk fra å være sammen med Mari. Sett fra mitt ståsted var dette til det beste for både Mari og meg. Mari ville ha merket om jeg var sliten og mindre oppmerksom. Da ville Mari muligens ha opplevd dette som både en feilinntoning og manglende inntoning fra min side. Med feilinntoning i denne situasjonen mener jeg at Mari kanskje vil oppleve at jeg ikke møtte henne på samme måte som jeg tidligere hadde gjort. Dette kan oppleves uforutsigbart for henne. Manglende inntoning i denne situasjonen ville være at jeg var tilstede uten å klare å gi så mye av meg selv. Muligens ville jeg ikke klare å møte Maris følelsestilstand der og da fordi jeg ikke var oppmerksom nok. Sett fra den andre siden kan en anta at Mari opplevde selvobjektssvikt da jeg trakk meg unna. Jeg klarte da ikke opprettholde en empatisk holdning til Mari. Dette er det essensielle i en selvpsykologisk tilnærming, men Kohut i (Karterud og Monsen, 1997) mener at det er vanskelig å opprettholde en slik empatisk holdning til psykotiske da egne motoverføringer kan gjøre seg gjeldende. Mari hadde kommet med nedsettende kommentarer og opplevdes ufin i språket. Dette kan skape motoverføringer hos sykepleieren. Når en opplever at pasienten er ufin i språket kan en reagere med irritasjon og tenke at dette er personlig ment. Jeg har opplevd at enkelte pasienter finner det ”svake” med deg og kan bringe det opp når en minst aner det. Da kan det være lett å gå i forsvar, noe som kan gi seg utslag i krasse tilbakemeldinger til pasienten. Når slike reaksjoner oppstår kan det bli vanskelig å opprettholde en empatisk holdning som er det sentrale i selvpsykologien. Det er imidlertid viktig å vite at dette sannsynligvis ikke er personlig ment, men en del av pasientens forsvar og motstandsreaksjoner. Mari`s ”ufine” utsagn kan nok ifølge Nielsen m.fl (2002) tolkes som motstand og kan være en overføringsreaksjon hos henne. Kanskje minnet jeg henne om noen som hun har hatt en nær relasjon med tidligere? Overføringsreaksjoner er ifølge Nielsen m.fl (2002) reaksjoner som egentlig hører hjemme i en annen uavklart relasjon. Ifølge Karterud og Monsen (1997) bør en utforske motstandsreaksjonene. I situasjonen med Mari burde jeg da ha reflektert rundt situasjonen sammen med henne. Vatne (2006) poengterer også at det er viktig å få avklart hva som er egne følelser og hva som er pasientens. Jeg kunne satt meg ned sammen med Mari dersom hun var tilgjengelig for det og for eksempel sagt ” nå føler jeg at du er irritert

på meg, kan dette stemme?”. På denne måten gir en Mari muligheten til å reflektere over situasjonen og kanskje hadde hun et behov for å snakke med noen. På denne måten kunne hun oppleve å bli ”sett” og anerkjent. Noe som ifølge Karterud og Monsen (1997) kunne ha styrket selvet.

En annen situasjon med Mari som er beskrevet i empirien hvor hun oppleves høylytt, kaotisk og sint. Hun slamret med dørene og kjeftet. Jeg valgte da å banke på døren hennes og spurte om å få komme inn. Jeg tenkte at det verste som kunne skje var at hun vil slenge igjen døren, be meg forsvinne og det ville jeg tåle. Mari lot meg komme inn. Inne i rommet merket jeg at Mari var lei seg. Hun så trist ut. Jeg prøvde å inntone meg på en slik måte at hun ville føle seg ivaretatt. Hun kikket på meg og jeg på henne, men jeg holdt ikke blikkontakten så lenge da det kunne føles ubehagelig og invaderende for henne. Hun opplevdes såpass kaotisk at jeg valgte å ikke si så mye. På denne måten forsøkte jeg å inntone meg på hennes følelsestilstand og intensjonen var å skape en rolig atmosfære. Jeg forsøkte da å speile tilbake en forståelse på hennes uro ved å ikke si så mye i situasjonen samtidig som jeg forsøkte å bringe inn min ro. Jeg forsøkte å gi Mari en forståelse på hennes frustrasjon med å være lyttende og tilstede. Mari responderte på dette og roet seg etter hvert. Vatne (2006) poengterer også at en ikke trenger si så mye, at anerkjennelse gjennom å bare være tilstede skaper ro hos pasienten. Hummelvoll (2004) hevder også at evnen til å lytte er hovedmålet i terapeutiske tilnærming til pasienter med psykose.

I samme situasjon sier Mari at hun blir holdt innesperret og føler seg overvåket. Da sa jeg til henne ” du sier du føler deg overvåket? Hvordan oppleves det?”. Her fulgte jeg Mari på hennes opplevelse her og nå. Kanskje følte hun inntoning min empatisk? Ved en slik tilnærming ville jeg speile Mari sin opplevelse. Ifølge Vatne (2006) kan speiling utvide både helperens og pasientens forståelse. I selvspsykologien snakker en om speilende selvobjekt som ifølge Karterud og Monsen (1997) er noen som gir oss forståelse, bekreftelse og empati. Ved speiling kan Mari ha fått en opplevelse av empati og anerkjennelse som igjen ville ha styrket selvet hennes. Det motsatte av å møte henne på opplevelsen av å føle seg overvåket ville være å korrigere henne og for eksempel si at ”vi driver ikke med overvåking her”. Da ville jeg ikke møtt Mari på hennes opplevelse og det ville kanskje oppleves som en overinntoning fra hennes side.

Mari sier også i samtalen at hun ikke er verdt noe og at hun bare kan dø. Her kunne jeg ha valgt å si at ”klart du er verdt noe, verdt like mye som alle andre”, men da hadde en ifølge Vatne (2006) ikke gitt pasienten aksept på sin opplevelsen. Dette ville ha vært en overinntoning hvor jeg overtok hennes følelsesbeskrivelse og det ville ha vært det Vatne (2006) omtaler som subjekt - objekt relasjon. I samtalen med Mari valgte jeg å akseptere hennes følelse og sa ”du sier du ikke føler deg verdt noe, kan du si noe mer om det?”. På den måten kan Mari ha fått en opplevelse at følelsene hennes ble akseptert, som igjen gav henne bekreftelse og styrket selvet hennes.

Mari formidler også at hun hører bråk under samtalen vår og spør om jeg hører de som snakker. Jeg svarte henne at jeg ikke hørte noe og tenkte at hun hadde hørselshallusinasjoner. Dette kalles ifølge Vatne (2006) realitetsorientering. Mari ble irritert da jeg sa at jeg ikke hørte noe. Vatne (2006) mener at realitetsorientering har liten effekt dersom hensikten er å nå inne med et budskap som kan medføre innsikt hos pasienten. Mari hadde en reell opplevelse av å høre noe så jeg ville nok ikke gi henne mer innsikt ved å si at jeg ikke hadde samme opplevelse. Vatne (2006) poengterer at realitetsorientering underkjenner pasientens følelser og opplevelse samt at det kan oppfattes som maktbruk. Sett med et selvpsykologisk perspektiv vil nok realitetsorientering medføre at Mari ikke vil føle seg forstått og anerkjent. En kan nok se på realitetsorienteringen som en manglende inntonning fra min side da jeg ikke møtte Mari på hennes opplevelse av å høre stemmer Dette kan ha hindret hennes selv i å utvikle seg da hun ikke vil føle seg bekreftet og møtt på sine følelser/opplevelser. Hallusinasjoner i form av stemmer kan ifølge Fredriksen (Forelesing Høgskolen i Molde, 23.01.14) være fortrenge følelser/tanker og kan være påminnelser om vanskelig ting som har skjedd i livet. Fredriksen (Forelesing Høgskolen i Molde, 23.01.14) sier også at de viktigste årsakene til stemmehøring er seksuelt misbruk, omsorgssvikt, mobbing og fysisk/psykisk mishandling. Med Mari sin historie og sett fra denne vinkelen kan stemmene hun hører være et resultat av de opplevelsene hun har med seg og er påminnere om dette. Fredriksen (2014) sier også at en kan gjøre klart for pasienten at en ikke hører stemmene, men si at en vet at pasienten kan gjøre det. For å kunne ha en slik dialog i et selvpsykologisk perspektiv tror jeg det er viktig å ha en god relasjon med pasienten. Har man en god relasjon vil kanskje pasienten støtte seg til sykepleierens utsagn og sykepleieren kan da være et idealiserende selvobjekt. Dersom en ikke er trygg på hvilken relasjonen en har med pasienten tenker jeg en bør være forsiktig med å si at en ikke hører stemmer. Da kan

pasienten oppleve å bli avvist på sine opplevelser og som tidligere nevnt at det kan tolkes som manglende inntoning. I Vatne (2006) forteller også en pasienten at det er viktig at hjelperne gir rom for å utforske psykosen sin. På denne måten vil de lære å ikke frykte den slik de kan oppleve mestring. Videre i Vatne (2006) poengteres det at å utforske og forsøke å forstå de psykotiske symptomene er viktig i anerkjennende tilnærming. Dette står i kontrast til den realitetsorienteringen jeg gjorde hos Mari. Jeg stoppet det som hun var opptatt av, altså stemmene. Kanskje var det derfor hun valgte å avslutte samtalen og ba meg om å gå etter dette. Var det en motstandsreaksjon? Jeg tror nok ikke hun følte at jeg var særlig empatisk ved en slik tilbakemelding.

Når jeg møter Mari i en annen situasjon oppleves hun roligere og mindre psykotisk. Jeg møter henne inne på rommet og spør om det er noe hun ønsker å snakke om. Dette er et åpent spørsmål som er viktig i flere terapeutisk perspektiv deriblant selvspsykologien. Med et slikt spørsmål legger ikke jeg føringen på hva vi skal snakke om, det er helt opp til Mari. Mari sier at hun savner sønnen sin som er i fosterhjem. Når Mari nevner sønnen tenker jeg at det er et tema hun ønsker å snakke om. Ved at jeg fortsetter på dette temaet og ikke kommer med noen nye så tenker jeg at Mari kan oppleve en empatisk inntoning da jeg inntoner meg på det hun synes er viktig her og nå. Ifølge Karterud og Monsen (1997) er opplevelsen av å bli møtt med en empatisk holdning viktig for utvikling av selvet. Jeg spør henne hvilken opplevelse det gir henne å være sammen med sønnen, og hva hun tror må til for at hun skal få gjenoppta denne kontakten. Med slike spørsmål forsøker jeg å få tak i opplevelsene Mari har, slik hun kan reflektere litt over hva hun selv må gjøre for å oppnå dette. Dette kan ifølge Vatne (2006) kalles undrende refleksjon. Under samtalene med Mari forsøker jeg også å fange opp hennes non verbale språk slik at dersom jeg for eksempel har en opplevelse at hun er sliten så spør jeg henne om det. På den måte kan hun oppleve forståelse og dermed empati. I selvspsykologien er en opptatt av å finne ut noe om relasjoner en har/har hatt rundt seg. Mari forteller om tiden da hun hadde sønnen boende hos seg. Forteller at hun da gikk på skole og at hun var flinkest i klassen. Jeg sier at det er veldig flott. Gjennom den uttalelsen kan en høre at Mari har ressurser og en kan jobbe videre med disse.

Gjennom samtalene med Mari kan en anta at hun har hatt manglende adekvate selvobjekt rundt seg. Ifølge Hartmann (2000) trenger selvet et nærrende selvobjektstiljø der en blir møtt på behov for tilknytning, fellesskap og forståelse for at selvet skal utvikles til et

selvregulerende system. Dersom Mari ikke har hatt et slik selvobjektmiljø kan det ha medført at hun ligger lavt på den grandiose og idealiserende polen. Kohut mente at vi alle er på den grandiose polen og dersom livet blir snudd ”opp- ned”, eksempelvis en ulykke vil en kunne bevege seg nedover på polen. Ved å møte personen med empatisk inntoning i relasjonen vil en kunne hjelpe personen oppover på polen igjen. Mari har sannsynligvis også hatt mange brutte relasjoner både i forhold til venner (rusvenner), familie og muligens i hjelpeapparatet. Dette kan ha ført til selvobjektssvikt hos Mari som i følge Karterud og Monsen (1997) gjør at en kan føle seg fragmentert og negative følelser tar overhånd. Når dette skjer gjentatte ganger og i tillegg til rusmisbruk kan dette ha medført psykoseutvikling hos Mari. Hun har også vokst opp med foreldre som har ruset seg og det kan ha medført at hun har opplevd en feilinntoning som igjen har gjort at hun ikke vet helt hva som er riktig eller galt.

Dersom Mari ønsker det kan en gå videre i samtale og se om en kan finne noen speilende og idealiserende selvobjekt i nettverket hennes. Mari har også fortalt at hun har solgt sex for å få penger til å finansiere rusmisbruket sitt. Kanskje kan det tenkes at hun gjennom salg av sex også har søkt bekreftelse, omsorg og dermed speilende selvobjekt. Det er nok lite trolig at hun har oppnådd denne bekreftelsen og det kan igjen ha ført til at hun har falt lenger ned på den grandiose og idealiserende polen.

Mari kom med sterke fortellinger under samtale våres. Jeg kjente at det gjorde noe med meg og sa til henne at opplevelsene hun bærer på må være veldig tøffe. Jeg kunne sagt at jeg selv kunne tenke meg hvordan det ville vært om det var meg, men følte at det ikke hadde vært riktig inntoning. Hun ville kanskje ha reagert med irritasjon og ha sagt ”at ingen vet hvordan dette oppleves bortsett fra meg”. Selv om en ifølge Hartmann (2000) bør plassere seg i den andres ”sko” og på den måten ha empatisk forståelse. Jeg følte at det ville være å bagatellisere hennes opplevelse med å si at jeg kunne tenke meg hvordan det ville vært om det var meg. I samtalen valgte jeg å bekrefte og anerkjenne Mari med å si at opplevelsene hennes gjorde sterkt inntrykk på meg og sa at ”det må ha vært veldig tøft for deg ha det slik”. På den måten gav jeg nok henne en følelse av å bli forstått noe som styrket selvet hennes. I samtale med Mari har jeg nok vært både et speilende og idealiserende selvobjekt da jeg har forsøkt å akseptere hennes opplevelser og følelser. Jeg har forsøkt å fange opp det hun har formidlet og forsøkt å skape trygghet, tillit og gi støtte. I forhold til ”følt” empati er det en subjektiv opplevelse som bare Mari kan si noe om, men

en kan merke tegn i den verbale og non verbal kommunikasjonen som jeg mener det er viktig å fange opp.

4.2 Refleksjoner over bruk av tvang og makt

Etisk forståelse er med på å klargjøre hvilke normer, holdninger og verdier som legges til grunn i et samfunn. Pasienter som er innlagt på tvangsparagraf behandles i de aller fleste tilfeller mot sin vilje og har blitt fratatt sin frihet. Psykisk helsevernlov (2006) er klar på at det er grunnlag for innleggelse etter tvangsparagraf dersom pasientens helsetilstand av lege vurderes slik at han har en alvorlig sinnslidelse som står i fare for å forverres og/eller at han er til fare for seg selv eller andre. Når sykepleier ivaretar pasienter med rusutløst psykose har jeg erfart at det ofte er tvang med i bildet og ofte blir det anvendt tvangsmidler i behandlingen noe som også Evjen m.fl (2012) bekrefter.

Sykepleiers menneskesynet er ifølge Kristoffersen m.fl (2005) humanistisk, noe som betyr at mennesket settes i sentrum. Arbeidet med tvangsinnlagte pasienter med psykose står i verdikonflikt med sykepleiers humanistiske menneskesyn der en mener at mennesket kan ta ansvar for egne valg, handlinger og er i stand til å ta vare på egen helse. Tvang og tvangsmidler oppfattes som disiplinerende i forhold til at en spesiell atferd er ønsket. Det kan oppfattes slik at mennesket ikke er i stand til å ivareta egen helse. På bakgrunn av dette må sykepleier være deltagende i forhold til avgjørelser til beste for disse pasientene til de gjenvinne sin selvinnsett basert på medmenneskelighet, fag-, etisk og juridisk kunnskap. Det er imidlertid viktig at enhver som er i kontakt med denne pasientgruppen reflekterer over måten de anvender makt og utøver skjønn i en hver situasjon da sykepleiers humanistiske grunnlag ifølge Kristoffersen m.fl (2005) slår fast at ethvert menneske er unikt. Pasienter som er tvangsinnlagt behandles mot sin vilje og har blitt fratatt sin autonomirett. I slike situasjoner menes det at helsepersonell vet bedre enn pasienten hva som er hans beste og handler ut fra skjønn og interesse for pasienten. Ifølge Brinchmann (2005) kalles dette paternalisme og kan til nød brukes når pasienten er ute av stand til å vurdere sitt eget beste. Dette mener jeg stiller store krav til sykepleier som ifølge yrkesetiske retningslinjer (2007) har et ansvar for å ivareta pasientens verdighet og integritet. Ifølge Svindseth m.fl., (2007) kan en frihetsberøvelse og tvangsinnleggelse oppleves svært krenkende for pasienten. Yrkesetiske retningslinjer (2007) sier at

sykepleier har en plikt til å beskytte pasienten mot krenkende handlinger og at unødig bruk av tvang skal unngås. Sett med et selvpsykologisk perspektiv vil nok tvangs behandling stå i kontrast med følt empati og inntoning hos pasienten. Pasienten vil kanskje bli møtt med både manglende inntoning hvor han/hun ikke blir møtt på sine følelser, og overinntoning der pasienten vil føle seg invadert. En kan tenke seg dette med manglende inntoning, en pasient som er tvangsinnlagt vil nok ikke føle seg møtt på sin opplevelse av hva som er det beste for han/henne. Med overinntoning mener jeg at når en pasient er tvangsinnlagt så er han/hun fratatt sin selvbestemmelsesrett og helsepersonell menes å vite bedre hva som er det beste. Da vil det være en subjekt – objekt relasjon som Vatne (2006) beskriver, hvor hjelperen fastslår hva pasientens behov er uten å spør pasienten. Dette kan skape sinne og motstand hos pasienten. For å redusere følelsen av krenkelse og forsøke å skape en subjekt-subjekt relasjon med pasienten kan en ifølge Svindseth m.fl (2007) ha en god og respektfull kommunikasjon. Med en selvpsykologisk tilnærming må en da forsøke å inntone seg så godt som mulig på pasientens følelsetilstand her og nå.

Nærhetsetikken kan ifølge Brinchmann (2005) kalles relasjonsetikk i den forstand at sykepleieres holdninger og verdier har betydning for at situasjonen skal oppleves bra for pasienten. Jeg tror at pasienters følelse av krenkelse kan reduseres ved at enhver helsearbeider reflekterer over sin egen væremåte i relasjonen med pasienten fordi hans/hennes etikk og moral vil komme til uttrykk gjennom væremåte og språk. Det å behandle pasienter med nestekjærlighet og møte de på en slik måte en selv ville bli møtt mener jeg er et godt utgangspunkt, dette er også ifølge Kristoffersen m.fl (2005) en grunnregel i sykepleiens kristne grunnlag.

Ved å tre inn i en relasjon med tvangsinnlagte pasienter har en fått ansvar og makt. Makt kan ifølge Garsjø (2001) brukes både negativ og positivt. Dersom virkningen av maktbruk fører til noe godt er det positiv maktbruk og det motsatte vil være maktmisbruk. Så maktbruk kan forsvares i den forstand at en person med psykose ikke vet sitt eget beste og en innleggelse og behandling i en psykiatrisk avdeling vil som regel føre til bedring av helsetilstanden. Ifølge (Brinchmann, 2005) blir en handling rettferdiggjort av gode konsekvenser, så arbeidet med tvangsinnlagte mennesker med psykose kan forsvares ut fra det. For konsekvensene av det motsatte kan ifølge psykisk helsevernlov (2006) være at pasienten utgjør en fare for seg selv eller andre om han ikke innlegges, og ifølge Mueser

m.fl. (2006) har pasienter med dobbeldiagnose økt fare for selvmord. Videre er det ifølge Brinchmann (2005) en overordnet etisk plikt å forsøke å forhindre at skade ikke rammer andre mennesker, så også ut fra dette prinsippet kan bruk av tvang forsvares. Det er nettopp det dette dreier seg om, en vil forsøke å hindre at skade kan oppstå som en følge av at de ikke blir innlagt. Ifølge Bjørgen m.fl (2014) er opplevelsen av tvangsbruk varierende hos brukerne. Noen mente at tvang burde vært unngått og andre mente at tvangsbehandling var livreddene og høyst nødvendig. Det kom også frem at brukerne mener det er viktig å bli møtt som en person og ikke som en sykdom. Dette krever ifølge Bjørgen m.fl (2014) at fagpersoner må se forbi diagnosen og se individet. Brukerene setter også dette med å bli møtt med respekt, forståelse av sin opplevelse og empati som sentralt. Dette er også grunnpilaren i en selvsykologisk tilnærming. Når jeg tenker på Mari så kan tvangsinnleggelsen ha hindret henne i å ta livet sitt, da hun har kommet med utsagn i samtaler at hun har planer om å ta sitt eget liv. Det kunne være interressant å høre med Mari i etterkant av innleggelsen om hennes opplevelse av tvangsbruken. Jeg vil anta at Mari har et mer nyansert bilde på innleggelsen når hun har fått den litt på avstand.

I forhold til skjerming kan en diskutere hvor bra det er for pasienten. Ifølge Bjørgen m.fl (2014) opplever flere brukere at skjerming ikke gjør de friskere. De sier de opplever det som isolasjon, og opplever at personalet ofte ikke snakker med dem. Sett fra et selvsykologisk perspektiv vil de da oppleve en manglende inntoning. Dersom pasientene opplever skjermingen som en straff eller følelse av å være i fengsel mener jeg det er viktig med en god dialog mellom pasient og personal. Da kan en forsøke å forstå pasientens opplevelse av situasjonen slik at en sammen kan komme til andre løsninger. Ved avdelingen jeg jobber brukes det relativt ofte skjerming. En kan se at pasientene skjermes av ulike årsaker, men det vanligste er at en opplever at pasienten er svært kaotisk, blamerer seg eller en tenker det er fare for utageringer. Da skjerner en pasienten både på grunn av medpasienter som kan bli redde og de-stabilisert, men også på grunn av at en opplever at pasienten blir økende urolig på grunn av ytre stimuli. Pasienten har tett oppfølging av personal ved skjerming og tilbys jevnlig samtaler. Dersom pasienten oppleves som krevende byttes det personal på skjermingen stort sett hver time. Pasienten vil da få mange personer å forholde seg til noe jeg tenker kan vanskliggjøre det å få en god relasjon. Pasienten kan da bli mer kaotisk og kanskje kan han eller hun tenke at de ”orke” meg ikke. Kanskje er dette en måte han eller hun er blitt møtt på før som de nå opplever igjen? Sett med et selvsykologisk perspektiv kan dette føre til dårlige selvobjekstopplevelser og

de vil nok ikke føle seg forstått eller bekreftet. Sett fra personalets side så kan møte med krevende pasienter på skjermingen være tøft og en kan bli sliten. Når en blir sliten kan det være vanskelig å opprettholde en empatisk holdning, noe som er det essensielle i selvsykologien, og pasienten kan da oppleve både feilinnstilling og manglende innstilling.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å se nærmere på ”Hvordan kan sykepleier med utgangspunkt i et selvpsykologisk perspektiv ivareta pasient med rusutløst psykose på skjerming?”.

Oppgaven viser at en rusutløst psykose behandles som psykose generelt. Videre er en subjekt-subjekt relasjonen og inntoning på pasientens følelsetilstand helt sentral for at pasienten skal oppleve empati som igjen kan styrke selvet. Det motsatte vil være at pasienten opplever en subjekt-objekt relasjon og former for feil inntoning. Da kan pasienten oppleve selvobjektssvikt dersom kjerneselvet ikke er godt nok utviklet. Det kom også frem at det er viktig å reflektere over situasjoner som kan oppstå i møtet. Det å forsøke å utforske motstandsreaksjoner er viktig i et selvpsykologisk perspektiv. Da kan en reflektere sammen med pasienten over hva det var som skjedde. Å speile pasientens opplevelse er også sentral. Ved speiling tar en opp igjen det pasienten uttrykker samtidig som en bringer inn noe av sin egen opplevelse. På denne måten kan pasienten oppleve å bli forstått og bekreftet.

Realitetsorientering har vært mye brukt i møte med psykotiske. Begrunnelsen kan være at man ikke skal følge pasienten i psykosen. Oppgaven viser at en skal være varsom med realitetsorientering da pasienten kan oppleve at de ikke blir forstått og får bekreftelse på sin opplevelse. Pasienten kan da oppleve en feilinntoning. Å møte pasienten på det han/hun føler er viktig her og nå er helt sentralt. Det å føle empati er en subjektiv opplevelse som bare pasienten kan si noe om.

I forhold til min arbeidshverdag i døgnenhet ser jeg klart at det å bruke en selvpsykologisk tilnærming til pasienten vil være bra, men ser at det også kan bli utfordrende å kun bruke et perspektiv da tilstanden til pasienten hyppig kan endre seg. Utfordringene i et selvpsykologisk perspektiv er å opprettholde en empatisk holdning da oppgaven viser at dersom en for eksempel er sliten og oppmerksom ikke alltid vil klare å ”stille” seg inn på pasientens følelsetilstand. Dette kan igjen føre til selvobjektssvikt dersom pasientens kjerneselv ikke er godt nok utviklet. Jeg tenker at det vil være gunstig å benytte deler av flere perspektiv når en jobber i avdeling.

Arbeidet med tvangsinnlagte pasienter med psykose står i verdikonflikt med sykepleiens humanistiske menneskesyn der en mener at mennesket kan ta ansvar for egne valg, handlinger og er i stand til å ta vare på egen helse. Sett med et selvpsykologisk perspektiv vil tvangsbehandling stå i kontrast til følt empati og inntoning hos pasienten. Da er det viktig at sykepleier forsøker å inntone seg så godt som mulig innefor de rammene en har. Oppgaven viser at brukere har varierende syn på tvangsbehandling, men opplevelsen av å bli møtt som en person og ikke som en sykdom er sentral. Brukerne mener også at det er viktig å bli møtt med respekt, empati og forståelse. Det kom også frem at flere brukere opplever at skjerming ikke gjør dem friskere og at de kan oppleve det som en straff. De fremhevet at det å få samtaler med personalet på skjermingen var viktig.

Forslag til videre forskning kan være å se nærmere på hvordan pasienten ser på dette med hyppige skifte av personal på skjermingen. Hvordan opplever de disse skiftene? Videre kunne en også ha forsket på hvordan det oppleves for personalet. Klarer man å etablere en god relasjon med pasienten når en er hos han eller henne bare i korte bruddstykker?

6.0 Litteraturliste

Berg J.E., Eikeseth P.H. og Johnsen E. (2007). *Akutt psykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Biong S. Og Sælør K.T. (2011). *Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen*. Sykepleien Forskning, 6 (2), s. 168 – 174.

Brinchmann B. S. (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Cullberg J. (2006). *Dynamisk psykiatri*. Otta: Tano Aschehoug.

Evjen R., Kielland K.B. og Øiern T. (2007). *Dobbelt opp – om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fekjær H.O. (2004). *Rus*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Garsjø O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte – en introduksjon for helse og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Gråwe R.V. og Ruud T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. Oslo: SINTEF Helse. STF78 A06003. Tilgjengelig fra:
<http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A59>

Hartmann E. (2002). Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi. I *psykoterapi og psykoterapiveiledning*, Arne Holte, Geir Høstmark Nielsen og Michael Helge Rønnestad, red., 17-44. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummevoll J.K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Johansson H. og Eklund M. (2003). *Patients opinion on what constitutes good psychiatric care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 17, 339-346.

- Karterud S., Monsen J. (1997). *Selvpsykologi – utvikling etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen N. J., Nordtvedt F. Og Skaug E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie – bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Medlex Norsk helseinformasjon (2006). *Helsepersonell- og pasientrettighets – loven med forskrifter*. Otta: AIT Trykk Otta AS.
- Mueser K.T, Noordsy D.L., Drake R.E og Fox L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*.
- Bjørgen D., Stovold A., Norvoll R. Og Husum T. L. (2014). *Alternativer til tvang i et bruker- og fagperspektiv*. Erfaringskompetanse.no 2014:2. Tilgjengelig fra: http://issuu.com/erfaringskompetanse/docs/alternativer_til_tvang_-_ressurshef/1?e=10136997/6682733
- Nielsen G. H, Lippe A. L (2002). *Psykoterapi med voksne*. Oslo: Allkopi
- Norsk sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Norvoll R. (2007). *Samfunn og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schibbye A.L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Strand L., (2004). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo. Ad Notam Gyldendal.
- Svindset M.F, Dahl A. og Hatling T. (2007). *Patiens experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards*. Nordic Journal of Psychiatry 61, 47-53.
- Vatne S. (2006). *Korrigerer og anerkjenner. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

