



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Den vanskelige dobbeltrollen - terapeut og tvangsmedisinering. Hvordan forstå pasient på tvang gjennom personsentrert tilnærming?

Wanja K. Lien

Totalt antall sider inkludert forsiden: 32

Molde, 18.04.16



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 plagiattrollert 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: Solrun Brenk Rønning

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: 18.04.16

Antall ord: 10.962

Sammendrag

Valget av tema for denne oppgaven bygger på en oppriktig interesse jeg for andre mennesker, og hva som påvirker samspill og relasjoner oss imellom. Det er viktig for meg å se hele mennesket, og møte alle med respekt og forståelse som er likeverdig med oss selv. Samtidig ønsker jeg å tilegne meg mer kunnskap om hvordan man på best mulig måte kan møte mennesker med psykiske lidelser og de utfordringer som følger med deres livssituasjon.

Gjennom min yrkespraksis så har jeg blant annet opplevd tvangssituasjoner og tvangsmedisinering, der klienten av forskjellige grunner har motsatt seg, ikke har ønsket eller sett behovet for det. Samtidig har jeg opplevd en slags dobbeltrolle som psykisk helsearbeider, der jeg på den ene siden var behøvd og et positivt tilskudd i hverdagen samtidig som en som stod for utførelse av tvang som opplevdes som overgrep og negativt. Utfordringene rundt denne tematikken var komplekst og nytt for meg, og gjorde sterkt inntrykk. Jeg fikk et behov for å fordype meg i dette temaet og ønsket derfor å se nærmere på hvordan dette kunne påvirke relasjonen mellom terapeut og klient.

Problemstillingen blir som følger:

Hvordan påvirkes terapeut- og klient relasjonen ved tvangsmedisinering, og hvordan møte dette med personsentrert tilnærming?

Samtidig så har jeg gjennom videreutdanningen i psykisk helse lært om forskjellige psykoterapeutiske perspektiv, og jeg har valgt å se om den personsentrerte tilnærmingen og hvordan den kan brukes til å møte klienter med denne problematikken. Den har sitt utspring av humanismens og Carl Rogers, med fokus på respekt, empati, egenverd og forståelse. Det er viktig å klare å stå i det vanskelige sammen med klienten, og slik vil det åpne seg en ny forståelse for begge parter.

Aktuell teori blir presentert, samtidig som tidligere relevant forskning blir lagt frem for å kunne diskutere forklaringer av fenomenene. Deretter prøver jeg å forstå narrativet ut ifra diskusjonsdelen, som igjen danner en ny forståelse og mening. Tre forskjellige situasjoner blir presentert, og disse blir brukt til å diskutere meg fram til hvordan tvangsmedisinering påvirker relasjonen, og viktigheten av å møte mennesker i sårbare situasjoner med forståelse, empati, respekt og likeverd. Samtidig er ekthet og kongruens elementer for å danne en god relasjon. Et godt terapeutisk resultat forutsetter et likeverdig samarbeid mellom partene. Avslutningsvis kommer jeg med forslag til videre forskning.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling	2
1.2	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.3	Litteratursøk	3
2.0	Teori	4
2.1	Etikk og tvang	4
2.2	Hvordan påvirker tvangsmedisinering?.....	5
2.3	Nyere forskning	5
2.4	Personsentrert tilnærming.....	6
2.4.1	Empati	7
2.4.2	Ekthet	8
2.4.3	Kongruens	8
2.4.4	Bevissthet om følelser	8
2.4.5	Frigjøring og vekst	9
2.5	Autonomi og brukermedvirkning.....	9
3.0	Empiri	10
3.1	Historien om Jørgen	10
3.2	Situasjon 1 – injeksjon	11
3.3	Situasjon 2 – møte med psykiater.....	11
3.4	Situasjon 3 – brevet	12
4.0	Diskusjon	13
4.1	Autonomi ved tvangsmedisinering møtt med personsentrert tilnærming	13
4.2	Fanget i et sykdomsbilde – tvang, autonomi, empati og forståelse.....	17
4.3	Ekthet og kongruens ved tvang i forhold til samspill og relasjon	21
5.0	Konklusjon	24
	Bibliografi	26

1.0 Introduksjon

Jeg har så lenge jeg kan huske hatt en oppriktig interesse for mennesker og dynamikken mellom oss. Spesielt har samspill og relasjon blitt et tema som jeg har fundert over, og hva som påvirker dette på forskjellige måter. Som vernepleier og miljøterapeut har det vært nærliggende for meg å se personen bak diagnosen og utfordringene de har, og å møte dem med en ekte interesse og tilstedeværelse, vise respekt, likeverd og forståelse. I arbeidshverdagen min har jeg møtt mange ulike utfordringer, og ikke minst mennesker i forskjellige situasjoner som jeg har reflektert mye over i ettertid. Jeg har jeg vært så heldig å få lære mer om samspill og relasjon på forskjellige måter, og velger å fordype meg i en av relasjonen som jeg ønsker å reflektere mer rundt. I studiet psykisk helsearbeid så har jeg i tillegg også fått kjennskap til det humanistiske perspektivet med personsentrert tilnærming, med sentrale begreper som empati, ekthet og uforbeholden forståelse. Dette er et perspektiv som treffer mine livsverdier godt, og er noe som jeg ønsker å fordype meg i.

Mennesker med psykiske vansker er i en veldig sårbar situasjon, og er ofte prisgitt oss som hjelpere og det vi bringer inn i situasjonen. Det skapes både positive og negative følelser hos hjelperne i møtet med psykiske lidelser (Vatne 2012). Tvang i psykisk helsevern oppleves ofte veldig ulikt av den som utfører det, og pasienten som opplever det. I jobben min har jeg erfart dette, og hvordan det kan oppleves for terapeuten å havne i en slags dobbeltrolle. Ikke minst må det oppleves som en dobbeltrolle for pasienten som blir utsatt for dette. Samtidig som man forstår det overgrepet pasienten synes det er å bli tvangsmedisinert for eksempel med injeksjoner, så kan jeg også forstå hvorfor og på hvilken bakgrunn tvangsvedtaket er fattet. Det kan oppleves som konfliktfylt å bruke tvang i behandling av pasienter, fordi at man ofte står mellom ytre press fra miljøet og en indre usikkerhet på nødvendigheten av tvangen. Det er vanlig at følelsen av nedverdiggelse for begge parter er tilstede i tvangssituasjoner (Vatne 2012).

For pasienter som er utskrevet på tvunget psykisk helsevern, så ligger der en noen rammer for hvordan livet skal leves etter utskriving. Ikke alle pasienter er enige i vedtakene, og føler det som en inngripen og av og til overgrep i hverdagen hjemme. Derfor er det viktig å forstå og sette seg inn i hvordan dette oppleves for den enkelte, og sørge for å legge til rette for fokus på de tingene de kan bestemme selv og å mestre det å skulle leve under tvunget psykisk helsevern. Tillit er et nøkkelord for å skape en god terapeutisk relasjon, og for å oppnå dette så er det viktig som psykisk helsearbeider å møte pasientene med interesse, empati og aktiv

forståelse (Benum, Axelsen og Hartmann 2013). Jeg vil prøve å belyse hvordan vi som psykisk helsearbeidere på best mulig måte kan møte pasienter som ikke ønsker å bruke medisin. Ønsket er å forstå bedre hvordan tvangsmedisinering påvirker pasient- og terapeut relasjonen, og hvordan vi best kan møte og motivere pasienten ved å bruke terapeutiske virkemidler i form av humanistisk perspektiv med personsentrert terapi. Dette leder opp til følgende problemstilling;

1.1 Problemstilling

Hvordan påvirkes terapeut- og pasient relasjonen av tvangsmedisinering, og hvordan møte dette med personsentrert tilnærming?

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Denne oppgaven tar utgangspunktet i et narrativ med tre situasjoner, for å vise helheten av å stå på tvang. Vi møter en person med diagnosen bipolar type I, og som har hatt flere fullt utviklede maniske episoder som har ført til innleggelse. Maniske personer kjennetegnes ved økt stemningsleie og selvtillit, mindre behov for søvn, ukritiske tanker til egne begrensninger, tankeflukt og distraksjon, talepress, overdrevent engasjement, psykomotorisk agitasjon og økt målrettet aktivitet (Dahl og Aarre 2012). De maniske episodene har fått store konsekvenser, og har blitt avløst av depresjoner. Depresjon kjennetegnes ved senket sinnsstemning, redusert energi eller en nedsatt oppleveling eller interesse for glede (Dahl og Aarre 2012). I oppgaven vil jeg ikke gå mer inn på selve diagnosen, og er begrenset til å fokusere på tanker rundt fenomenene i narrativet. Dette på grunnlag av at diagnose ikke har noen sentral posisjon i det personsentrerte perspektivet. Denne historien har gjort et sterkt inntrykk, og bidratt til refleksjon over makten vi som hjelpere har. Ikke minst hvordan relasjonen mellom klient og terapeut påvirkes av denne makten, og de forskjellige aspektene ved å bli utsatt for den og å skulle utføre den. Hva gjør det med meg? Hva gjør det med pasienten? Hoved essensen i oppgaven vil være hvordan jeg som hjelper kan møte den andre som trenger min hjelp, og reflektere over fenomenet i møtene med klienten som kan bidra til ny innsikt i temaet.

Personen som jeg skriver om i denne oppgaven er under behandling etter §3-3. *Vedtak om tvungen psykisk helsevern*. Han er underlagt §4-4. *Behandling uten eget samtykke*, gjeldende punkt a. Pasienten kan behandles med legemidler uten samtykke. Før tvangstiltaket settes inn så skal frivillige tiltak være utprøvd eller tilbudt pasienten, og det er viktig at tiltaket samlet sett er pasientens beste (Cullberg 1999).

1.3 Litteratursøk

I det innledende litteratursøket ønsket jeg å danne meg et bilde av det som allerede var skrevet om temaet, og søkte gjennom skolens nettside for biblioteket Bibsys. Søkeord som ble brukt: personsentrert perspektiv, Humansism, Carl Rogers, tvang, tvangsmedisinering, involuntary medication og Person Centered Therapy. For å finne relevant forskning om tvang og tvangsmedisinering sammen med bruk av personsentrert psykoterapeutisk perspektiv, så ble det søkt i databasene Oria.no, idunn.no, Helsebiblioteket, Norart, Google Scholar, Academic Search Premier og Science Direct.

Det ble fortrinnsvis søkt etter litteratur fra 2006 til dagens dato, og det ble valgt ut relevant litteratur på grunnlag av tittel på artikler. Videre ble det endelige utvalget plukket ut etter en gjennomgang av innholdet i disse. Det ble haket av for vitenskapelige og fagfelleverderte artikler, noe som betyr at artiklene er godkjent av andre forskere (Dalland 2012). Det viste seg at for å finne de rette engelske artiklene som støtter oppom problemstillingen, så måtte jeg søke på forfatternavn i Google Scholar.

I forhold til temaet, så var det to artikler som pekte seg ut som spesielt interessante. Disse blir brukt som grunnlag for å sette fokus på problemstillingen, og som datamateriale i drøftingen. Artiklene er vitenskapelige og fagfelleverderte forskningsartikler, og er hentet fra tidsskrifter innen psykologi og psykiatri, som Journal of Contemporary Psychotherapy, Psychiatry Research og Tidsskrift for psykisk helsearbeid.

Selve søket:

- Database: Idunn.no
 - Søkeord: tvangsmedisinering
 - Begrensinger: 2006-2016, fagfelleverdert, Helse- og sosialfag og Tidsskrift for psykisk helsearbeid
 - Treff: 29
 - Utvalgt: 1: Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand – Erfaringer fra feltarbeid av Toril Borch Terkelsen
 - Publisert: Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, vol.9, nr.2
-
- Database: Google Scholar
 - Søkeord: Humanistic + psychotherapy = treff: 69.000, deretter Cain = treff: 2970

- Begrensninger: 2006-2016
- Utvalgt 1: andre artikkelen i søket; What every therapist should know, be and do: Contributions from humanistic psychotherapies, av David J. Cain
- Publisert: Journal of Contemporary Psychotherapy, Mars-07, Volum 37, Issue 1 pp.3-10

2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg definere og presentere noen begrep som er spesielt relevante for min problemstilling. Jeg har valgt å se nærmere på hvordan det å bli utskrevet på tvunget psykisk helsevern og bli tvangsmedisinert og ha oppfølging med psykisk helsetjeneste kan påvirke relasjon og samhandling mellom terapeut og klient. Videre ser jeg litt på etikk og tvang, og hvordan autonomi og brukermedvirkning kan ivaretas ved tvang. I samhandling med andre mennesker så ser jeg på empati, ekthet og uforbeholden forståelse som grunnleggende og viktig for å skape tillit og gode relasjoner. Derfor har jeg valgt å se nærmere på det personsentrerte perspektivet, som har dette som viktige elementer i seg. Nyere forskning som er relevant om tema og problemstillingen blir også presentert kort.

2.1 Etikk og tvang

Makt er gjeldende i interessekonflikter mellom forskjellige aktører som for eksempel pasienter og helsepersonell, og dette maktforholdet trenger ikke nødvendigvis å være utelukkende negativt. Makt er ofte grunnleggende i alle relasjoner mellom mennesker, når vi velger å vise andre tillit (Mesel og Leer-Salvesen 2013). Et av de største etiske problemene i psykiatrien er tvangsbehandling, og på grunn av den store ubalansen i maktfordelingen så føler pasientene seg totalt maktesløse (Gøtzsche 2015). Det er alltid vanskelige avgjørelser og etiske dilemmaer i forhold til å jobbe med mennesker som grunnet sin psykiske tilstand ikke nødvendigvis kan ta rette avgjørelser for seg selv og av og til være til fare for seg selv om andre. Viktige ting kommer ofte i konflikt med hverandre i slike avveielser, og det oppstår dilemmaer rundt autonomi, etiske normer og rettsikkerhet (Snoek og Engedal 2004). Dersom vi ser på etiske dilemmaer i forhold til moral, regler og nytteverdien av medisinerer, så kan de ulike prinsippene ofte komme i konflikt med hverandre. Det er viktig at vi som jobber som psykisk helsearbeidere ikke lar våre egne motiv og ønsker om å gjøre det rette, gå på bekostning av pasientens autonomi og rettsikkerhet. Like viktig er det å ikke fraskrive oss vårt ansvar gjennom pasientens autonomi (Snoek og Engedal 2004). Det er ofte vanskelige avveininger og etiske

dilemmaer rundt å arbeide med mennesker som har vansker med å ivareta sitt eget beste, eller som kan være til fare for andre på grunn av sin sykdom. Det er vanskelig å vite hva so skal bety mest når viktige hensyn kommer i konflikt med hverandre, spesielt også rundt psykisk syke knyttet til autonomi, rettssikkerhet og ulik vurdering av etiske normer (Snoek og Engedal 2004). Psykisk helsearbeidere vil garantert komme opp i situasjoner der pasientene konfronterer dem med så fremmede og uvirkelige verdier og virkelighetsoppfatninger at det vil utfordre deres daglige moralske orientering (Buus 2009).

2.2 Hvordan påvirker tvangsmedisinering?

«Bare soldater i krig og psykiatriske pasienter blir tvunget til å ta risiko mot sin vilje som kan koste dem livet. Dette er kanskje det sterkeste argumentet imot tvangsmedisinering» (Gøtzsche 2015). Gøtzsche (2015) nevner videre at noen psykiatriske pasienter lar være å nevne visse ting for psykiater i redsel for å få ytterligere diagnoser og mere medisin. Ofte blir pasienter som mener at det er medikamentene som forårsaker symptomene de kjenner og ikke sykdommen i første rekke, bli møtt med mer medikasjon fordi de mangler sykdomsinnsikt. Det er viktig å huske at er de psykiatriske pasientene som er eksperter på seg selv, sin kropp og følelsesliv, og at den beste løsningen ikke alltid er å sløve de ned med medikamenter istedenfor å la de medvirke i egen bedring (Gøtzsche 2015). Det finnes ingen kjemisk kur for psykiske sykdommer, og antipsykotika, antidepressiva og antiangstmedisin kan ikke helbrede oss men heller gi økt fare for psykose, angst og depresjon dersom man seponere dem. Man blir avhengig, bedøvd, avflatet følelsesmessig. Gøtzsche (2015) kaller antipsykotika for «antihumanika», fordi det tar bort evnen til å leve et normalt liv gjennom dårlig konsentrasjon og problem med å tenke klart, redusert kreativitet, følelses- og sexliv. De alvorlige psykiske lidelsene er oftest tilbakevendende og langvarige, og det er få som blir varig friske. Mange av de som blir behandlet har ingen nytte av det, og selv om lidelsene holdes i sjakk med medisiner så vil de ofte måtte leve med nedsatt funksjonsevne og restsymptomer (Aarre, Bugge og Juklestad 2009).

2.3 Nyere forskning

Terkelsen og Larsen (2012) har publisert artikkelen «Tvangsmedisinering som permanent uttakstilstand», der de tar for seg hvordan tvangsmedisinering praktiseres og oppleves av pasienter og ansatte. Den bygger på feltstudier i en lukket akuttpsykiatrisk døgnenhet, men jeg velger å bruke det som kommer frem i artikkelen rundt hvordan det oppleves å bli tvangsmedisinert og skulle være den som utfører tvangen. Tvangsmedisinering oppleves

ofte som smertefullt for pasientene som utsettes for det, og de fremhever opplevelsen av panikk, overgrep, følelse av å dø og en krenkelse av integriteten som essensielt. Både pasienter og psykisk helsearbeidere opplevde en avmakt i forbindelse med tvangsmedisineringen, selv om personalet forvarte seg bak at det var nødvendig.

Cain (2007) har skrevet artikkelen «What every Therapist Should Know, Be and Do: Contributions from Humanistic Psychotherapies», som går i dybden på hvordan empati kan påvirke den terapeutiske relasjonen på en positiv måte. Den er baserte på Carl Rogers sine ideer om den beste form for psykoterapi, der man fokuserte på viktigheten av å lytte og prøve å forstå klientens subjektive verden. Det er viktig å lytte følsomt og gi empatiske tilbakemelding, og støtte opp om klientens ønske om å bli forstått og akseptert av en terapeut som er til å stole på og som gir håp for forandring (Cain 2007).

2.4 Personsentrert tilnærming

Personsentrert terapi har sitt utspring i humanistisk psykologi, som igjen stammer fra hermeneutikken, fenomenologisk og ekstensialistisk filosofi. Carl Rogers (1902 – 1987) var med å utvikle den personsentrerte tilnærmingen, og la vekt på at selvet alltid ønsker å skape en overensstemmelse mellom jeget og den verden vi erfarer. Dette igjen danner grunnlaget for fravær av angst, og en ytre og indre frihet. Dersom overenstemmelsen er mangelfull, så kan konfliktområder fra barndommen som pasienten ikke er bevisst på kunne aktiveres. Dette vil fremtøne seg som splittelse og angst (Haugsgjerd, et al. 2012). Den personsentrerte terapien verdsetter å møte pasientene som et subjekt og ikke et objekt. Et menneske vil kun greie å oppnå lykke og sunnhet gjennom selvaktualisering basert på naturlige verdier som kjærlighet, kreativitet og anerkjennelse. For at dette skal oppnås så må det være helt fritt for begrensninger. Hemmende og negative miljøfaktorer bidrar til sinne og destruktivitet (Haugsgjerd, et al. 2012). Humanistisk psykologi fremhever menneskets erfarte og subjektive verden, og mener at hver person er unikt og har et grunnleggende behov for selvrealisering. Klienten sin situasjon er den kroppslige og emosjonelle opplevelse her og nå, og når han opplever utfordrende og vanskelige situasjoner så er dette fordi at den personlige utviklingen har blitt bremsset og trenger hjelp til å komme videre. Relasjonen mellom terapeut og klient er av stor betydning og ses på som likeverdige. Oppgaven til terapeuten blir å fordre muligheter for opplevelse av ny frihet og ansvar, og det blir viktig å tenke holistisk gjennom en felles forståelse av klienten som et helt menneske (Haugsgjerd, et al. 2012). Humanismen sier også at ved å nyte de varierte og verdifulle mulighetene som verden har å by på, så vil man kunne finne plass for rom og mening for sine liv (Lamont

1988). Behandlingen har som mål å styrke de delene i personligheten som gjør det vanskelig å leve selvstendig og ta egne valg og å utvikle dets egne ressurser, ikke å jobbe med konflikter (Cullberg 1999). Møtet mellom terapeut og klient kjennetegnes videre av en ekthet og nærhet, og forutsetter en gjensidig akset og respekt for hverandre. Spesielt viktig for Carl Rogers (1966) sin terapi er at terapeuten skal vise en positiv, varm og aksepterende terapisisituasjon, og oppmerksomt la klienten selv jobbe med sine tanker og funderinger og gjennom å reflektere over det som kommer fram hjelpe klienten til å bli bevisst seg selv og sin opptreden (Haugsgjerd, et al. 2012). Rogers fremhevet viktige begreper som empati, ekthet og uforbeholden forståelse for den andre, i tillegg til å ta imot den andre i relasjonen, være kongruent og bevisst om følelser og frigjøring av vekst.

2.4.1 Empati

Å være empatisk er å forstå hvordan andre mennesker har det, og handler om å innta den andres rolle og perspektiv samtidig som man holder en viss avstand for å ivareta egen autonomi (Mesel og Leer-Salvesen 2013). Empati trenger ikke å bety det samme som sympati, men sier noe om forskjellen mellom deg selv og de andre. Dette betyr at man kan leve seg inn i en sinnstemning hos andre, som ikke trenger å være ensbetydende med at vi er enig. Vi blander ikke nødvendigvis inn våre egne følelser og behov, men viser gjerne vår forståelse gjennom respekt og oppmerksomhet (Cullberg 1999). All menneskelig interaksjon inneholder en eller annen form for empati. Bruk av empati i psykoterapeutiske forhold kjennetegnes av en varig fordypelse på et empatisk nivå, som ønsker å oppnå en helhetlig forståelse av følelser og tanker. Dette er noe mer og dypere enn å bare være oppmerksomt lyttende, vise forståelse og ha innlevelsessevne (Karterud og Monsen 2005). Terapeuten i personsentrert psykoterapi må oppleve klientens oppriktige smerte og fortvilelse, på samme tid som de distanserer seg fra kraften og intensiteten bak følelsene. Det er viktig for terapeuten å kunne styre sine egne følelser, for å kunne være en person som klienten kan støtte seg til. Videre må han kunne både gjenkjenne og oppleve klientens emosjoner samtidig som han helt klart ser veien videre for klienten. Ved å gi klienten tilbakemelding i form av bilder om hvordan han fremstår samtidig som han får et inntrykk av hvordan han har mulighet til å bli (Haugsgjerd, et al. 2012). Retningen sier videre at terapeuten må kunne uttrykke negative følelser som utløses av pasienten slik at pasienten føler en ekthet i forholdet (Haugsgjerd, et al. 2012). Møtet mellom oss måtte være likeverdig og forutsatte en gjensidig respekt og aksept for hverandre. Hans problemer var ikke avvik

men viste heller en vanskelig livssituasjon, og det terapeutiske arbeidet ble å øke forståelsen for disse problemene (Haugsgjerd, et al. 2012).

2.4.2 Ekthet

Det er viktig at terapeuten i personsentrert psykoterapi er genuint og ekte tilstede for klienten, og meget oppmerksom på alle egne følelser som gjelder klientens situasjon. Han må akseptere klienten med en oppriktig interesse for at klienten skal forstå at en opplever sammen meg han. Terapeuten skal ikke være redd for å gi tilbakemelding dersom han opplever negative følelser hos klienten, dette for å oppnå ektheten i forholdet og unngå usikkerhet og mistillit. Terapeuten må være trygg på sin posisjon, tørre å stå i det vanskelige sammen med klienten og ta imot det som kommer. Man skal bevege seg i takt med det som skjer med klienten. For å fremstå som trygg nok i situasjonen, så må man være bevisst sitt eget verdigrunnlag, sin egen historie, interesser og kunnskap (Haugsgjerd, et al. 2012). Ekthet betyr at terapeuten viser en oppriktig optimisme, nærhet og interesse, og det må være en klar likestilling mellom klient og terapeut for at det skal oppstå en terapeutisk holdning. Dette igjen betyr at det foreligger en dialog, og at klient og terapeut har forskjellige men like viktige roller (Cullberg 1999).

2.4.3 Kongruens

Det Rogers legger i kongruens begrepet er at det er en samstemthet mellom følelsene som beveger seg mellom terapeut og klient og atferden han viser. Sagt på en annen måte så må det være samsvar mellom handlinger og det han som blir sagt. Terapeuten vil selv oppnå egen menneskelig vekst dersom han klarer å oppnå en kongruent terapisisituasjon. Dette blir en slags læring i å se seg selv samtidig med andre, og blir en slags modningsprosess der han blir bedre kjent med seg selv. Personsentrert perspektiv sier at terapeuten selv vil oppleve en menneskelig vekst ved å ha en høy grad av kongruens. Man er i en modningsprosess, og bør gi uttrykk for egne følelser og ta imot andres følelser. Den samme modningen og veksten vil også skje med klienten, basert på en trygg og aksepterende atmosfære i relasjonen (Haugsgjerd, et al. 2012).

2.4.4 Bevissthet om følelser

Det er ønskelig at klienten i terapisisituasjonen opplever en befrielse ved å endelig ta skrittet til å kjenne på sine følelser og egen situasjon. Tanken er at klienten selv setter ord på situasjonen og slik opplever den bedre, og at terapeuten deretter gir tilbake en tydeligere versjon av opplevelsen til klienten. Man kan si at gjennom at terapeuten aksepterer og gir

tilbake klienten sine følelser og opplevelser, så lages det en klarere bevissthet hos klienten om sine egne følelser. Han blir satt i stand til å kunne erkjenne det han tidligere ikke har ønsket å vedkjenne seg (Haugsgjerd, et al. 2012). Retningen sier videre at det er viktig at terapeuten må kunne uttrykke negative følelser som utløses av pasienten slik at pasienten føler en ekthet i forholdet. Møtet må være likeverdig og preget av en gjensidig respekt og aksept for hverandre. Klientens problemer er ikke avvik men viser heller en vanskelig livssituasjon, og det terapeutiske arbeidet blir å øke forståelsen for disse problemene (Haugsgjerd, et al. 2012).

2.4.5 Frigjøring og vekst

Intensjonen til denne terapeutiske situasjonen er at terapeuten bidrar til utvikling og vekst gjennom å vise empati og uforbeholden forståelse, og være kongruent og ekte. Klienten blir satt i stand til å se seg selv med nye øyne, får et annet og mer korrekt forhold til egne følelser og selvet. Han opplever gjerne en modning og større aksept overfor andre og seg selv. Man tar alltid utgangspunkt i de ressurser som klienten har i starten og som er kommet inn på feil spor, og skaper meningen med livet gjennom å bringe frem opplevelser og følelser knyttet til dette temaet. Klient og terapeut møtes som likeverdige personer, og gjennom å forstå, beskrive og erkjenne sine livsproblemer og seg selv så oppnår de en videre bevissthet om egen selvforståelse og egne muligheter og ressurser. Terapeuten må vise sin åpenhet og ærlighet ved å være bevisst en eventuell uenighet og kunne uttrykke den. Det åpnes for samspill som er knyttet til aksept og toleranse for å både være enig og uenig, og slik testing av nye atferdsmønstre (Haugsgjerd, et al. 2012).

2.5 Autonomi og brukervedvirkning

Brukermedvirkning er sentralt i det personsentrerte perspektivet, og blir i helsesektoren definert av Vatne (2012) som samarbeid mellom pasienter og de profesjonelle om behandlingen. Dette innebærer at pasienten selv får mulighet til å påvirke behandlingen, siden de selv er den som har best innsikt i eget liv. De har retten til å selv uttrykke sine problem og samtidig medvirke til å løse dem (Vatne 2012). I den moderne helsevesenet er det i dag et krav om brukervedvirkning, men dette blir ikke alltid etterfulgt likevel. Forpliktende brukervedvirkning betyr at helsepersonell lytter til brukere og pårørende forteller om sine ønsker og opplevelser, fordi vi tjener folket best ved å styrke deres medvirkning. Det er ikke alltid samstemt hva helsepersonell og pasienter har av forventninger og oppfatninger, men det er nyttig å gi systematisk opplæring i sykdommen slik at de lettere kan gjøre velbegrunnede valg. Når pasientene vet det samme som

helsepersonell, så er det lettere å ta stilling til egen behandling. Vi må også huske på å involvere brukerne når helsetjenestene skal utvikles og planlegges (Aarre, Bugge og Juklestad 2009). Empowerment er et viktig begrep her, og defineres som det å styrke pasientens evne til å foreta valg basert på informasjon. Empowerment understreker at pasienten skal støttes til å se egne problemer og bli bevisst på sine personlige og sosiale ressurser (Snoek og Engedal 2004). Velferdssamfunnets utvikling har ført til at vi legger større vekt på individets selvbestemmelse, som betyr autonomi. En god behandling kjennetegnes av samarbeid, samtykke og retten til å bestemme over eget liv, og psykisk helsearbeid utfordres ofte til etisk refleksjon rundt hvor grensen går rundt selvbestemmelse og autonomi. Autonom betyr selvlovgivning eller selvbestemmelse, og henger sammen med menneskets forestilling om et godt liv (Buus 2009). I dette fagfeltet defineres autonomi som å ha evnen til å sette grenser rundt seg selv samtidig med å ivareta sine egne interesser, som betyr å finne en balanse mellom å være selvsentrert og selvoppgivende. Det er også spesielt viktig for den terapeutiske relasjonen at terapeuten ivaretar sin egen autonomi for å kunne være et ekte medmenneske. Profesjonell autonomi handler om å kunne være personlig uten å være privat, og å sette grenser rundt sin egen yrkesutøvelse (Snoek og Engedal 2004). Det å legge til rette for pasienters autonomi er en overordnet etikkodeks for helsepersonell, og slik sørge for at pasientene opplever selvbestemmelse gjennom å ha kontroll, samarbeid, valgmuligheter og kommunikasjon. Forståelsen for menneskeverdet forutsetter en respekt for verdiene likeverd, intergritet, egenverd og autonomi (Vatne 2012).

3.0 Empiri

I jobben så møter jeg forskjellige mennesker og like mange utfordrende skjebner og situasjoner. Noen gjør sterkere inntrykk enn andre, og krever mer av deg som fagperson og hjelper. Jeg vil presentere tre situasjoner som jeg så vil reflektere over, analysere og jobbe ut ifra for å få ny kunnskap. Navnet og noe ved rammen rundt livssituasjonen er forandret for å ivareta anonymiteten.

3.1 Historien om Jørgen

Jørgen er en mann i slutten av 40-årene, som er enslig og lever alene på et avsidesliggende sted. Han er kunstner, er relativt ny tilflyttet og har ingen familie i nærheten og et lite nettverk rundt seg. Han har vært innlagt flere ganger, sist i 6 måneder. Han hadde da levd i mani over en lengre periode, og var meget kreativ og produsert mye kunst. Han refererer til denne perioden som en av de beste i hans liv. Han er nå skrevet ut på tvunget psykisk

helsevern, med faste injeksjoner en gang per måned i tillegg til støttesamtaler med psykisk helsetjeneste en gang per uke.

3.2 Situasjon 1 – injeksjon

Jeg følger Jørgen til en avtale hos hjemmesykepleien, hvor han skal ha sin faste månedlige injeksjon med depotmedisin. Selv om han er uenig i diagnose og medisinering, så er han veldig pliktoppfyllende og møter alltid til disse avtalene likevel. Hele bilturen dit er stemningen trykket, og han virker lagt nede. Han puster som om han har angstanfall, og er bleik og ser dårlig ut. Når jeg spør hvordan han har det, så klarer han så vidt å få frem at han har en voldsom angst. Jeg sier at jeg ser at han har det vanskelig, og spør om han kan fortelle litt mer om hvordan det oppleves å skulle til denne timen. Han forteller da at han opplever å bli dårligere psykisk av å bli utsatt for dette. Det å ikke få lov å bestemme selv om og når han vil ta medisin, og ikke minst følelsen av at medikamenter skal sprøytes inn i kroppen. Han er fratatt retten til å velge for seg selv, og dette kjennes vondt og nedverdiggende. Sykepleier som skal sette injeksjonen ser hvordan han har det, og forteller han at hun synes synd på han fordi han må gå gjennom dette. Etter at han fått injeksjonen er han tydelig irritert og oppgitt. Han føler seg stigmatisert fordi han må møte på eldretunet, i tillegg blir han synes synd på og må ta sprøyter mot sin vilje. Jeg forstår alle hans følelser og prøver å møte han på dette med ubetinget empati og forståelse, men han vil ikke ha noe av det. Han sier at jeg kun er på jobb og får betalt for å være der med han, så jeg kan bare ha det så godt.

3.3 Situasjon 2 – møte med psykiater

Noen dager senere er det samarbeidsmøte med psykiater for vurdering om videreføring av tvangsvedtaket. Han er på forhånd informert om hva møtet skal handle om, og at han bør forberede seg ved å tenke gjennom hvordan han ønsker å ha det fremover. Jørgen møter en ny psykiater denne dagen, og psykiateren bruker god tid på å sette seg inn i saken og hans opplevelse av sin egen livssituasjon. Før møtet opplever jeg at der egentlig allerede er lagt noen føringer på ting han bør si for å få en bedre sak. Jeg tar meg i å ønske at han må dempe sine egne meninger om tvangen fordi jeg vet hvor høyt han ønsker å få igjen førerkortet, og hvor mye det ville bidratt positivt i livet hans akkurat nå. Det er vanskelig å føle på denne dobbeltrollen, der jeg klarer å sette meg inn i hans fortvilelse, samtidig som at jeg håper for hans del at han innretter seg til mønsteret/rammen og reglene som er laget av samfunnet fordi at dette vil gjøre det lettere for han. Jørgen er samarbeidsvillig og positiv i starten av møtet, og forteller at han er blitt litt bedre, er mindre deprimert og ikke kjenner så mye på

de vonde følelsene for tiden. Han er frustrert over at prosessen med å få tilbake førerkortet drøyer slik, og er klar over at samarbeidsvilje i en videreføring av tvangsvedtaket kan bedre sjansene for å kunne få vurdert fritak for helsekravene ifm førerkort. Psykiateren forklarer at siden hun ikke kjenner han fra før, så er hun redd for å avslutte tvangsvedtaket på nåværende tidspunkt. Han legger helt klart fram at målet hans er å bli medisinfri, og at han ikke føler seg syk og ønsker seg tilbake til tiden når han var kreativ og bra. Psykiateren sier at hun kan forstå dette, og at hun kan være med på en gradvis seponering i veldig sakte tempo for å se om det har positiv effekt på han, men er tydelig på at hun vil videreføre tvangsvedtaket i noen måneder til.

3.4 Situasjon 3 – brevet

Noen uker sener får Jørgen brev fra psykiateren. Jeg ser med en gang på hele kroppsspråket hans at noe er galt. Jeg spør hvordan han har det, og han svarer at han er ganske fortvilet og forbannet. Han har ventet hele dagen på at jeg skulle komme, slik at han kan få fortelle meg om et brev han hadde fått dagen før. Han vil at jeg skal lese det. Før jeg gjør dette så spør jeg om han ønsker eller klarer å fortelle meg hva som står der, og hva han reagerer på og som gjør det vanskelig for han. Han skjelver og er tydelig opprørt, og peker ut flere steder i brevet. Han reagerer på diagnosens benevnelse, der han føler seg sidestilt med et alvorlig sykt, uansvarlig og nesten farlig menneske. I tillegg så er det forslått om videreføring av tvangsvedtaket i 12 måneder og ikke 3 måneder slik som det var gjort av den forrige psykiateren. Videre har psykiateren skrevet en del om Jørgens dårlige sykdomsinnsikt, alvorligheten i de siste dårlige fasene, og hvor stor fare hun mener det er for at han bli syk igjen uten dette vedtaket. Dessuten var der også referert til at han tidligere hadde motsatt seg hjelpen, vært lite samarbeidsvillig og ikke ville ta imot besøk hjemme av psykisk helsearbeidere på fast basis. Han er sterkt uenig i alt dette, og føler seg stemplet, misforstått og rett og slett betydningsløs. Han er veldig forvirret over at et møte han føler gikk veldig bra, og en psykiater han fikk tillitt til, kan ha snudd dette til noe så dramatisk for han. Han gråter stille, sier han er mangler ord og er helt oppgitt. Jeg sier meg enig i de tingene han reagerer på i brevet forstår at han er opprørt, og spør om han klarer å snakke litt om de vonde følelsene rundt det. Han føler det som urettferdig og et overgrep at noen skal si at han har dårlig sykdomsinnsikt, for han føler selv at han har veldig bra innsikt. Han føler seg lurt. Han ser med triste øyne på all den halvferdige kunsten fra det gode året som står der og venter på at han skal begynne å jobbe med den igjen. Jeg forstår han veldig godt, og kjenner at den vanskelige dobbeltrollen dukker opp igjen. Jeg ser hans fortvilelse, og kjenner det på

kroppen. Jeg ville nok følt det på akkurat samme måte, som en mislykket og ubetydelig person. Helt sikkert også den samme oppgittheten, og kanskje mistet håpet om at ting skulle bli bedre.

4.0 Diskusjon

Problemstillingen i denne oppgaven tar for seg hvordan terapeut- og klient relasjonen blir påvirket av tvangsmedisinering, og hvordan dette best kan mestres ved å bruke personsentrert tilnærming. I diskusjonsdelen vil jeg prøve å analysere problemstillingen ved hjelp av valgt teori og personsentrert perspektiv sin måte å se og møte fenomenene på. Ved å belyse sentrale poenger i narrativet gjennom bruk av personsentrert tilnærming, så ønsker jeg å skape en ny mening.

4.1 Autonomi ved tvangsmedisinering møtt med personsentrert tilnærming

Det psykiske helsevesenetsnet i Norge har en mulighet til å utøve sosial kontroll og makt overfor klienter og pasienter. Dette medfører et veldig stort ansvar på personalet i forhold til hvordan de skal utøve den makten de faktisk innehar, med fokus på samhandling og kommunikasjon med pasientene. Det er viktig at vi forstår hva som skjer i samspill med andre mennesker, for å forstå seg selv og den andres opplevelse. Vi som psykisk helsearbeidere må legge til rette for god kommunikasjon når vi går inn i relasjonen, og sørge for å møte den andre som et selvstendig individ ved å vise respekt for den andres integritet og selvbestemmelse (Røkenes og Hanssen, Bære eller briste 2010).

En av disse formene for makt er tvungen medikamentell behandling, som her betyr at Jørgen ikke kan velge bort tabletter og injeksjoner. Noen har vurdert han til å være for syk til å kunne ivareta seg selv og dette valget selvstendig, og han er veldig klar på at dette forringer hans livskvalitet. Han føler seg dårligere både fysisk og psykisk av å påføres dette, og opplever det som et overgrep. Funn i en nyere norsk studie fra feltet støtter opp under dette, og sier at pasienter som utsettes for tvangsmedisinering ofte opplever en følelse av avmakt i møtet med behandlingsapparatet i psykiatrien, og kjenner seg små og ubetydelige i forhold til fagfolkene (Terkelsen og Larsen 2012). Selv om vi som psykisk helsearbeidere kan forstå hvorfor medisineren er nødvendig, så betyr ikke dette at vi ikke kan møte Jørgen på hans motstand mot medikasjonen og opplevelse over bivirkninger både fysisk og psykisk. Derimot tenker jeg at dersom han blir møtt med personsentrert perspektiv, så vil mulighetene åpne seg for at han vil føle seg ivaretatt, sett og respektert. Dette kan gjøres konkret ved å

lytte empatisk og vise uforbeholden forståelse for det vanskelige i hans situasjon, og slik kunne bidra til at han får en større innsikt i egne følelser og tanker rundt det han opplever som vanskelig akkurat der og da. Vi viser at vi aksepterer og respekterer at han ikke ønsker å ta medisin, og at han synes dette er vanskelig. Jeg kan speile hans følelser for å prøve å forstå hans opplevelse av situasjonen, og møte han der han er med ekthet og omsorg. Det viktige er at han føler seg sett, forstått og respektert, og slik får en ny virkelighet og opplevelse av sin egen situasjon.

I følge Cain (2007) så er det viktig for terapeuten i personsentrert retningen å forstå klienten bedre for å kunne vite hvordan best mulig hjelpe. Da er det effektivt å lytte undrende, slik at vi finner ut hvordan best gi dem tilbakemelding. Klienten er avhengig av vår empatiske lytting og ønske om å forstå, og vår evne til å kommunisere vår forståelse av vår opplevelse av deres selvoppfatning. En viktig faktor ved å lytte empatisk er å unngå å tenke diagnose, noe som krever streng disiplin. Det er viktig å unngå alle unødige støyfaktorer rundt, og fokusere på klienten med nye og nysgjerrige øyne og ører.

Jørgen forteller meg at han gruer seg så sterkt for hver injeksjon at han omtrent ikke får sove, og at det gir han angst både i dagene før og etterpå. I ettertid så ser jeg at måten jeg møtte han på når vi skulle til injeksjon ikke var optimal, og at jeg ble litt overrumplet over hans sterke uttrykk for frustrasjon og fortvilelse. De vanskelige følelsene ble på en måte overført på meg slik at jeg ble låst som terapeut, og istedenfor å rulle med det vanskelige så fikk jeg et behov for at situasjonen skulle bli mer positiv. Cain (2007) sier at ved vanskelige situasjoner i den personsentrerte terapien, så er det akseptert å gi klienten tilbakemelding på hvordan dette opplevdes for deg og hvilke følelser det gav. Ved å fortelle det tilbake akkurat slik du hørte og opplevde det, så kan det gi klienten en ny forståelse av situasjonen. Når man forteller om sine følelser, så inviteres klienten til å delta i det med nysgjerrighet og oppdage ny mening. Følelser er kroppens måte å uttrykke opplevelser på, og forteller oss hva som er viktig, rett, galt, nødvendig og hva som kommer til å skje (Cain 2007).

Jeg ser nå at en bedre løsning ville være å møte han personsentrert ved å legge til side den forforståelsen og tankene jeg hadde med meg inn i situasjonen. Jeg burde passe på å ta imot han slik personsentrert retning fremmer, der han var med respekt og verdighet, og slik gjøre at han fikk en bedre forståelse for valgmulighetene han hadde i forhold til de sterke følelsene som gav seg utslag i angst, frustrasjon og sinne.. Når jeg kjente på de vanskelige følelsene

som ble overført til meg, så skulle jeg brukt min livserfaring til å ta imot hans reaksjoner med ekthet og kongruens som gjorde at han følte at jeg var der fullt og helt for han. Når man opplever en slik grad av nærhet og ekthet, så vil dette føre til ny mening for klienten. Etter hvert ville han komme frem til løsninger selv, og slik få fokus på egen mestringsevne. Tvangsmedisineringen ville ikke nødvendigvis definere han som menneske, og han ville etter hvert se at der faktisk er ting han kan bestemme selv om det ikke akkurat er dette. Det ville være viktig at han aksepterte seg selv som god nok for å mestre denne situasjonen.

Det å skulle være psykisk helsearbeider i en slik situasjon er utfordrende og tidvis vanskelig, jeg opplever det av og til om en dobbeltrolle. På den ene siden så kan jeg helt klart forstå hvorfor Jørgen bør ha medisinene sine, og hvorfor vedtaket er fattet. Jeg må stole på at de vurderinger som er gjort er grundige og profesjonelle, noe jeg ikke betviler siden jeg kjenner systemet godt. Likevel gjør det noe med meg å skulle være en representant for noe som gir et menneske så store ubehageligheter, og jeg gjør meg opp tanker om hvilken grad av autonomi og brukermedvirkning Jørgen har tilgjengelig egentlig. Terkelsen og Larsen (2012) bekrefter dette når de i sin studie forteller at det ikke bare var pasientene som opplevde tvangen som problematisk, men at også fagpersonell kunne oppleve avmakten og vanskelige følelser ved å måtte utføre tvangsmedisinering. Empati og omsorg preget de ansattes utførelse av denne medisineringen. Videre sa de at tvangsmedisinering er samfunnets sin måte å beskytte og verne de psykisk syke mot overlast, samtidig som man gir dem behandling for sin lidelse. Man utfører altså lovlige handlinger som er ulovlige ellers i samfunnet. Distansen mellom de som bestemmer tvangsvedtakene hos fylkeslegen og til de som setter selve injeksjonen kan bli så stor, at ansvaret ikke blir personlig og at autonomien til pasienten ikke blir ivaretatt. Jeg tenker at ofte påfører vi pasienter overlast ved å utføre tvang slik at samfunnet skal få det bedre, istedenfor å fokusere på hvordan vi bedre kan tilrettelegge for økt grad av autonomi og mestring av egen sykdom. Det føles vanskelig å skulle medisinere noen som føler de blir sykere av å bli utsatt for det.

Gøtzsche (2015) sier at vi ikke hjelper mennesker med å stigmatisere, stenge inne og medisinere dem. Han stiller også kritisk søkelys på at det er pasienten og ikke psykiaterne som ber om medisinfrie alternativer i behandlingen. En form for autonomi i Jørgens sin situasjon ville vært å tenke at han kanskje kunne hatt bedre utbytte av å bli utskrevet på tvang uten tvangsmedisinering, men heller med ukentlige besøk fra psykisk helsetjeneste. Disse ville kunne fulgt med på sykdomsutviklingen, og hatt mulighet til å melde fra til lege

og psykiater ved forverring. Slik ville han kunne leve sånn det føltes normalt for seg, som igjen kunne bidratt til at han igjen ble kreativ, arbeidet og sosialiserte seg igjen.

Autonomi henger gjerne sammen med vår egen oppfatning om frihet til å bestemme selv og et godt liv. I Jørgen sin situasjon så vil autonomi bety hans mulighet til å ha en avgjørende innflytelse på sin egen situasjon, og å kunne gjøre valg ut fra egen motivasjon og ønsker. Det vil forutsette at han selv kan ta ansvar for eget liv, og kan ta rette valg for hva som er best for seg selv. Dette blir motstykket til den paternalismen som tvang ofte oppleves som for pasientene. Mesel og Leer-Salvesen (2013) sier at det er vanskelig å finne balansegangen mellom hjelpeplikt og medbestemmelse. Makt er ikke naturlig i arbeidsoppgavene til en helsearbeider, og er ofte en motreaksjon på en negativ handling. De ansatte i psykiatrien har fått den dobbeltrollen å skulle utøve makt uten at det er gjort noe ulovlig, samtidig som at man skal fremme pasientenes autonomi. Det blir en utfordring å balansere den psykisk syke sin autonomi med den paternalismen som man faktisk er nødt til å utøve for å ivareta den syke som ikke klarer dette selv (Buus 2009).

For å forklare autonomi og stigmatisering etter personsentrert perspektiv så kan vi nevne hvordan sykepleieren som skulle sette injeksjonen på Jørgen møtte han. Hun synes synd på han fordi at hun forstod at dette var en negativ opplevelse for han, og uttrykte dette flere ganger. Hun mente nok å være forståelsesfull og medfølende, mens Jørgen selv fortalte meg at han opplevde det som medlidenhet og medynk. Dette var nedverdiggende for han, og førte til at han følte seg stigmatisert. Dersom hun skulle møtt han med personsentrert tilnærming i denne vanskelige situasjonen, så måtte hun hatt fokus på være genuint tilstede, ekte og kongruent i kommunikasjonen til han. Det er lite forståelse i å bli syntes synd på, mens injeksjonen blir satt rett etterpå. Hun kunne heller vist han forståelse for det vanskelige, samtidig som hun kunne møtt han der han var og gitt han mulighet til å bestemme det som var mulig for han å ha medbestemmelse i – akkurat for å gjøre det mer skånsomt for han. Det ville også vært viktig å bruke god tid i situasjonen, slik at han følte at man var der for han med oppriktighet og interesse. I tillegg kunne hun sørge for at Jørgen hadde den nødvendige informasjonen han trengte for å få innsikt i sin egen sykdom og behandling. Han kunne også bli minnet på at det skulle trappes ned på dosen ved neste injeksjon, og at psykiateren ønsket han ned til lavest mulig dose uten injeksjoner på sikt. Informasjon om nødvendig nedtrapping ved eventuelle seponering kunne også være nyttfullt for han å få,

slik at han kunne få forståelse for gangen i dette. At dette regimet mest sannsynlig var midlertidig er noe som ville være positivt for han å fokusere på.

4.2 Fanget i et sykdomsbilde – tvang, autonomi, empati og forståelse

Haugsgjerd, et al. (2012) sier om personsentrert tilnærming at uttrykk for frustrasjon, aggresjon og destruktivitet alltid kan forklares som motreaksjoner på dysfunksjonelle og hemmende miljøfaktorer. Et menneske vil kun greie å aktualisere selvet og oppnå fri utfoldelse uten tilstedeværelse av begrensninger og mangelfull behovstilfredstillelse. Dette står i sterk kontrast til den tvangen som Jørgen står på, og som vi som psykisk helsearbeidere ofte må være en del av. Det bli viktig å klare å stå i det vanskelige sammen med han, for å vise at livet ikke går i stykker selv om det oppleves akkurat slik nå.

Jørgen sier han føler seg fanget i et sykdomsbilde. Han opplever seg selv som frisk, og som den som kjenner seg selv best og med en god sykdomsinnsikt. Likevel føler han å bli stemplet som alvorlig syk, og en som samfunnet må skjermes for og som må skjermes for seg selv. Han mener derimot at han blir syk av å utsettes for tvangen. Han opplever at på grunn av den ufrivillige medisineringsen, så har han blitt følelsesmessig flat og mistet store deler av sin livskvalitet. Han har blitt isolert, tungsindig, føler seg maktesløs og mislykket. Dette igjen har gitt han mye angst, og tatt fra han håpet for fremtiden. Han har ikke fått annet enn problemer av å være samarbeidsvillig, istedenfor å bli belønnet for samarbeidsvilje.

Psykiateren satt med all makt i møtet, og det lå føringer på hvordan Jørgen burde oppføre seg og svare. Selv om maktbalansen var skjev, så ble han likevel møtt med undring, empati, interesse og et ønske om å forstå hvordan han selv opplevde situasjonen sin. Psykiateren valgte å møte han på det punktet som var viktig samtidig som vanskelig for han, og gikk etter nøye vurdering med på et seponeringsløp for medisineringsen hans. Dette under forutsetninger at han fortsatte å ha ukentlig oppfølging med psykisk helsetjeneste, og at han aksepterte å stå på tvang en periode til. Psykiateren møtte Jørgen med personsentrert tilnærming og humanistisk menneskesyn, med fokus på at interesse, forståelse og empatisk lytting kan bidra til ny forståelse og virkelighet.

Empati handler om å komme nær den andre i følelser for å bygge en god og trygg relasjon (Karterud og Monsen 2005). Alle mennesker er seg selv unike, og har med seg sin egen historie og erfaringer. Dette krever at vi som fagpersoner må være utforskende og møte klientene med et åpent sinn. Humanismen fremmer menneskets selvrealisering og

myndighet over egen livssituasjon som det ideelle. Mennesket er ansvarlig og har muligheter til å foreta valg, og dette synet har bidratt til å myndiggjøre psykisk syke pasienter (Haugsgjerd, et al. 2012).

Selv om Jørgen ble møtt med forståelse og interesse, så prøvde likevel psykiateren å realitetsorientere han i forhold til hans begrensede sykdomsinnsikt og evne til å se konsekvensene ved å ikke ta medisiner. Her var det en grunnleggende uenighet, og Jørgen ble frustrert over å ikke bli hørt eller tatt på alvor. Han opplevde et fravær av kongruens og ekthet i forhold til måten han først ble møtt med forståelse av psykiateren samtidig som at han følte at han ikke bli hørt likevel. Han opplevde slik å ikke ha noe innflytelse på situasjonen gjennom brukermedvirkning og medbestemmelse.

Cain (2007) sier om personsentert tilnærming at selvet er grunnleggende for hvordan ting blir oppfattet av klientene, siden erfaring er oppfattet hovedsakelig i relasjon med sin egen personlige tilstedeværelse. En stor del av terapien handler om å utforske og fornye klientens oppfatning av seg selv. Dette er av stor betydning, siden mennesker ofte har en tendens til å oppføre seg på bestemte måter basert på måten de ser seg selv på. Terkelsen og Larsen (2012) forteller om sykdomsinnsikt i sin studie at pasienter som ble utsatt for tvangsmedisinering ofte opplevde å få bivirkninger. De opplevde å ikke bli hørt eller trodd, og at slike rop om hjelp kunne bli tolket som et tegn på at pasienten var blitt verre og resulterte i mer medisiner. Ofte begrunnet personalet tvangsmedisineringen med at pasientene hadde liten sykdomsinnsikt, og at fagpersonell stolte på hverandre i vurderingen av nødvendighet av tvangsmedisinering. De støttet hverandre i at det var nødvendig og forsvarlig, og kunne være på jakt etter sykdomstegn som bekreftet at medisineringen var nødvendig (Terkelsen og Larsen 2012).

Det slår meg at Jørgen har tilpasset seg tvangen selv om han sliter mye med å akseptere det. Han følger det påtvungne opplegget på en veldig pliktoppfyllende og beundringsverdig måte. Jeg ville nok opponert mer mot det hele, og jeg gjør meg noen tanker om hvorfor han tilsynelatende har resignert og gitt opp. Likevel sitter jeg igjen og føler på at dersom Jørgen fikk bestemme selv, så hadde han kanskje valgt noe helt annet enn det som ble enighet om på dette møtet. Er han på en måte «overbevist» og «tvungen» til å innrette seg slik det er best for oss, eller er dette best for han? Bli Jørgen sin brukermedvirkning ivaretatt opp i det hele, og forstår han konsekvensene av det? På den ene siden så må vedtaket være slik på

bakgrunn av lovverket, men på den andre siden så burde Jørgen fått litt spillerom innenfor de bestemte rammene. Fokuset bør være på at han får bestemme det som han faktisk kan bestemme over selv, og lytte til han og akseptere og ta imot hans uenighet. Selv om vi legger til rette for at han kan bestemme, når han ønsker å ta medisinen sin for eksempel, så finnes det ingen garanti for at han vil like det likevel. Det viktigste er uansett å legge til rette for at forståelse og at han føler seg møtt.

Aarre, Bugge og Juklestad (2009) sier at det er få av de med de alvorlige psykiske lidelsene som kan bli varig friske, og at behandlingene som finnes ofte ikke er effektive nok. Dette skaper kontraster til den tvangsmedisineringen som jeg er med på, og stiller spørsmål ved om det er andre ting som vil fungere bedre. Det viktigste er å ikke miste håpet, man kommer lengre med entusiasme, realisme og en langsiktig tilnærming. Det er grunn til å tro at mennesker med psykiske lidelser har de samme ønsker og behov som andre, mens de i tillegg har spesielle behov for helsetjenester som andre ikke trenger. Ofte blir dette spesielle behovet dominerende i livet deres, og alternative tiltak til medikasjon og tvang kommer ofte i skyggen. Mennesker med psykiske lidelser har gjerne i utgangspunktet en dårligere livskvalitet og mindre personlig frihet. Mesel og Leer-Salvesen (2013) sier at det er i samhandlingen og relasjonen at klienten sin brukermedvirkning finner sted, og i det ligger klienten sin forståelse av egen situasjon. Videre sier de at brukermedvirkning også kan være å få nye tanker, altså ny forståelse som personsentrert tilnærming har i fokus. Her tenker jeg spesielt på hvordan Jørgen sin brukermedvirkning er i situasjonen, og om mer fokus på dette kunne gi han en bedre livskvalitet. Det burde vel være selvsagt at han som skal motta tjenestene og kjenner seg selv best, skal ha et ord med i laget når ting skal bestemmes for han. Det er ikke utelukkende negativt at vi som helsepersonell og pasienten er uenige i utgangspunktet. Dersom vi ser på denne uenigheten mellom oss som lærerik istedenfor destruktiv og negativ, så vil vi kunne yte bedre hjelp. Argumentet om at pasientene ofte har dårligere sykdomsinnsikt og forståelse enn oss, bør møtes med å gi dem nok informasjon og verktøy slik at de bedre kan forstå og kunne ta rette valg i forhold til egen helsesituasjon.

Det er min vurdering at Jørgen innretter seg og er samarbeidsvillig akkurat fordi at han blir møtt med uforbeholden forståelse, empati og interesse i tråd med personsentrert perspektiv. Han opplever at vi er interessert og ønsker å forstå hans opplevelse av det vanskelige i situasjonen sin, og at vi prøver å møte han så godt vi kan innenfor de rammene vi må

forholde oss til. Selv om han aller helst skulle være medisinfri og ikke ha ukentlige besøk av oss, så kan han til en viss grad forstå hvorfor det er sånn akkurat nå. Når han derimot ikke blir møtt eller føler at vi forstår, så opplever vi at han blir tilspisset og lite samarbeidsvillig. Her tenker jeg at han trenger mer opplysning og kunnskap om konsekvensene, og for å kunne være med å ta riktige beslutninger og å medvirke i egen behandling så trenger man mer kunnskap, også kalt empowerment. Det er viktig for egen helse å ha troen på egen kompetanse og ressurser. Det er ofte enklere å skjønne sine svakheter dersom man er klar på sine styrker (Snoek og Engedal 2004). Empowerment har fokus på å informere og styrke klienten sin visshet om hvordan man kan gjøre og hvilke retter man har, og strider egentlig imot det personsentrert perspektiv står for. Selv om empowerment er viktig for å fremme brukermedvirkningen, så ønsker personsentrert tilnærming at man skal sørge for at vissheten kommer fra klienten selv, ved at han blir møtt med forståelse, empati, følelser, og slik danner sin egen nye sannhet og forståelse av sin egen situasjon.

Tvangsvedtaket har gitt han en destruktiv måte å tenke på, og han gir seg over i avmakt og skylder alt på systemet. I terapiesamtalene med Jørgen så dreier mye seg om å få han til å åpne opp en forståelse for sin egen rolle i sitt liv. En ny forståelse for dette vil gi en frigjøring for vekst i selvet til Jørgen. Cain (2007) sier om personsentrert tilnærming at refleksjon over hvorfor vi handler som vi gjør, gjerne leder til at man forstår og oppfatter selvet på en annen måte. Dette igjen bidrar til at klienten ser løsninger og andre måter å opptre på som er mer hensiktsmessig. Videre sier han at man bør strebe etter å lære klientene å tenke og se ting annerledes, for eksempel istedenfor å tenke «jeg må» så heller tenke at «jeg velger å». Klientene må se at det finnes andre muligheter, og at de selv kan skape det livet de selv ønsker.

Ofte kan klientene klandre seg selv for sin egen mislykkethet, og dette kan være en barriere til frihet og utvikling. Noen ser på seg selv som offer for situasjonen, når det i virkeligheten er de som er ansvarlig for sin egen situasjon (Cain 2007).

En viktig jobb for den personsentrerte terapeuten er å belyse klientens forståelse om at man ofte er delaktig i sin egen livssituasjon og dilemma, og dette kan være en kritisk del av terapien. Terapeutens involvering i klienten er viktig for å muliggjøre at de får utviklet sine egne ressurser til å se nye muligheter og gå videre (Cain 2007). Det er klienten og ikke terapeuten som utfører endringene/ forandringene. Siden det å involvere seg i klientene er det som gir best resultat, så burde terapeuter absolutt fremme klientens aktive deltagelse i terapien og ha fokus på kvaliteten i den terapeutiske relasjonen (Cain 2007).

4.3 Ekthet og kongruens ved tvang i forhold til samspill og relasjon

Å være ekte og kongruent i en terapi situasjon slik personsentrert tilnærming legger vekt på, er etter min mening en av de viktigste tingene en terapeut må ha fokus på og er med å sette grunnlaget for den nødvendige tilliten som må etableres. Dersom empatien og forståelsen vi viser som terapeut ikke samsvarer med resten av det vi kommuniserer, så kan det heller ikke skapes et tillitsbånd mellom oss. Den terapeutiske relasjonen blir vanskelig å etablere, og klienten får ikke noe vekst og utvikling.

Cain (2007) sier om personsentrert perspektiv at alle klienter ønsker å bli møtt av en terapeut som er tillitsfull, og det viktigste for klienten ved første møtet er om de følte seg komfortabel og verdsatt. Videre sier han at klienten er veldig sårbar for hvordan han blir møtt av terapeuten, og merker raskt dersom man ikke er tilstede med ekthet og kongruens. Kongruens er en viktig faktor i den gode terapisisituasjonen, og ved å være helt og fullt tilstede for klienten, så bringer vi inn en fokusert oppmerksomhet og interesse som er nødvendig for å entre klientens verden. Vi må være åpen og ikke ha en agenda når vi går inn i situasjonen, noe som bidrar til at klienten føler seg trygg og kan stole på terapeuten, som igjen gjør at de kan være mer ekte (Cain 2007).

Brevet som Jørgen fikk fra psykiateren samsvarer ikke med hans opplevelse av hvordan møtet gikk, og hvilken enighet de kom fram til i felleskap. Han føler seg sviktet og lur, og at psykiateren ikke har vært ekte og kongruent. Det samme gjelder i møtet som er nevnt tidligere, der han opplever forståelse og interesse samtidig som at hans ønsker blir avslått. Ekthet menes slik at det ikke finnes en tilgjort forstillelse eller falsk optimisme eller overlegen distanse. For å oppnå en terapeutisk holdning så må det finnes likestilte roller, som betyr at vi aksepterer at klient og terapeut har forskjellige men like viktige roller i relasjonen (Cullberg 1999).

Jørgen er i en sårbar situasjon i livet, og opplever at han ikke har noe nettverk. Dette merket han ikke i like stor grad i den perioden han var mansisk og kreativ, men det er blitt en påtrengende oppdagelse etter at han ble utskrevet. Han tilbringer dagene alene, og har stort sett ikke noe annen sosial kontakt enn de ukentlige besøkene fra psykisk helsetjeneste. Han føler seg isolert, og klarer ikke å se håp eller løsninger på den vanskelige situasjonen. Dette bidrar i aller høyeste grad at situasjonen han ikke endrer seg, fordi han alene ikke greier å finne redskapene til å gjøre noe med det. Dette gjør noe med relasjonen oss imellom, som kan by på utfordringer. Jeg er en viktig person i livet hans i dag som han er blitt avhengig

av. Han kan ofte være avvisende og reservert når jeg kommer, og kan si at han har gruet seg samtidig som at jeg merker at han ikke ønsker at vi skal avslutte samtalene/besøkene. Han vet at det er en hel uke til neste gang. Jeg opplever det av og til som vanskelig at han er så ambivalent i denne sammenhengen, og må ha fokus på at min kommunikasjon er kongruent tilbake til han som etter personsentrert tilnærming skal bidra til den viktige tilliten i relasjonen. På samme tid er jeg også bindeleddet til psykiater og tvangsregimet, som igjen blir til at jeg er en slags fiende for han. Hvordan påvirker det vår relasjon og samarbeid at han må få besøk av en han vet ikke er der frivillig eller som venn? Han er ensom, og har lite nettverk, og setter pris på at vi kommer. Samtidig representerer jeg noe som han føler er negativt og nedverdiggende for han, og han mener han ikke trenger. Relasjonene er spesielt skjør i tvang situasjoner, og å oppnå tillit er alfa omega.

Personsentrert perspektiv har fokus på å spille på lag med klienten, gå sammen med han i det vanskelige og «rulle» med han i hans følelsesverden. Vi må stå i det vanskelige selv om man blir avvist gang etter gang, for da viser vi dem at vi er der, gir dem tid og bygger opp relasjonen. Det er ofte lett for at klientene avviser og tester oss om vi klarer å stå i det, fordi det oppleves ofte bedre å forlate enn å bli forlatt. God relasjon er viktig for å kunne ta opp vanskelige tema uten at klienten kan oppleve det som kritikk. Det er også essensielt for at klienten skal kunne greie å komme frem til sine egne opplevelser, tanker og følelser, og for å hjelpe klienten til å finne og holde på motivasjonen.. Det er viktig å ta del i og involvere seg i klienten ved å bruke seg selv på en human måte (Cain 2007).

Relasjonen mellom terapeut og klient er viktig i personsentrert perspektiv, relasjonskompetansen er sammensatt og kravene forandrer seg hele tiden i et klientforløp. Først og fremst må vi som psykisk helsearbeidere være i stand til å etablere en relasjon, for så å vedlikeholde denne ved å kunne stå i den over tid. Deretter må man være i stand til å avslutte profesjonelle relasjoner på en god måte, og ha selvinnsikt, empatisk holdning og situasjonsforståelse. En dyktig fagperson har fokus på å møte hele mennesket, bidrar til å skape trygghet, åpenhet, tillit, respekt og anerkjennelse og fremmer selvstendighet og medvirkning (Røkenes og Hanssen 2010). Vi har med oss en forforståelse som preger hvordan vi analyserer andres atferd og forholder oss til andre mennesker. Når man jobber med mennesker så er det veldig viktig å reflektere over betydningen av egne erfaringer, og å bli kjent med seg selv. I arbeidet med andre mennesker så vil man møte mange i forskjellige situasjoner, og det blir spesielt viktig å forholde seg til brukerperspektivet.

Cain (2007) setter den terapeutiske relasjon i fokus i det personsentrerte perspektivet, og sier at klienten ofte er mer opptatt av at terapeuten tror på deres evne til endring enn hvilken terapeutisk teknikk som blir brukt. Klienter har behov for å bli sett og forstått og får en slags lettelse i å fortelle sin historie. De har også et behov for at vi skal vite hva som skal til for å hjelpe dem, og de merker dersom vi ikke er fullt tilstede i samtalen. Empati går ofte hånd i hånd med en god og fungerende terapeutisk relasjon og et vellykket samarbeid. Det er viktig å være nysgjerrig og interessert i klienten, og ved å gi empatiske og ekte tilbakemeldinger så gir vi klienten mulighet til å lære å lytte til seg selv.

Cain (2007) sa at Rogers gjennom personsentrert perspektiv ønsket å oppnå en god terapeutisk relasjon med empati og kongruens, for å sette klienten mest mulig i stand til å utvikle mer av sitt eget potensiale for et mer effektivt og positivt liv. Håp og optimisme er sterkt påvirket av terapeuten holdning og evne til å overbevise klienten om at den har evnen til å endre til det bedre. Videre sa han at du kan utvikle den terapeutiske og relasjonelle atmosfæren ved å bruke deg selv i situasjonen. Alle har vi unike kvaliteter som vil kunne påvirke og styrke forholdet til klientene og fremme forandring/ending. Humor, latter og følelser er slike kvaliteter, og som vil gjøre slik at klientene ikke tar seg selv så høgtidelig et lite øyeblikk (Cain 2007). Å opparbeide tillit og god relasjon er et langsiktig arbeide, spesielt hos mennesker som Jørgen som er i vanskelige livssituasjoner. Relasjonen er sårbar, og det er helt essensielt å bli møtt med ekthet og kongruens fra første stund for at Jørgen skal kunne åpne seg. Dersom dette ikke er tilstede så vil det komplisere resten av det terapeutiske arbeidet, og den utviklingen og personlige vekst som Jørgen trenger for å komme videre.

Avslutningsvis så ser jeg med kritiske øyne at det i denne oppgaven har blitt satt mye fokus på tvang og tvangsmedisinering, og hvordan dette oppleves for Jørgen og meg som psykisk helsearbeider. Det kunne nok blitt viet mer tid til relasjon, da dette viser seg å være meget sentralt i perspektivet. Videre er drøftingen basert på min opplevelse av det vanskelige i situasjonene. Her kunne jeg gått mer detaljert inn i hvordan møte han med personsentrert perspektiv gjennom direkte dialog, men valget falt på å skrive mer generelt for å vise bredden av min forståelse for situasjonene. Ved videre arbeide med Jørgen så ville jeg hatt mer fokus på relasjonen og hva som påvirker denne på alle måter. I tillegg hadde jeg trengt mer øving i å møte han på det vanskelige der han er, istedenfor å prøve å få han inn på et

positivt fokus. Dette handler mer om et behov jeg har for å tenke positivt og ubehaget jeg føler med det vanskelige, som ikke nødvendigvis bidrar til vekst og ny forståelse for Jørgen.

5.0 Konklusjon

Å skrive denne oppgaven har vært en spennende og lærerik prosess som på ingen måte har vært enkel, og det har vært nyttig å reflektere over hvordan det oppleves å stå på tving. Jørgen har vist meg at det er mer sårbart å bli utsatt for tving og tvangsmedisinering i hjemmet sitt etter utskriving, enn det var når han faktisk var innlagt. Det å få begrensninger på livet sitt hjemme kan lett oppleves som en ekstra straff, og setter strenge rammer og begrensninger for friheten og hverdagslivet. Det har vist meg hvordan livskvaliteten, autonomien og relasjonen blir påvirket i en slik situasjon, og i hvilken grad personsentrert tilnærming kan fungere som terapiform. Jeg har også fått kjenne på den vanskelige dobbeltrollen vi psykisk helsearbeidere får ved tvangsmedisinering. Det var en viktig oppdagelse å føle på, der jeg på den ene siden var ønsket og behøvd samtidig som jeg representerte noe som opplevdes som et overgrep og en begrensning av livskvaliteten. Personlig var dette vanskelig og utfordrende å håndtere, og jeg måtte virkelig gå noen runder med meg selv for å greie å ta imot motstanden. Man må tåle å stå i det vanskelige sammen. Det har tidvis vært utfordrende å skulle utsette et menneske for situasjoner som de opplever krenkende, og som etter deres mening bidrar til at de blir sykere. Noe som står i stor kontrast til hva vi helsearbeidere er opplært til og vant til å jobbe med.

Gjennom denne prosessen har jeg erfart at personsentrert tilnærming kan være et nyttig verktøy å ta med videre i min praksis i psykiatrien. Det er viktig å tenke over hvordan vi møter mennesker med psykiske problemer i tvingssituasjoner, og at de ikke nødvendigvis har den samme opplevelse av det selv om vår intensjon gjerne er god. Det er viktig med en kongruent og ekte kommunikasjon, og å møte pasienten der han er.

Jeg fikk en forståelse for hvor skjør relasjonen er i tving situasjoner, og hvor viktig denne er for å få til et terapeutisk samarbeid. Jeg opplevde å komme nærmest Jørgen de gangene jeg virkelig klarte å følge han i det mørke og vanskelige, og speile den emosjonelle opplevelsen av det han sa meg. Det hadde også stor effekt å sette ord på følelsene dersom noe opplevdes som vanskelig for meg, og slik fikk jeg en helt ny forståelse for viktigheten av kongruens og ekthet i relasjonen mellom terapeut og klient. Jeg var før redd for å vise følelser og gi for mye av meg selv og være personlig. Personsentrert tilnærming har derimot vist meg at å by på seg selv bygger oppunder den viktige tillitten, og bidrar heller til vekst

og utvikling av en ny sannhet og forståelse for klienten og terapeuten. Jeg har også lært at man kan bruke personsentrert tilnærming til å møte pasienten som tvangsmedisineres på en respektfull måte, slik at han føler seg tatt vare på. Det blir viktig å oppnå autonomi og brukervedvirkning for mennesker som blir utsatt for tvang, noe som kan lette litt av byrden ved det og kanskje bidra til et bedre selvverd.

Det har vist seg utfordrende å finne fordelene med tvangsmedisinering opp imot alternative løsninger, og selv om ting har utviklet seg til det bedre innen psykiatrien de senere årene så har vi fremdeles et stykke igjen. Jeg ser at det burde vært forsket på gode alternativer til tvangsmedisinering, og om dette tiltaket virkelig er det beste og har den ønskede effekten. Dette leder opp til nye spørsmål som: Er medisinsk behandling den eneste og beste løsningen? Kan annen type behandling gi bedre autonomi og livskvalitet? Hvem mediserer vi for? Kan den vanskelige dobbeltrollen for psykisk helsearbeidere bli lettere å bære gjennom alternativ til medikamentell behandling?

Bibliografi

- Aadland, Einar. *"og eg ser på deg" vitenskapsfilosofi i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
- Aarre, Trond F., Petter Bugge, og Siv Iren Juklestad. *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, 2009.
- Benum, Kirsten, Eva Dalsgaard Axelsen, og Ellen Hartmann. *God psykoterapi*. Oslo: Pax Forlag, 2013.
- Borg, Marit, og Alain Topor. *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget AS, 2014.
- Buus, Niels. *Psykiatrisk sykepleie*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2009.
- Cain, D. J. «What every Therapist Should Know, Be and Do: Contributions from Humanistic Psychotherapies.» *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 07 Mars 2007, Volume 37. utg.: 3-11.
- Cullberg, Johan. *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. 5.utgave. Oversatt av Per Malde og Gunnar Bureid. Ikke listet: Tano Aschehoug, 1999.
- Dahl, Alv A., og Trond F. Aarre. *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2012.
- Dalland, Olav. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
- Gøtzsche, Peter C. *Dødelig psykiatri og organisert fornektelse*. Oslo: Abstrakt Forlag, 2015.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson, og Jon A. Løkke. *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
- Karterud, Sigmund, og Jon T. Monsen. *Selvpsykologi*. 4.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2005.
- Lamont, Corliss. *Det humanistiske livssyn*. Oslo: Universitetsforlaget AS, 1988.
- Mesel, Terje, og Paul Leer-Salvesen. *Makt og avmakt*. Kristiansand: Portal Forlag AS, 2013.
- Nielsen, Geir Høstmark, og Anna Louise von der Lippe. *Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Pensumtjeneste A/S, 2002.
- Røkenes, Odd Harald, og Per-Halvard Hanssen. *Bære eller breste*. Bergen: John Grieg AS, 2010.
- Snoek, Jannike Engelstad, og Knut Engedal. *Psykiatri*. 2. utg. 1 opplag. Oslo: Akribe Forlag, 2004.
- Svartdal, Frode. *Psykologiens forskningsmetoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2011.
- Terkelsen, Toril Borch, og Inger Beate Larsen. «Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand.» *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2012: 123 - 32.
- Vatne, Solfrid. *Korrigere og anerkjenne*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.