



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

**Kognitiv terapi i akuttpsykiatrien
-fra korrigerende til veiledning.**

Helene Høybakken

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 19.04.2018



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: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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: 19.04.2018

Sammendrag

Tema

Tema og målet for denne fordypningsoppgaven i videreutdanning for psykisk helse, handler om hvordan miljøterapeuten kan bruke kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv i tilnærmingen hos maniske pasienter som er aggressive, hvor det er nødvendig med grensesetting som miljøterapeutisk tiltak. Dette tenkes i samspillsituasjonene hvor det fremstilles så mange urimelige ønsker og krav som ikke kan innfris av miljøterapeuten hvor rammene er en akuttpsykiatrisk avdeling. Kan miljøterapeuten deeskalere situasjoner hvor pasienten viser så stor aggressivitet at det er fare for utagering mot inventar, miljøterapeuten eller medpasienter, samt å redusere tvangsbruken når det er fare for utagering? Likså er det et relevant spørsmål om det er mulig å bygge allianse mellom miljøterapeut og pasient, til tross for at det er en grensesettingssituasjon. Blant annet Vatne (2006) er brukt som referanse i denne oppgaven, hvor hennes bok omhandler grensesetting i miljøterapien. Vatne (2006) utfordres til begrepet grensesetting i miljøterapien, til bruk av begrepet veiledning. Jeg vil se på om dette er et bedre begrep for miljøterapien som brukes i dagens psykiatri.

Antall ord: 8163

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema og empiri	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Litteratursøk og funn	2
1.4	Avgrensning og oppgavestruktur	3
2.0	Teori	4
2.1	Mani.....	4
2.2	Kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv	5
2.3	Terapeutisk holdning	5
2.4	Alliansen.....	6
2.5	ABC-modellen.....	6
2.6	Kognitiv miljøterapi	7
2.7	Sokratiske spørsmål.....	8
2.8	Grensesetting som miljøterapi.....	9
2.9	Kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv til maniske og aggressive pasienter.	10
3.0	Empiri	12
3.1	Tvangsinnleggelse	12
3.2	Medisinering.....	14
4.0	Diskusjon.....	17
5.0	Konklusjon.....	25
	Referanseliste.....	28

1.0 Innledning

Som miljøterapeut i akuttpsykiatrien i vel 9 år har jeg vært borte i mange grensesettingssituasjoner, hvor det i verste fall kulminerer med tvangsbruk. I retrospectiv har jeg flere ganger reflektert over at tvangsbruken mange ganger kunne ha vært unngått. Jeg hadde en forforståelse da jeg begynte å jobbe i psykiatrien at det var viktig med grensesetting av maniske og aggressive pasienter som fremmet sine ønsker og krav som jeg syntes å være urimelige. Som nyutdannet sykepleier var grensesettingen forstått som en rigid og en nødvendig handling. Og jeg grudde meg ofte til grensesettingssituasjonene, da disse situasjonene ofte ble en maktkamp mellom meg som miljøterapeut og pasienten som fremmet ønsker og krav.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og empiri

I løpet av årene har jeg både fått sett - og selv erfare, at det er mange måter å utføre grensesetting på. Grensesetting som utøves med omsorg og med undring fra meg som miljøterapeut, er i de fleste tilfeller langt mer vellykket enn å innta en rigid holdning overfor pasienten. Grensesettingssituasjoner oppleves ubehagelig, både for meg som miljøterapeut – men også for pasienten selv som opplever avmakt. I mange tilfeller lykkes det ved at pasienten modererer sine krav og ønsker, og hvor det ikke oppstår maktkamp mellom pasient og miljøterapeut. Og det kan heller ende med en situasjon hvor begge parter går ut som vinnere. Jeg ønsker derfor å se på hvilken nytteverdi det har for en akuttpsykiatrisk avdeling å implementere kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv, eller om dette synes kun å være tilfeldige observasjoner og tolkninger av meg som miljøterapeut?

Grunnholdningen miljøterapeuten innehar, samt *alliansen* miljøterapeut og mellom pasient er et viktig element for mitt valg av perspektiv.

Den valgte pasienten i oppgaven min ble ved sin første innleggelse for syv år siden oppfattet av både meg og mine kollegaer som en krevende pasient. Holdning og tankegods har imidlertid endret seg med årene for egen del. Årsaken til denne endringen er nettopp alliansen jeg har opparbeidet meg til pasienten gjennom pasientens syv år i psykiatrien.

Nytteverdien i den opparbeidete alliansen er ikke noe som kun blir etablert i en startfase av relasjonen. Som Kåver (2012) påpeker, er alliansen en pågående prosess gjennom hele behandlingsforløpet. Slik tolker jeg at opphold i alliansen kun er en pause, og sier således ingenting om at alliansen må opparbeides på nytt for hver innleggelse. Det har igjen fått meg til å reflektere over begrepet alliansekonto. Ved å henvise til dette begrepet opplever jeg at alliansen raskere rekonstrueres slik den var på det tidspunktet pasienten ble utskrevet. Jeg har erfart at en velfungerende og opparbeidet alliansekonto ofte er en brobyggende faktor mellom meg som miljøterapeut og pasient. Konfliktnivået synes å raskt dempes, og denne kombinasjonsnøkkelen er en av de tingene jeg finner interessant.

1.2 Problemstilling

Hvilke muligheter og begrensninger setter implementering av kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv i møtet med en aggressiv og manisk pasient under grensesettingssituasjoner?

Delproblemstillinger

I hvilken grad kan bruk av kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv bidra til å unngå at grensesettingssituasjoner eskaleres til utagering, eller i verste fall medfører tvangsbruk?

Hvor sentralt er det å bygge allianse mellom meg og pasienten ved bruk av kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv, til tross for at jeg bruker grensesetting som miljøterapeutisk tiltak?

Hvordan kan kognitiv terapi i et terapeutisk perspektiv bidra til at både jeg og pasienten skal oppleve mestringsfølelse i grensesettingssituasjoner?

1.3 Litteratursøk og funn

Jeg finner lite treff på kombinasjonen bipolar lidelse + mani + kognitiv terapi. Kun én relevant artikkel som omtaler effekten av KT hos maniske pasienter.

Ved søkeordet kun «mani» kom jeg over flere tusen forskningsartikler hvordan medikamentell effekt er hos denne målgruppen -som ikke er av relevans for å besvare min oppgave. Derimot er det uendelig med treff på bipolar lidelse + depresjon + kognitiv terapi. Det er søkt i Pro Quest og Ovid på bibliotekets databaser, og det er benyttet både norske og engelske søkeord for best mulig treff av relevans.

Bipolar lidelse (Bipolar Disorder). *Mani* (Mania / Manic). *Miljøterapi* (Milieu Therapy). *Grensesetting* (Setting limits / limit setting). *Oppdragelse* (Education). *Veiledning* (Guidance / Counsel). *Kognitiv terapi* (Cognitive therapy). *Mestring* (Coping with symptoms). *Aggressjon* (Aggression). *Vold* (Violence). *Allianse* (Alliance). *Skjerming* (Seclusion).

Det er ikke alle nevnte søkeordene som gir treff i databasene.

1.4 Avgrensning og oppgavestruktur

Jeg tar for meg en *manisk* og *aggressiv* pasient innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling under tvungen observasjon, og som utfyller kravene for skjerming. Det er ikke fattet vedtak om tvungen medikamentell behandling, slik at medisineren fremdeles er et samarbeidsprosjekt. Jeg går ikke inn på psykisk helsevernloven eller mulighetene dette gir helsepersonell til å utøve tvang. Ulike former for bipolar lidelse, grensepsykoser, realitetsbrist er utelatt for å avgrense oppgaven ytterligere. Kompliserende faktorer som komorbiditet er heller ikke tatt med. Diagnostiseringsverktøy og bruken av disse er ikke relevant for å besvare problemstillingen(e). - Det vies mye oppmerksomhet mot alliansen, samt bruken av den sokratiske spørreteknikken, da Kåver (2012) viser til forskning av Wapold (2010) om at alliansen er av syv ganger større betydning for utvalg enn terapiform. Fokuset er her og nå problemene som oppstår.

2.0 Teori

Maniske personer har et stemningsleie hevet langt over det normale. En manisk tilstand arter seg ulikt fra person til person. Dette gjelder både intensitet og varighet. Mani knyttes i klinisk sammenheng til en stemningslidelse, bipolar lidelse (Helsedirektoratet 2012). Hos noen opptrer mani kun en gang i løpet av livet, men for de aller fleste er dette en residiverende lidelse som varer livet ut (Eknes 2006).

2.1 Mani

Fra et fenomenologisk perspektiv opplever gjerne de maniske personene seg omnipotent. De er ikke redde for autoriteter og foretar seg ting de vanligvis ikke ville gjort (Kringlen 2006). Den maniske personens aktivitets- og tankenivå raser av gårde på høygir (Hummelvoll 2006). Personen prater både raskere og høyere enn i sin habituelle tilstand, og overkjører gjerne de andre som er tilstede. Samtalen bærer det gjerne preg av at personen er assosiasjonspreget og ustrukturert. Det er vanskelig å holde tritt i samtalen, og vedkommende er umulig å avbryte. Samtalen bærer mer preg av å være en monolog (Kringlen 2006). Ved motstand eller avbrytelser i uttalelsene, føler personen seg krenket og blir ofte aggressiv. Pasienten blir ofte svært labil, gjerne med eksplosive og aggressive utbrudd (Haver m.fl. 2012). Impulskontroll og fornuft er satt til side, og de oppleves kritikkløs og hemningsløs. (Snoek og Engedal 2006). Kombinasjonen av selvovertvurdering og manglende evne til introspeksjon gir ofte uheldige konsekvenser. (Hummelvoll, 2006). Endringer i den kognitive fungeringen er også et kjennetegn (Haver m.fl. 2012). Den maniske personen bedriver aktiviteter både på natt og dag, de føler ikke behovet for å sove. Tankevirksomheten gjør dette vanskelig å sove. De våkner ofte tidlig, klar til å starte med dagens prosjekter (Hummelvoll 2003).

En bipolar lidelse er ofte forklart med en biopsykologisk årsakssammenheng, og kan utløses av ytre stressfaktorer og/eller søvndeprivering samt auto seponering av medisiner. Tradisjonell behandling i dagens psykiatri består av medikamentell behandling med antipsykoticum, som Litium, Quetiapine, Zyprexa (Kringlen 2006).

Grensesetting er det mest brukte miljøterapeutiske tiltaket, som likevel har dårligst effekt på maniske og aggressive pasienter (Vatne 2003).

2.2 Kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv

Kognitiv miljøterapi handler om å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer, og samtidig hjelpe henne til å endre uhensiktsmessige tankemønstre som er forbundet med problemene (Berge og Repål 2010). Miljøterapi preges av at en miljøterapeut benytter seg av tilrettelagt bruk av det som skjer i samspillet mellom bruker og miljøterapeut i miljøet i her og nå situasjonen. Miljøterapi benyttes også overfor pasienter som ikke er frivillig innlagt. Medbestemmelse og innflytelse innenfor rammene av selve tvangstiltakene er viktig. For at det terapeutiske arbeidet skal forstås som miljøterapi, kreves det noen grunnleggende forutsetninger. Miljøterapien bygger på et humanistisk ideal som preges av omsorg, respekt samt anerkjennelse for menneskets egenverd og integritet. Anerkjennende betyr at miljøterapeuten er lyttende innlevende, aksepterende og bekreftende, hvor pasienten får hjelp i en interpersonlig relasjon. En anerkjennende holdning må være integrert i miljøterapeuten som person (Schibbye 1996). Anerkjennelse kan bidra til at pasienten forstår at miljøterapeuten ønsker dem vel, selv om de handler på tvers av pasientens ønsker der og da (Aamodt 1997). Kvaliteten på hjelperrelasjonen er viktigere for resultatet enn selve behandlingsmetoden (Schibbye 1996).

2.3 Terapeutisk holdning

I kognitiv terapi fremmes det at miljøterapeuten skal inneha en terapeutisk holdning. Med det menes det at terapeuten skal være ekte, empatisk og ubetinget aksepterende (Nielsen og Lippe 2002). I samhandling skal miljøterapeuten vise tålmodighet, varme og nærhet. Miljøterapeuten skal kunne videreformidle kompetanse, og slik vise at terapeuten er kompetent til å hjelpe. Ærlighet og åpenhet er andre grunnleggende elementer i KT. Empati er et sammensatt begrep, som innebærer både kognitive, kommunikasjonsmessige og emosjonelle aspekter. Miljøterapeuten prøver å forstå den andres perspektiv, føle pasientens følelser, for deretter å formidle sin forståelse tilbake til pasienten (Repål og Berge 2010). Se punkt [2.7](#), om sokratiske spørsmål.

2.4 Alliansen

Alliansen er ikke noe som etableres kun i startfasen av relasjonen, men er en pågående prosess gjennom behandlingsforløpet (Kåver 2012). Kognitiv terapi bygger på at miljøterapeuten er åpen for, og aksepterer alle sider ved pasienten. Miljøterapeutens aksept av pasienten samt et fleksibelt samarbeid gjør det lettere for pasienten å akseptere seg selv. Normalisering av vanskelige følelser er grunnlaget for den terapeutiske alliansen og for ulike hjelpetiltak (Berge og Repål (2011). Samarbeidet mellom pasient og miljøterapeut er en felles forskningsreise med gjensidige forhåpninger og med et mål om å gi pasienten en bedre livskvalitet. En god allianse og en tillitsfull terapirelasjon er nødvendige forutsetninger for å være en god støtte. Alliansen hviler på et humanistisk verdigrunnlag med varme, respekt og empati for mennesket. Det kreves en høy grad av nærvær og følsomhet hos miljøterapeuten. Det er det empatiske som er viktigst i møtet med pasienten (Kåver 2012).

2.5 ABC-modellen

Kognitiv terapi brukes for å utforske og utfordre sine tanker på, slik at en blir bevisst på automatiske tanker i forskjellige situasjoner. Det er utviklet en modell for å illustrere hvordan en utløsende situasjon påvirker tanker og følelser.

I KT kalles den ABC-modellen:

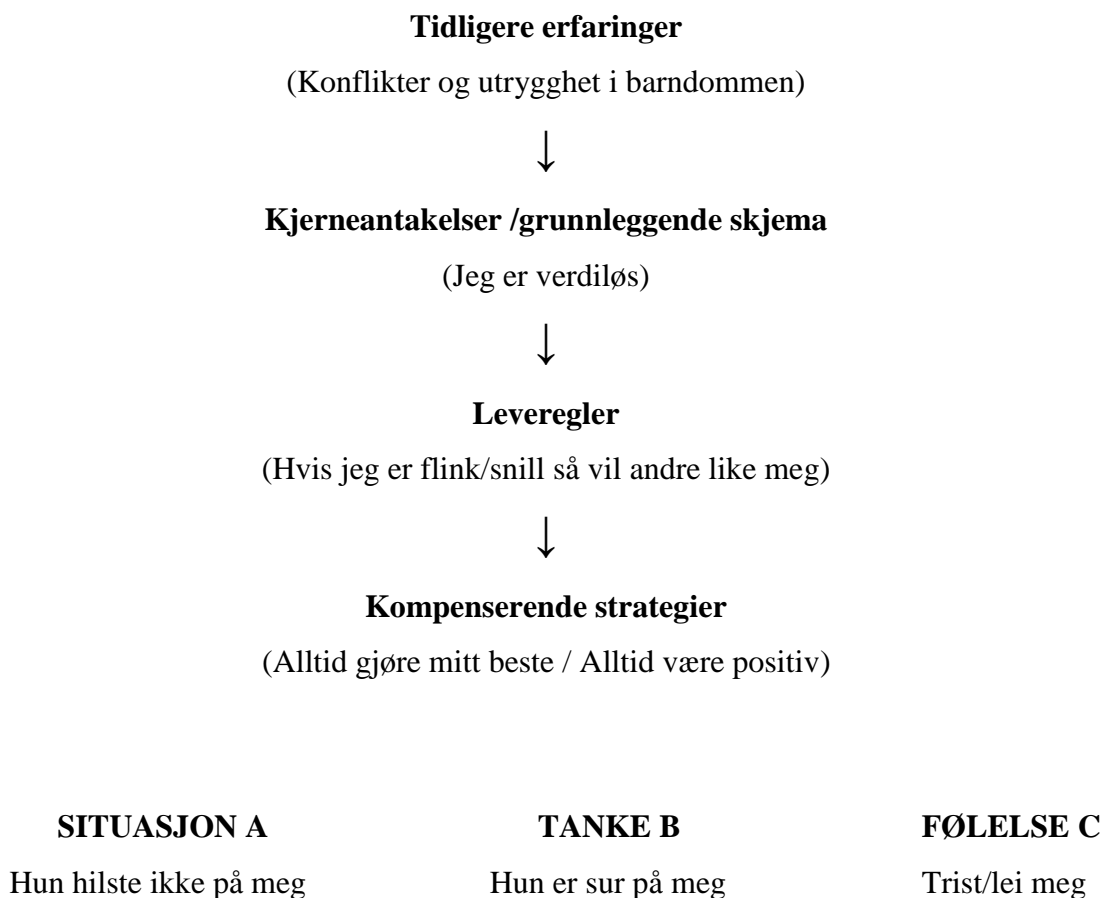
- A) Situasjonen – hva skjedde?
- B) Tanker – hvordan oppfattet jeg det som skjedde?
- C) Konsekvenser av B – hva følte og gjorde jeg da?

Sammen med pasienten utforsker miljøterapeuten om det finnes alternative måter å tenke rundt en situasjon på, og om det finnes andre måter å reagere og handle på. I KT benytter miljøterapeuten seg av sokratiske spørsmål (Berge og Repål 2010). Dette omtales i punkt [2.7](#). I denne oppgaven holder jeg meg primært på ABC-modellens C-område, følelsen.

2.6 Kognitiv miljøterapi

Kognitiv terapi har fokus på hvordan problemene fremtrer her og nå. Pasientens opplevelse, forståelse av ubehaget i situasjonen og behov står sentralt. I følge Berge og Repål (2010) er kognitiv terapi en øvelse i indre samtale, hvor man veiledes til å utforske egne tanker, og sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre. Det er ikke bare situasjonen i seg selv som gjør at en følelse kan oppstå. I KT tenker man at også at det er tolkningen av situasjonen som gir følelsen. I KT er miljøterapeuten opptatt av å finne sammenhenger mellom tanker, følelser og atferd. Endring av uhensiktsmessige tankemønstre og uhensiktsmessig atferd som er forbundet med problemene (Berge og Repål (2010). Menneskesinnet består av flere kognitive nivå, og disse nivåene henger sammen med hverandre (Wilhelmsen 2004). Beck (2006) har skjematisk fremstilt det.

Figur 1: Becks (2006) modell:



Vi danner oss **kjerneantakelser** basert på tidligere erfaringer i livet. Disse erfaringer er knyttet til det dypeste nivået i sinnet vårt og disse kan være både positive og negative kjerneantakelser. For eksempel; jeg er verdifull / jeg er verdiløs, eller verden er et godt sted / verden er et farlig sted (Berge og Repål 2010). Ut i fra våre kjerneantakelser danner vi oss **leveregler**. Dette er antakelser som har et hvis så format. Dersom jeg utfører en type atferd så går det bra, eller dersom jeg utfører en annen type atferd så går det dårlig. Disse kjerneantakelsene kan være av både positiv og negativ karakter (Aarøe og Øiesvold 2004). **Kompenserende strategier** er utviklet for å holde ubehaget på avstand. **Automatiske tanker** ligger i det øverste nivået i menneskesinnet. De er raske og ubevisste. De «er bare der». Å bli bevisst sine automatiske tanker er ofte vanskelig. De kan sette i gang både følelser og fysiske reaksjoner og er av en slik art at vi lett validerer dem som sannheter (kognitiv.no).

Det er viktig at miljøterapeut og pasienten har en felles forståelse og er enige om hvilke problemer de skal samarbeide om å løse. Helsedirektoratet (2014) beskriver brukermedvirkning som at pasienten (brukeren) er den viktigste aktøren i alle bruker- og pasientforløp.

2.7 Sokratiske spørsmål

Sokratiske spørsmål står sentral i kognitiv terapi. Miljøterapeuten spør pasienten med *ikke motstandsmobiliserende spørsmål*. Disse spørsmålene åpner opp for refleksjon, og er av en slik karakter at de opprinnelige tankene kan erstattes. Hensikten er å få en mer balansert tenkning omkring en hendelse, slik at pasienten kan se at det finnes mange ulike måter å tenke om samme hendelse. Spørsmål som miljøterapeuten stiller kan også få pasienten til å bekrefte eller avkrefte tolkningen eller oppfatningen miljøterapeuten har. (Berge og Repål 2011). Kåver (2012) sier at vi som hjelpere må spørre for virkelig å få vite hvordan pasienten tenker og føler. Hjelperen må ha en generell nysgjerrighet og undersøkende holdning. Berge og Repål (2011) mener at sokratiske spørreteknikk ikke innebærer at terapeuten skal overbevise pasienten om at hun har tenkt feil. Påpeking av negativt tankemønster medfører ikke til endring (Kåver 2012). Spørsmålene skal ikke være ledende, men åpne opp for refleksjon (Berge og Repål 2012). Spørsmålene skal være relevante og konkrete. Miljøterapeuten argumenterer ikke, kommer ikke med tolkninger,

eller tillegger pasienten følelser eller motiver som pasienten ikke selv erkjenner (Nielsen og Lippe 2003).

2.8 Grensesetting som miljøterapi

Grensesetting er en vel anvendt miljøterapeutisk metode (Vatne 2003). Dette er en aktiv måte, med en terapeutisk hensikt, å markere at det eksisterer et ytterpunkt som pasienten ikke bør eller må overskride (Strand 1990). Det innebærer å gi korreksjon eller veiledning på en atferd som ikke er hensiktsmessig (Hummelvoll 2004). Kognitiv miljøterapi handler om å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer, og samtidig hjelpe pasienten til å endre uhensiktsmessige tankemønstre som er forbundet med problemene. Tvang i betydningen å grensesette pasienten, forutsetter at miljøterapeuten har makt, eller reell makt over pasienten i situasjonen (Berge og Repål 2010). Det innebærer også at miljøterapeuten er villig til, og i stand til, å bruke denne makten for å påvirke pasienten i en bestemt retning (Vatne 2006).

Utføring av grensesetting er ikke kun en prosedyre, men egenskaper som er integrert i hjelperens personlighet. Miljøterapeuten må inneha en personlig kompetanse (Isdal 2003). For at det terapeutiske arbeidet skal forstås som miljøterapi, må den kunne begrunnes faglig, være planlagt, nyttiggjøre seg samhandling i samspill med omgivelsene. Når pasientens integritet og autonomi blir truet, for eksempel gjennom regler, begrensninger og tvang, vil det oppstå et behov for å gjenvinne kontrollen over sin egen situasjon. Dermed kan stramme rammer, makt og tvang i seg selv øke risiko for vold (Isdal 2003).

Medbestemmelse og innflytelse innenfor rammene av selve tvangstiltakene blir derfor viktig (Bunkholt og Larsen 1995). Avmakt reduseres ved å sikre pasientens deltagelse og selvbestemmelse (Isdal 2003). Et faglig planlagt arbeid står i kontrast til det tilfeldige (Bunkholt og Larsen 1995). Kvaliteten på hjelperrelasjonen er viktigere for resultatet enn selve behandlingsmetoden. En terapeutisk suksess oppnås gjennom alliansebygging (Halvorsen 2011). Se [punkt 2.4](#).

2.9 Kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv til maniske og aggressive pasienter

For å forstå når, hvordan og hvorfor miljøterapeuten benytter seg av kognitiv terapi til maniske og aggressive, pasienter vil jeg forsøke å definere grenseovergangene mellom frustrasjon til overgangen av utagering og den fysiske utøvelsen av vold.

En **frustrert** pasient opplever en ytre eller indre hindring ved behovstilfredsstillelse som et hindrer for å nå virkeliggjørelsens mål. Dette gir en følelse av skuffelse (Egedius 2006). Når pasienten er frustrert, forekommer det ofte sinne. **Sinne** er manglende evne til å kontrollere følelser av frustrasjon (Aamodt 2007). **Aggressive** pasienter har en tendens eller tilbøyelighet til å vise frustrasjon, aggresjon, true eller utøve vold. Altså atferd som består i at man går til angrep på de andre i den hensikt å skade dem. **Vold** er når pasienten anvender fysisk styrke og fysiske midler som påtrykk, eller for å gjøre sin egen vilje gjeldende på andres bekostning. Pasienter som **utagerer** har en atferd som består av at en gjentar sine fortrenge motiver og konflikter i stadig nye situasjoner (Egedius 2006). Miljøterapeuten benytter seg av **grensesetting** som beskrevet i punkt 2.8. hos frustrerte, aggressive, voldelige og/eller utagerende pasienter.

I ytterste fall må det utøves tvangsbruk mot pasienten dersom grensesettingen ikke fører frem. **Tvangsbruk** er makt som er definert som tiltak som pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at uansett motstand må regnes som bruk av makt eller tvang. Regelverket for bruk av tvang er regulert i psykisk helsevernloven og tilhørende forskrift (Fylkesmannen.no 2012).

Som en oppsummering av hvordan KT brukes i møte med maniske og aggressive pasienter i grensesituasjoner bør miljøterapeuten inneha en terapeutisk holdning som innebærer varme, respekt og empati for mennesket. Det kreves en høy grad av nærvær og følsomhet hos miljøterapeuten. Dette er beskrevet i punkt [2.3](#). Slik kan alliansen som beskrevet i punkt [2.4](#) opparbeides. Miljøterapeuten benytter seg av sokratiske spørsmål som er ikke-motstandsmobiliserende, beskrevet i punkt [2.7](#). Miljøterapeuten stiller ved hjelp av den sokratiske spørreteknikken spørsmål som får pasienten til å reflektere over sammenhenger mellom tanker, følelser og atferd, utdypet i ABC-modellen, jamfør punkt [2.5](#). Slik kan pasienten bli bevisst på automatiske tanker i forskjellige situasjoner. Miljøterapeuten

holder seg i slike situasjoner seg på ABC-modellens C-område, som er følelsene. Omtalt i punkt [2.2](#) om det terapeutiske perspektivet som beskriver hvordan miljøterapeuten er imøtekommende og konfronterer ikke, argumenterer ikke, kommer ikke med tolkninger, eller tillegger pasienten følelser eller motiver som pasienten ikke selv erkjenner. Dette medfører i mange tilfeller at pasientens aggresjonsnivå deeskalerer. Slik unngår den maniske pasienten avmaktsopplevelse som ofte utløser utagering som er en uønsket konsekvens av rigide grensesettinger.

3.0 Empiri

Johanne er en kvinne i midten av 20 åra som har multiple innleggelse i akuttpsykiatrien i maniske faser. Jeg møtte henne under hennes første innleggelse for 7 år siden. Hun var da i de mest maniske periodene en svært krevende pasient. Alliansen mellom meg og Johanne har likevel blitt veldig god, og det er denne alliansen jeg bruker for å nå frem til hennes kognitive fungering de gangene det har vært nødvendig å grensesette henne.

3.1 Tvangsinnleggelse

Rett etter innkomstsamtale blir Johanne høylytt og agitert, og kommer opp i ansiktet mitt:

Johanne: Lås opp den forbanna døra, jeg vil ikke være her!

Øynene til Johanne er svart, og hun har vansker med å holde spyttet i munnen. Johanne går deretter bort til utgangsdøra. Hun virker anspent og urolig der hun står, men også sliten og trøtt. Hun vakler litt frem og tilbake mens hun fikler med leilighetsnøkklene sine mot nøkkelhullet. Johanne virker irritabel når hun til slutt innser at det er sine egne nøkler til leiligheta si hun prøver å låse opp avdelingsdøra med.

Jeg: Hva er det som gjør at du ikke vil være her, da...?

Jeg er litt forsiktig når jeg spør. Jeg har erfaring med at Johanne kan være brå og nærgående når jeg spør om hennes følelsesverden når hun er agitert som nå.

Johanne: Jeg har jo ikke noe jeg trenger for å være her! Skjønner du ikke? Du ville faen meg ikke ha godtatt denne behandlingen du heller!

Johanne tramper i gulvet med den venstre foten, lar så blikket vandre betraktende opp og ned på meg i noen sekunder og fester øynene på nøklene mine på venstre hofte.

Johanne: Du..!? Du trenger bare å låse meg ut for helvete di fittekjerring!

Hun knytter neven et øyeblikk mens hun stirrer meg hardt i øynene, som for å få meg til å gi fra meg nøkkelknippet frivillig.

Jeg spør noe nervøst:

Jeg: Hva er det du trenger der ute, da..?

Johanne: De satans møkkafolka, politiet og de fra ambulansen lot meg jo ikke ta med meg noe! Jeg har ikke penger, røyk eller snus. Det eneste jeg har er mobilen min! Helvete, altså!

Johanne fikler med mobilen sin som om hun skal sende en melding. Tomlene scroller heftig på touchscreen 'en som om hun leter febrilsk etter noe.

Jeg: Okei, men hvis du hadde det du trengte, hadde det da vært greit å være her?

Johanne: Nei, det ville ikke det, men det ville i alle fall vært bedre når jeg først *er* innelåst på dette høllet her.

Johanne løfter øyenbrynene demonstrativt og mønstrer meg opp og ned før hun trassig og demonstrativt legger mobilen i jakkelomma si.

Jeg: Er mor di hjemme, kanskje..?

Johanne: Jeg vet da faen! Spiller det noen rolle??

Jeg: Tror du hun kunne ha hjulpet deg med dette nå i kveld hvis du ringte henne?

Jeg trekker lett på skuldrene mens jeg fomler i lomma mi etter avdelingstelefonen.

Johanne: Herregud, da! Fatter du ikke at mamma er drittlei av masinga mi??

Jeg: Vet hun at du er innlagt?

Johanne: Nei, ikke enda. Det skjedde jo så helvetes fort alt sammen!

Johannes stemme brister litt i det hun sier det, en tåre presses ut i øyekroken. Jeg aner konturene av en emosjonell vending i samtalen.

Jeg: Tror du hun kanskje ville forstått det likevel hvis du ringte henne nå og fortalte at du var innlagt igjen og ikke hadde det du trengte?

Johanne: Jo, kanskje...

Johanne trekker på skuldrene. Hun rykker lett til med overleppen. Jo, det er et tegn jeg har sett før, når Johanne kjenner tristhet men ikke klarer å verbalisere det.

Jeg: Vil du ringe selv, eller skal jeg gjøre det for deg?

Johanne: Off... Ring, du...

Johanne sukker oppgitt. Hun protesterer ikke fullt så heftig mer. Skuldrene senkes, og hun virker til å gi opp maktkampen.

3.2 Medisinering

Ved 22-tiden står Johanne på sine faste medisiner. Blant annet står hun på antipsykoticum som hun auto seponerte 14 dager før innleggelse. Jeg går inn på Johannes skjermingsrom hvor hun nå oppholder seg. Hun står med ryggen til med ansiktet vendt mot vinduet.

Jeg: Jeg kommer med de faste medisinene dine...

Johanne snur seg brått mot meg. Jeg rykker ett skitt tilbake, men stålsetter meg og blir stående.

Johanne: Jeg vil ikke ha de jævla medisinene!

Det er ubehagelig å bli konfrontert. Johanne har rett, hun har fortalt meg før at dette er medisiner som «ødelegger henne innvendig». Jeg får dårlig samvittighet over å nok en

gang stå her og tilby medisiner som hun gang på gang nekter å ta. Det er medisiner jeg ikke ville tatt selv.

Jeg: Hva som gjør at du ikke vil ta dem lenger, da?

Jeg vet allerede svaret, likevel drister jeg meg til å spørre.

Johanne: Jeg føler meg så tom i hodet av dem. Har jo ingen følelser lenger av å stå på den dritten der!

Jeg svelger hardt. Jeg så det komme. Jeg er usikker på hvordan jeg skal respondere uten å få Johanne til å utagere på meg.

Jeg: Hvilke følelser er det du mener som blir borte?

Johanne: Glede! Lykke, for faen! -Det har jeg jo sagt til deg før!

Jeg: Okei. Jeg husker det. Men husker du også at vi prate om dette sist gang også når du ikke ville ta medisinene?

Johanne: Joda, men jeg trenger dem ikke lenger!

Jeg griper etter den alliansen jeg og Johanne hadde rett før hun ble utskrevet for fire måneder siden. Jeg trenger den alliansen nå. Akkurat nå virker Johanne som en fremmed for meg.

Jeg: Jeg tenker egentlig litt annerledes rundt det... Jeg vet jo hvor godt du fungerer i de periodene når du bruker medisinene regelmessig. Det har du jo sagt selv også. Akkurat nå synes jeg du virker veldig gira. Hva synes du?

Johanne: Jeg vil ikke ha medisiner, har jeg sagt!

Jeg: Greit. Men hva tenker du at du trenger da?

Johanne: Jeg trenger bare å hvile litt.

Jeg ser at her er sjansen min til å innhente den gode alliansen jeg og Johanne hadde for fire måneder siden da hun var i god psykisk form før utskrivelsen.

Jeg: Får du det til da?

Johanne: Nei!

Johanne er rask med å respondere. Det virker genuint.

Jeg: Hva gjør at du ikke klarer å sove da?

Johanne: Hele meg føles som om jeg holder på å revne!

Jeg: Hva pleier å fungere når du føler holder på å revne da?

Johanne: Åhhh! Herregud! Jeg trenger å sove, er du helt idiot?

Jeg hadde Johanne nesten i dialog her før hun brøt ut med sjikane igjen.

Jeg griper etter muligheten til å være ydmyk og personlig i samhandlingen.

Jeg: He-he. Nei... Jeg tenker vel egentlig det samme. -At det er søvn du trenger. Jeg har sagt det før, søvn er den viktigste medisinen! Jeg føler meg også gira og rar når jeg ikke har sovet. Men noen ganger trenger mange, også jeg, litt starthjelp til å komme i gang med søvnen som er så viktig...

Johanne: Jo da, jo da... Få en jævla sovetablett da. Og en beroligende!

Jeg: Det er greit. Du står egentlig på Orifiril også, du vil ha det...?

Johanne: Nei! Jeg vil bare ha beroligende og sovemedisin, sa jeg!

Jeg: Okei. Da håper jeg du får sove godt i alle fall.

Jeg avrunder her samhandlingen med å takke for den imøtekommenheten Johanne hadde vist, og viste at jeg var rommet alle de emosjonelle utbruddene Johanne hadde under samhandlingen uten å tilsynelatende la meg påvirke av dem. Noe som ikke helt stemte.

4.0 Diskusjon

Siktemålet er således å belyse samt drøfte *fordeler* og *ulemper* kognitiv terapi medfører, både for miljøterapeuten og pasienten ved å implementere KT som terapeutisk perspektiv innenfor rammene den akuttpsykiatriske avdelingen setter.

Jeg har selv svart, og har hørt mange av mine kollegaer svare «Det kan jeg ikke gjøre, du er tvangsinnlagt». I slike ovennevnte utsagn stopper kommunikasjonen opp.

Miljøterapeuten inviterer med dette ikke til samhandling. Slikt kan medføre at pasienten opplever avmakt. Isdal (2003) mener vold må forstås som en reaksjon på, og mestring av avmakt, der vold blir makt som et botemiddel på avmakt. Således kan en tenke seg at flere tvangssituasjoner kunne vært unngått dersom miljøterapeuten unngikk å sette pasientene i en konfronterende situasjon. Kåver (2012) beskriver låsninger som kan oppstå i terapirelasjonen. I en slik situasjon sitter vi som miljøterapeuter fast i en unnvikelse, hvor en ikke kommer videre i samhandlingen. Låsninger i relasjonen truer alliansen mellom miljøterapeuten og pasienten. Det er pasientens opplevelse av alliansen som er sentral, ikke om miljøterapeuten mener at alliansen er god. I følge Berge og Repål (2008) oppstår alliansesvikt oftere enn miljøterapeuten tror, og at den beste måten å avdekke brudd i alliansen er å be pasienten om en åpen og direkte tilbakemelding.

Det er dog ikke så problematisk å få tilbakemelding fra en manisk pasient, da det ofte er full gass og null bremses i forhold til hva de tenker og føler... Dette letter jo på mange måter miljøterapeutens arbeide. Dersom pasienten avreagerer på miljøterapeuten, så påvirker det naturlig nok alliansen. Miljøterapeuten må kontinuerlig navigere forbi avreageringen og bekrefte og behandle pasienten selv under vanskelige omstendigheter (Kåver 2012).

Så lenge Johanne er tvangsinnlagt, kan jeg ikke låse henne ut av avdelingen. Det hadde også vært lett vint av meg som miljøarbeider å forfekte «Du må vente til du har pratet med legen i morgen, du får ta det opp da». Da hadde jeg ikke gitt Johanne en mulighet til å fortelle hvorfor hun ønsket seg ut av avdelingen. Jeg ville raskt ha låst relasjonen, og Johanne ville ikke hatt innflytelse, påvirkningsmulighet eller en følelse av å bli sett, hørt og forstått.

Jeg lykkes ikke å komme i mål med Johanne slik at hun fikk startet opp igjen med medisiner. Ved hjelp av refleksive spørsmål åpnet jeg opp i samhandlingen mellom meg og Johanne ved at hun selv forstod at hun trengte søvn men at hun ikke klarer dette på egen hånd. Altså ikke uten medisiner. Jeg konfronterer henne ikke med at «Da blir det tvangsmedisinering». Jeg bruker det heller ikke mot henne eller gjemmer meg bak at det er legen som mener hun bør ha medisiner. Det er *jeg* som vurderer at hun er i behov av det. Vatne (1995) hevder at det fra observatørsiden var lett å forstå pasientens angrep mot ansatte da de ble fratatt bestemmelsen over eget liv, altså personens autonomi. Særs om de ble behandlet med autoritære metoder som de opplevde krenkende. Likevel tenker jeg at jeg er godt fornøyd med bare å ha fått en bevegelse i samtalen. Altså unngikk jeg låsninger i samhandlingen.

Vatne (2003) skriver hvordan pasienter uttrykte at de opplevde grensesetting som en maktstrategi fra miljøpersonal. Dersom grensesetting anvendes uheldig, ufølsomt og mekanisk, oppleves dette som straff og overgrep av pasienten. Strand mener (1995) at det da ikke fungerer terapeutisk. Ut i fra tidligere erfaring med Johanne lykkes det enkelte ganger ikke å benytte seg av alliansekontoen. Da opplever jeg meg raskt som en dårlig miljøterapeut. Ingen parter opplever det som egenmestring (Berge og Repål (2010).

Vatne (2003) gir en fremstilling av hvordan miljøterapeutene selv grensesetter i en akuttpsykiatrisk avdeling, hva de legger vekt på, og hva de mener er hensikten med å grensesette psykiatriske pasienter. Hun presenterer en begrepsmodell om korrigerende tilnærming. Hun beskriver omsorgsrollen som miljøterapeuten har. Oppdragerrollen innebærer å være til stede, tilby pasienten tjenester, gi råd og anbefaling. Dette samsvarer med slik KT blir brukt til de maniske og aggressive pasientene jeg omtaler i oppgaven. Dette innebærer ifølge Vatne (2003) å skape sikkerhet og trygghet slik at pasientene med risikofølelse eller ukritisk atferd ikke skader seg. Videre skal dette tilfredsstille psykososiale behov pasienten har. Dette kan også kan relateres til KT hvor miljøterapeuten er tilstedeværende. Vatne (2003) ser også på forutsigbarhet og struktur i avdelingen. Dette mener jeg er todelt. Forutsigbarhet kan helt riktig medføre det Vatne (2003) poengterer, det kan gi trygghet til pasienter som er preget av tankekaos og kaotisk atferd. Slik en manisk og aggressiv pasient ofte har. Men dette kan også skape uro, da disse pasientene må innfinne seg i husregler avdelingen måtte ha. Det kan også virke provoserende å måtte

følge regler pasienten ikke føler for å følge, da mange av disse pasientene opplever seg omnipotente.

Dersom Johanne hadde benyttet seg av vold for å unngå det ubehaget hun kunne opplevd hvis jeg var rigid ved å kun nekte å låse henne ut, kunne dette eskalert til en utagering. I følge Vatne (2003) er det ofte uunngåelig å utøve tvang på pasientene, dersom pasienten utagerer. Dette for å unngå skade på inventar, miljøpersonale eller medpasienter.

Isdal (200) mener miljøterapeuter som opplever vold og traumatiske opplevelser på jobb kan få sekundærtraumer. Både Isdal (2000) og Berge og Repål (2010) mener en god miljøterapeut klarer å gi omsorg til pasienten, til tross for at pasienten utviser en atferd det kan være vanskelig å stå i. Dersom jeg hadde sagt til Johanne at «Da blir det tvangsmedisinering» hadde jeg antakelig henne. Dette ville gitt henne en opplevelse av avmakt. Sannsynligheten for et godt utfall er langt større dersom miljøterapeuten blir oppfattet som forståelsesfull, respektfull og engasjert, og at miljøterapeuten formidler trygghet, håp og realistisk optimisme (Berge og Repål 2010). For eksempel kunne jeg ha spurt Johanne hvordan hun pleier å føle seg etter å ha sovet noen timer. Dersom hun hadde sagt at hun da følte at hodet ikke var så gira, ville jeg kanskje da spurt videre om hvordan hun tenkte legen ville vurdere henne om hun ikke var så gira. Johanne ville kanskje svart at hun fikk ut på lukket avdeling. Jeg ville gitt henne håp om at det er ett steg videre til utskrivelse om legen velger å flytte henne ut på lukket avdeling.

Avdelingsstrukturen er ment til å speile samfunnet for øvrig, slik at pasienten får øving i avdelingen på å mestre en utskrivelse og kunne delta i samfunnet uten å møte på for mange problemer. Enten eller valg kan oppleves som straff - eller belønning på ønsket atferd (Vatne 2003). Videre skriver Vatne (2003) hvilke uheldige konsekvenser oppdragerrollen kan gi, som interessekonflikter mellom miljøterapeut og pasient. Skjult tvang som Vatne (2003) skriver om, kan være innbakte i utsagn som «da har vi en avtale» fremstått i en monolog fra miljøterapeutens side. Slike appeller til fornuft ikke medfører til innsikt. Dette samsvarer med hvordan KT bruker veiledning i den sokratiske spørreteknikken. Det synes ut som om Vatne (2003) peker mot en KT tilnærming, da hun omtaler omsorg som å være til stede for pasienten, slik en miljøterapeut beskrives av Berge og Repål (2010).

- Er implementering av kognitiv terapi mulig i grensesettingssituasjoner på en akuttpsykiatrisk avdeling?

Ord forløser! Dette handler ikke om hvem som eier sannheten, men hvordan sannheten oppleves for pasienten. Dersom miljøterapeuten unnlater å stille spørsmål når pasienten opplever situasjonens om låst, vil alliansebyggingen brytes. Dette gir ikke pasienten en god opplevelse, og risikoen er at pasienten opplever at «systemet» ikke gir den hjelpen som pasienten opplever hun er i behov for (Berge og Repål 2010). Avmakt gjør vondt, og er vondt å kjenne på. En føler ikke at en strekker til, men føler andres forakt og avvising (Vatne 2003). Det er nok lettere i en travel hverdag å forfekte: «Det er bare slik, det er bestemt, det er ikke noe jeg kan gjøre noe med». Sparer dette oss virkelig for tid og ressurser i en travel akuttpsykiatrisk avdeling? Hva risikerer vi ved å forfekte slike tomme utsagn? Er det ressursbesparende at pasienten blir utagerende når flere miljøpersonaler må til for å hankses situasjonen? Fremfor at ett miljøpersonale bruker 5-10 minutter ekstra på å undre seg på hva som står bak de ønsker og krav som fremsettes. Og kanskje er ikke «kravene» som fremsettes av pasienten så urimelig som de først syntes å være dersom man finner ut hva som er den underliggende motivasjonen. Og kunne utageringer vært unngått? Tvangsmedisineringer, beltelegginger med fastvakt omfatter store personalressurser. Dette er ressurser som heller kunne vært brukt til annen god miljøterapi som kan oppleves meningsfullt for pasienten.

Målet med miljøterapi er å korrigere negative og dysfunksjonelle strategier, og støtte pasienten mot økt autonomi og selvstendighet slik at pasienten kan utskrives. Det kan synes vanskelig å implementere KT i helhet som tilnærming til pasientene i akuttpsykiatrien, da liggetiden er relativt kort, samt at pasientgruppen har de mest alvorlige psykiske lidelsene. Likevel mener jeg det er mulig, dersom man fokuser på pasientens opplevelse i her og nå situasjonen. Det vil med stor sannsynlighet være vanskelig å bruke KT i sin helhet, hvor hverdagen er travel, overbelegg, samt en ofte overfylt skjermingsenhet. Likevel er hensikten å finne alternative intervensjoner i låste situasjoner som lett kan oppstå (Berge og Repål 2010). Slik kan en også tolke at en kan benytte KT i en akuttpsykiatrisk avdeling for å unngå avvikende atferd, som aggresjon og utagering. KT kan gi pasienten alternative handlingsmåter framfor å utøve vold. Vatne (2003) poengterer at avmaktsopplevelse er en «tap-tap-situasjon» i slike situasjoner. Et menneske som er innelåst mot sin vilje er i utgangspunktet fratatt valgets frihet. Motivering av håp og bedring styrker denne alliansen mellom miljøterapeut og pasient. Dette kan være når jeg

som miljøterapeut bruker min tidligere erfaring, hvor alliansen er bygd opp over tid. Dette kan gi ærlige, konkrete tilbakemeldinger til Johanne hvilken atferd som *forventes* av behandlerne før hun oppleves å være i en slik forfatning at hun kan skrives ut. Dette kan for eksempel være at hun klarer å holde seg til de reglene som er i avdelingen, som for eksempel ro i posten etter klokken 22:00. Jeg kan da stille spørsmål hvordan hun tenker det er nyttig å forholde seg til ro på avdelingen, samt forsøke å lytte til hva nattevaktene sier til henne når de kommer på vakt.

Alliansebygging og grensesetting på samme tid, er det mulig?

Bacheloroppgaven ble skrevet med pensumteori på grunnutdanningen, og syv ukers praksis som student ved akuttpsykiatrisk avdeling som forståelsesramme. I oppgaven ble grensesetting som miljøterapi forstått fra min daværende referanseramme på denne måten:

Maniske pasienter fremmer sine krav på en svært aggressiv og pågående måte når de vil at andre skal oppfylle dem. Det er derfor viktig for miljøterapeuten å forholde seg til pasientens reelle behov, og ikke på grunnlag av pasientens krav. Grensesettingen bør være enkel og direkte, og ikke invitere til videre diskusjon. Grensesettingen forutsetter at miljøterapeuten er sikker på *nødvendigheten* av å sette restriksjoner for pasienten.

Dessverre kommer det tydelig frem *hvem* som definerer hva som er akseptabel atferd eller ei, og hvem som bestemmer hva pasienten anser som viktig. Det fremkommer en tydelig asymmetri i maktbalansen, og som igjen kan bidra til eskalering i dragkampene mellom miljøterapeut og pasient. Johanne kan potensielt utøve vold mot meg som miljøterapeut for å komme seg vekk fra den ubehagelige situasjonen hun står i.

Egen erfaring fra praksisfeltet stemmer dessverre en del overens med Hummelvoll (2000) hvor teorien fra Bacheloroppgaven er hentet. Pasientene synes å fremme kravet sitt enda sterkere, eller gå hardere og hardere til verks for å vise at de føler seg krenket. Det er den terapeutiske holdningen som er av stor betydning for hvordan kontakten med pasienten kommer til å utvikle seg, noe som vil bli viktig i det senere forløpet.

Dess bedre kontakt miljøterapeuten har med pasienten, dess raskere søker de hjelp hvis de maniske symptomene begynner å blomstre opp (Cullberg 1995). Det er miljøterapeuten som har ansvar for å få relasjonen til å fungere (Reichelt og Haavind 2005). Min påstand er

at en miljøarbeider som viser omsorg til pasientene som er i opplevd krise, er langt mer allianseskapende enn rigide grensesettinger. Ved å undres over hva som ligger bak pasientens ønsker eller krav, som jeg som miljøterapeut kan synes er urimelige, så vil jeg kanskje kunne finne en naturlig forklaring på at pasienten krever seg låst ut fra avdelingen? Kanskje bekymrer pasienten seg for om TV 'en ble avskrudd, eller om døra ble låst da ambulanspersonell og politi kom for å hente henne mot sin vilje, eller hun ikke har medbrakt toalettsaker? Jeg har ikke berørt det følelsesmessige aspektet som pasienten har i min bacheloroppgave. «Følelse er ikke blitt møtt med følelse».

I medisineringsituasjoner, hvor pasienten er uenig i at hun er i behov av medisiner, er det lett å si: «Legen har bestemt at du skal ha...». Jeg har selv brukt dette som argument tidligere. Dette er noe jeg har gått vekk i fra, da jeg ser at dette ofte virker mer som en provokasjon og øker avmaktsopplevelsen for pasienten. Ofte får jeg i retur fra pasienten: «Legen ser meg bare 20 minutter hver dag, hvordan kan legen vite hva jeg trenger?». Det har fått meg til å reflektere over *min egen betydning* som miljøterapeut som er langt mer sammen med pasienten og i flere ulike situasjoner. Den sårbare pasienten er i en avmaktsposisjon mot systemet.

Å føle seg sett og hørt som menneske kan bidra til å styrke relasjonen og alliansen som er viktig for det videre samarbeidet (Vatne 2003). Det er viktig å ikke undervurdere de hverdagslige temaene, det er der livet foregår og utfordringene i livet er. Hverdagslige tema reduserer maktubalansen som kan oppstå i relasjonen mellom miljøpersonalet og pasient. Hverdagslige tema kan være hva Johanne ønsker seg til kveldsmat.

Selv om min egenerfaring og påstand sier meg at det er mulig å benytte seg av kognitiv terapi i møte med maniske pasienter, fant jeg kun én relevant forskningsartikkel på databasesøk på Ovid og Pro Quest. De fleste forskningsartikler som omhandler behandling av maniske pasienter beskriver kun medikamentell behandling. Masoudi m.fl. (2009) hevder at KT fungerer på maniske pasienter, dersom de ikke er så maniske at de er blitt psykotiske. KT til maniske pasienter er en *komplementær behandling*. Behandlingen av maniske pasienter gir best resultat dersom det ble benyttet KT i tillegg til medikamentell behandling. Jeg støtter Masoudi m.fl. (2009) i denne påstanden.

Det videre arbeidet lettes dersom pasientens ønsker om hvordan de blir møtt ved eventuelt senere innleggelse. *Avtaler* gjort under tidligere innleggelse om hvordan pasienten selv ønsker at grensesettingen skal foregå, eller i hvilke situasjoner det kan være nødvendig å sette grenser (Vatne 2003).

Å forstå samspillet mellom hva pasienten gjør i maniske faser, og hvilke skamfølelser som kommer frem i den depressive fasen tror *jeg* mye av nøkkelen for å forstå når pasienten er i behov av grensesetting. Trenger man å grensesette alt som miljøpersonalet opplever som uønsket atferd? Hvilke konsekvenser vil det ha for pasienten dersom pasienten ikke får grensesetting? Er det god miljøterapi av pasienten å plukke på all negativ atferd? Er det god miljøterapi å overse negativ atferd som pasienten vanligvis ikke har i friske faser? Jeg lar disse spørsmålene stå åpent da jeg tenker svarene vil være individuelt fra miljøterapeut til miljøterapeut.

Førstegangsutbrudd av mani, hvor pasienten selv ikke har egenerfaring med *skammen* som ofte medfølger etter maniske episoder kan også være krevende. Jeg har da ikke noe historikk å vise tilbake til, som også Vatne (2003) skriver om i sin bok. Det er viktig at jeg som miljøterapeut bekrefter det opplevde behovet som pasienten har. Dette kan skje ved å legge seg nært inntil pasientens opplevelsesverden samt anerkjenne pasientens følelser. Det er *følelsen* som er opplevelsesnært og direkte tilgjengelig for pasienten. Når pasienten først fysisk utagerer, er det er dessverre uunngåelig å utøve tvang. Fastholding og/eller beltelegging oppleves for mange pasienter som en ytterligere krenkelse enn grensesettingen i seg selv. Jeg har som miljøterapeut i 10 år etter hvert fått en del erfaring med at KT *kan* brukes i grensesettingssituasjoner, selv om det har vært vanskelig å finne mye litteratur på det. Etter hvert som jeg har vokst på meg erfaring i akuttpsykiatrien, har jeg opplevd som miljøterapeut, at selv i grensesettingssituasjoner kan jeg gå hjem fra arbeid med mestringsfølelse.

Miljøpersonalet skal fungere som en stabilisator på det som er ustabil. Jeg er da, som Johanne riktig sa, en festbrems. En terapeutisk festbrems. Ved å bruke KT som tilnærming, klarer miljøterapeuten å være terapeutisk festbrems på en måte som likevel oppleves som akseptabelt for pasienten. Mestring gir tilfredsstillelse. Mestring handler om å ha utrettet noe som gir tilfredsstillelse (Berge og Repål 2010). Dessverre ser jeg at miljøpersonalet ofte bruker unnvikelsesstrategier for å slippe konfrontasjon når pasienten fremsetter krav

og ønsker som ikke kan imøtekommes. Berge og Repål (2010) beskriver dette som vonde sirkler for miljøterapeutene: de blir fremmedgjort for seg selv. Nummenhet, distanse fra andre, for eksempel på grunn brutalitet og overgrep i akuttavdelinger. Utbrenthet hos miljøarbeiderne som er utsatt for sjikane, trusler og vold kan oppleve avmakt, og igjen kan medføre at de gir lite av seg selv. Kollegastøtte blir derfor viktig for å unngå at miljøterapeutene skal oppleve avmakt (Berge og Repål 2006). De gangene jeg ikke mestrer en samhandling, opplever også jeg avmaktsopplevelse. Jeg tviler på meg selv, og opplever ikke meg selv som en profesjonell miljøterapeut. *Min* mestringsopplevelse er derfor også viktig for å være trygg i relasjonen.

Når pasienten er i en kontekst hvor hun for en periode er fratatt friheten til å bestemme i eget liv, er det viktig at hun har en påvirkningskraft som kan gi en opplevelse av likevel være et unikt individ. Slik kan det medføre at mestring likevel oppleves. Og dette oppnås ved å veilede dem til å selv finne andre løsninger når det fremsettes ønsker og krav innenfor rammene en akuttpsykiatrisk avdeling har. Å bli konfrontert skaper selvforakt, selvkritikk, skam og skyldfølelse (Berge og Repål 2010). Miljøterapeutens bidrag er forskjellige, slik alle pasientene er unike. Således gir dette også *ulike resultat for alliansen* mellom miljøterapeuten og pasienten.

Som i Johannes tilfelle, er det dessverre vanlig med tilbakefall og tilbakeskritt, slik Berge og Repål (2010) avrunder sin bok med. Derfor er det viktig med miljøterapeuter som motiverer de sårbare pasientene. Livshendelser er uunngåelig. Men med å motivere pasienten til å fortsette med medisiner etter utskrivelse for å unngå fremtidige innleggelse og ytterligere krenkelser vil være viktige bidragsytelser fra miljøterapeutene til våre pasienter.

5.0 Konklusjon

Min tidligere forforståelse av grensesetting til maniske pasienter er utfordret. Den har vært i endring, og er stadig i endring gjennom min videreutdanning i psykisk helse.

Sett i retroperspektiv fremstår min Bacheloroppgave fra 2008 som veldig teoretisk og lite opplevelsesnært. Dette til tross for at jeg også den gang refererte til store deler av Vatnes (2003) bok, *Korrigere og anerkjenne*. Dette med samme problemstilling rundt sykepleie til maniske pasienter i akuttpsykiatrien. Jeg har nå en annen forståelsesramme som utgangspunkt når jeg leser Vatnes (2003). Boka til Vatne (2003) gir nå en annen dybde, forståelse og mening. Sist jeg brukte Vatnes (2003) bok satt jeg igjen med spørsmål: «Var dette virkelig alt jeg som miljøterapeut i psykiatrien til maniske og aggressive pasienter kunne gjøre?».»

Tidligere oppfattet jeg grensesetting som en rigid og bastant tilnærming som var *nødvendig* når maniske pasienter var aggressive og fremmet urealistiske krav. Denne holdningen har endret seg, og det syntes ikke lenger å ha et formålstjenlig innhold. Dette vil kun skape avmakts opplevelse. Og således medføre at pasienten opplever motstand og benytter seg av vold for å komme ut av den ubehagelige situasjonen.

Jeg påstår at ved å benytte seg av kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv, så har jeg et verktøy som egner seg godt for å deeskalere vanskelige situasjoner. Dette gjelder selv hos maniske og aggressive pasienter hvor det i utgangspunktet kan være vanskelig å oppnå allianse. Også hvor situasjonen oppleves tilsynelatende låst, og det kan synes at tvangsbruk som miljøterapi er eneste utvei for å unngå skader på personal og inventar.

Ved bruk av blant annet grunnholdningen, sokratiske- og refleksive spørsmål som den kognitive miljøterapeuten skal benytte seg av, mener jeg at utagering og tvangssituasjoner kan unngås. Således kan begge parter oppleve å komme ut av en potensielt vanskelig samhandlingssituasjon med mestringsfølelse. En vinn-vinn situasjon, hvor begge går ut som vinnere.

Jeg har også fått erfare at de ønsker og krav som fremsettes, som i første øyeblikk synes urimelige, kan for pasienten være reelle grunner til at de fremsettes. Ved å utforske

pasientens ønsker og krav, har jeg mange ganger fått et nytt syn på tilsynelatende «urimelige» pasienter. Derfor er jeg med årene i mitt møte med pasientene blitt mindre og mindre rigid, og har fått mer fokus på å møte pasientens opplevelse. Selv om det ikke alltid synes at ønskene og kravene har et annet et formål enn å teste miljøarbeideren som person og hvor grensene ligger. Det synes å være personlig hvor grensene til den enkelte miljøarbeider er, og hvordan grensesettingen utøves. Da disse grensene vil være avhengig fra miljøarbeider til miljøarbeider. Det kan tenkes at det for pasienten oppleves å være en trygghet å vite hvem miljøarbeideren er og hvor grensene og rammene er satt i avdelingsmiljøet, jamfør avtaler som er inngått med pasienten.

Avdelingsmiljøet speiler også omverdenen utenfor avdelingsstrukturen, med de rammene som samfunnet for øvrig setter. Slik sett kan en se på avdelingsstrukturen som et øvingsrom for pasienten, hvor miljøarbeideren holder struktur og orden som samfunnet for øvrig ville satt.

Ved gode samhandlinger som ender godt for begge parter, får pasienten erfaring med at jeg som miljøarbeider ønsker henne vel. *Alliansekontoen* fylles opp for hver innleggelse pasienten har. Det vil si at for hver gang jeg får pasienten til å føle mestring i en samhandling som potensielt kunne ha eskalert til tvangsbruk, bidrar dette til *mestringsfølelse* og *økt allianse*. Noe som letter samhandlingen vår ved senere innleggelser.

Det ligger *omsorg* i grensesettingen jeg utøver. Dette er en holdning som pasienten merker, og som styrker alliansen. Denne ser som sagt ikke noe som kun etableres i startfasen av relasjonen, men er en pågående prosess gjennom behandlingsforløpet. Jeg ønsker således som miljøterapeut at pasienten skal finne alternative strategier i en situasjon hvor hun står i fare for å blamere seg selv eller velge handlinger som jeg antar hun kommer til å angre på i ettertid. Noen ganger lykkes det, andre ganger ikke. Min erfaring er at undring fra meg som miljøterapeut i stor grad bidrar til at vi kan unngå de store konfrontasjonene som skaper avmaktsfølelse hos pasienten.

Jeg har med årene blitt mer liberal i mine måter å kommunisere med pasientene mine, noe jeg anser er en mer hensiktsmessig måte å kommunisere og samhandle på. Om pasienten opplever det som maktdemonstrasjon eller omsorg fra meg som miljøarbeider kommer an

på *hvordan jeg utøver grensesettingen*. Min forståelse av begrepet *grensesetting* har endret seg med tiden jeg har jobbet i psykiatrien. Mitt håp for psykiatrien i fremtiden er at vi kan gå vekk fra å bruke begrepet *grensesetting til veiledning*. Det ligger mer omsorg i ordet *veiledning* enn *grensesetting*. Pasienten er tross alt ikke en passiv mottaker, men en aktiv bidragsyter.

Jeg konkluderer med at *det er mulig* og formålstjenlig å benytte seg av kognitiv terapi hos maniske og aggressive pasienter selv om de fremmer ønsker og krav sett opp mot de rammene en akuttpsykiatrisk avdeling har.

Referanseliste

Bøker

Aamodt, Laila Granli. 1997. *Den gode relasjonen: støtte, omsorg eller anerkjennelse?*.

Oslo: Ad notam

Aamodt, Laila Granli. 2007. *Den gode relasjonen: støtte, omsorg eller anerkjennelse?*.

Oslo: Ad notam

Aarøe, Rolf; Øiesvoll, Margit. 2004. *Tenk viss hva så?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Andersen, Johan W; Karlson, Bengt. 2012. *Psykisatri i endring. Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Beck, Judith S. 1995. *Cognitive therapy. Basics and beyond.* New York: The Guilford Press.

Beck, Judith, S. 2006. *Kognitiv Terapi, -teori, udøvelse og refleksion.* 1. utgave. Danmark: Akademisk Forlag

Berge, Torkil; Arne Repål. (2010). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi.* 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bunkholt, Vigdis; Larsen, Erik. 1995. *Metodisk barnevernsarbeid.* Oslo: Aschehoug

Cullberg, Johan. 1995. *Dynamisk psykiatri.* 4. utgave. Otta: Engers Boktrykkeri A/S.

Eknes, Jarle. 2006. *Depresjon og mani. Forståelse og behandling.* Oslo:

Universitetsforlaget

Haver, Brit; Kjetil J. Ødegaard; Ole Bernt Fasmer. 2012. *Bipolare lidelser.* Oslo:

Fagbokforlaget

- Hummelvoll, Jan Kaare. 2004. *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kringlen, Einar. 2006. *Psykiatrici*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Isdal, Per. 2003. *Hva er vold? Vold i skolen*. Otta: Kommuneforlaget
- Isdal, Per. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget
- Kåver, Anna. 2012. *Allianse- den terapeutiske relasjonen i KAT*. 1.utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Nielsen, Geir Høstmark; Von der Lippe, Anna Loise. 2003. *Psykoterapi med voksne, fem perspektiver på teori og praksis*. Otta: Pensumtjeneste A/S
- Reichelt, Sissel; Haavind, Hanne. 2005. *Aktiv psykoterapi. Perspektiver på psykologisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Schibbye, Anne Lise Løvlie. 2003. *Å bli kjent med seg selv og den andre: om utvikling av selvrefleksivitet og undring i dialektisk relasjonsteori*. Oslo: Gyldendal Forlag
- Skau, Greta Marie. 2003. *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget
- Skjervheim, Hans. 1996. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug
- Snoek, J.E; Engedal, K. 2005. *Psykiatrici, kunnskap – forståelse – utfordringer*. Akribe
- Strand, Liv. 1990. *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1. utg.
- Vatne, Solfrid. 2003. *Korrigere og anerkjenne: sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Oslo: Universitet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Wilhelmsen, Ingvard. 2004. *Sjef i eget liv- en bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertevig Forlag

Nettsider

Fylkesmannen.no. 2012. *Tvang*.

<https://www.fylkesmannen.no/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Tvang/>

[Lest: 24.02.18]

Norsk Forening for Kognitiv terapi. «Kort innføring i kognitiv terapi».

<http://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>

[Lest: 28.03.18]

Fagartikler/tidsskrift

Halvorsen, Grete Salicath. 2011. *Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende. - En studie i forståelsen og anerkjennelsens betingelser og utviklingsmuligheter*. Bodø: Universitetet i Nordland [212 sider]

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/376138/Halvorsen.pdf>

[Lest: 21.03.18]

Helsedirektoratet. 2012. *Nasjonal faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidningar*.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidningar.pdf>

[Lest: 19.03.18]

Helsedirektoratet. 2014. *Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.*

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalpsykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

[Lest: 21.03.18]

Skårderud, Finn; Sommerfeldt, Bente. 2008. Mentalisering. Et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128(9): 1066-1069.

<https://tidsskriftet.no/2008/05/kronikk/mentalisering-et-nytt-teoretisk-og-terapeutisk-begrep>

[Lest: 20.03.18]

Doktorgradsavhandlinger

Vatne, Solfrid. 1995. *Kan bortebane bli hjemmebane? Brukermedvirkning i miljøterapeutisk arbeid med unge mennesker med schizofren atferd.* Trondheim:

Allmennvitenskapelig universitet

[Lest: 18.03.18]

[288 sider]

Forskningsartikler

Masoudi, Shahed; Modares, Garavi Morteza; Hashemabadi, Ghanbari; Haghghi, Amir-Reza. 2009. The effect of Group Cognitive-Behaviour Therapy in

combination with Pharmacotherapy on Mania and

Depression Symptoms and Awareness of Warning Signs of Relapse in Patients with

Bipolar Disorder. *Iran J Psychiatry* 4: 67-73

Tilgjengelig fra: Pro Quest

[Lest: 18.03.18]

[6 sider]

Støttelitteratur, nettsider

Sunde, Steinar. 2012. (Norsk Forening for Kognitiv terapi. "*Foreldreveileder i sinnemestring*")

http://www.littsint.no/downloads/Littsint_NO.epub

[Lest: 18.03.18]

Bacheloroppgave, studentoppgave

Vikhagen, Helene. 2008. *Sykepleie til pasienter med mani innlagt i psykiatrisk avdeling.*

Molde: Høgskolen i Molde