

# Terapeut og myndighetsperson

## - om å ha faglig ansvar for tvangsvedtak i psykisk helsevern for voksne

TEKST

Øyvind Fallmyr

PUBLISERT 1. januar 2005

Den 1. januar 2001 trådte den nye psykisk helsevernloven i kraft. Loven gav psykologene økt ansvar og myndighet i pasientbehandlingen, noe Psykologforeningen hadde jobbet hardt for. Psykologspesialister med vedtakskompetanse har i dag det faglige ansvaret for vedtak, oftest gjennom delegasjon fra lege i overordnet stilling, noe som også gjelder overlegene. Tidligere kunne psykologens meninger vektlegges i en vurdering om bruk av tvang, men dette var opp til psykiateren. Som psykologer slapp vi ansvaret, og kunne operere ganske fritt som relativt nøytrale hjelpere. Dette gav en god plattform for alliansebygging og terapeutisk tilknytning.

Janus var den romerske guden som var herre over inn-og utganger. Uttrykket «Janusansikt» brukes om en som taler med to tunger, eller som er tvetydig. Jobben som psykologspesialist i en sengepost endret seg med den nye loven. Fra å være ganske avgrenset til hjelperollen, skulle vi i tillegg ikle oss myndighetsrollen. I mange pasienters øyne blir vi nå i større grad sett på som et janusansikt, og vi må spørre om en slik fremtoning kan drive effektiv individualterapi. Jeg skal forsøke å beskrive noen av utfordringene denne rollen gir oss som psykologer, og hvordan vi kan håndtere dem. Jeg tar utgangspunkt i hvordan det nye lovverket virker inn på hverdagen til en klinisk psykologspesialist i en forsterket lukket sengepost i psykisk helsevern for voksne.

### Faser og rolleendringer

Som psykolog har jeg ambisjoner om å etablere terapeutiske relasjoner til pasientene og starte forsiktige endringsprosesser. Selv om mye av behandlingen skjer gjennom miljøterapien, er det viktig at pasientene tilbys individuelle terapeutiske samtaler. Psykologens terapeutfunksjon, uavhengig av teoretisk ståsted og metoder, regnes som viktig og forventes av mange pasienter og ansatte i en langtidspost. Når vi jobber med ekstremt sårbare personer som er hypersensitive for invadering, kontroll, fiendtlighet og avvisning, blir jeg som terapeut satt på prøve når jeg også er en frihetsberøver og kontrollør. Pasienten blir «påtvunget» en behandling som skal gis av den som fatter tvangsvedtakene. Er det riktig å tilby pasienten terapeutiske samtaler når du samtidig har så mye makt? Spørsmålet om det går an å fylle begge rollene dukker raskt opp. Det gjør det. I mange tilfeller. Det krever at imidlertid at du vet at det er ulike faser i behandlingen, og at din rolle endrer seg etter som pasienten endrer seg.

## **Å akseptere bruk av tvang**

Når jeg aksepterer tvangsbruk som en del av jobbhverdagen, er det blant annet fordi jeg tror de fleste av pasientene vil akseptere det i etterkant, når han/hun ser at skuta var uten skipper, og at noen måtte overta roret en periode. At pasientens lege, offentlig myndighet, og ofte de nærmeste mener at tvangsbruk er nødvendig, er også en del av grunnlaget for tvangsbruken. Hva slags vedtak er det en psykolog fatter i løpet av en arbeidsuke? Det dreier seg om vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern (§3-1) eller observasjon i inntil 10 dager (§3-8), vedtak om forlengelse av tvungent psykisk helsevern etter ett år (§3-10), vedtak om skjerming (§4-3), vedtak om restriksjoner i forhold til omverdenen ved å nekte vedkommende å motta besøk, benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker (§4-5), vedtak om undersøkelse av rom, eiendeler, samt kroppsvisitasjon (§4-6), vedtak om beslag av medikamenter, rusmidler, rømningsmidler eller farlige gjenstander (§4-7). Og til slutt, vedtak om overføring til annen institusjon (§4-10). Vedtak om tvangsmedisinering (§4-4) og vedtak om bruk av tvangsmidler (belter, isolering bak låst dør og enkeltstående bruk av kortidsvirkende medikamenter) (§4-8) er forbeholdt psykiaterne.

## **I starten**

De fleste reagerer med sinne, skam og selvforakt når de får beskjed om at tvangsvedtak er fattet. Jeg som behandler blir oftest plassert i en formynderrolle, noen som fratrukker autonomi og aktiverer avmakt. Projeksjonene som følger, har rot i virkeligheten her og nå. De fleste pasienter opplever at vedtakene er ødeleggende, i en fra før terrorpreget virkelighet. Dette gir næring til opplevelsen av at du vil skade dem. Tvangsvedtakene medfører at kontakten med de nærmeste reduseres, og pasientene fratrukker rutiner. De påtvinges andres selskap, noe mange frykter i høy grad. At de andre innlagte er preget av uro, uforståelig prat og sinne, gjør ikke den sosiale angsten mindre. Mange er avhengige av rusmidler, noe vi forsøker å stoppe. Hvis vi lykkes, gir det ofte sterke abstinensreaksjoner. Som erstatning får pasientene antipsykotisk medisin, noe de færreste ønsker. I en slik situasjon trengs noen å prate med. Det er da du som behandler kommer på banen og kanskje ivrer etter å benytte Karon og VandenBos (1985) sin anbefalte åpningsreplikk «Hva kan jeg hjelpe deg med»? Gjør du det, setter du pasienten i en «double bind»-situasjon. Hvis du i stedet spør hva vedkommende trenger, svarer nesten alle «å komme ut herfra». Det er der det gjerne starter, å prate eksplisitt om hvorfor vedtaket er fattet. Noen opplever tvangsinnleggelsen som betryggende og ivarettende, dette gjelder særlig de som har vært i hus tidligere, og som kjenner både ansatte og innlagte. Dette kan også gjelde noen førstegangs-innlagte som vet at de trenger ivarettelse.

## **Underveis i behandlingen**

Din og miljøterapeutenes interesse, tydelighet og jevne kontakt, sammen med legens medisinering og somatiske ivarettelse, skaper som regel en gradvis trygghet som gir mer rom for tilknytning og mer positive overføringsreaksjoner. Du påfører imidlertid pasienten hele tiden en ambivalens som er svært krevende. En person med psykose

trenger ofte å polarisere andre i klare kategorier, som for eksempel helt gode, eller helt onde. Alliansen med pasientene avhenger ofte av idealisering av terapeuten, slik at denne blir helt god, og dermed til å stole på. Dette kan være veien ut av en psykose. Myndighetsrollen din vil stadig rive opp pasientens nødvendige idealiserte bilde av deg, og denne selvobjektsvikten kan for pasientene oppleves som retraumatiserende og derfor kontraterapeutisk. Relasjonen kan snu på timen fra god til ille, spesielt timen hos kontrollkommisjonen. Da blir det høytlesning fra dine journalnotater, med pasienten og dennes advokat på den andre siden av bordet. Du skal forsvare vedtak eller opprettholdelse av vedtak: «Pasienten har etter min vurdering en alvorlig sinnslidelse og får sin utsikt til vesentlig bedring i betydelig grad redusert uten tvangsbruk. Frivillig psykisk helsevern anses som åpenbart formålsløst å forsøke på nåværende tidspunkt.» Det har skjedd mer enn en gang at jeg og pasienten har utsatt våre faste samtaler etter møte i kontrollkommisjonen.

En terapeutisk prosess krever åpenhet og konfidensialitet. Karon og VandenBos (1985) sier til sine pasienter at «Vi vil ikke bringe noe av det de sier videre, uten at de vet om det og er enige i det». Mange pasienter har som grunnantakelse at åpenhet slår negativt tilbake, og et mål i mange terapier er å endre denne antakelsen. Det pasienten sier til sin terapeut bør da ikke brukes mot ham eller henne. Samtidig skal du som terapeut kontinuerlig vurdere vilkårene for tvangsbruk. Da kan du lett komme i en kinkig situasjon hvis pasientene forteller deg at de vil ruse seg straks de kommer i egen leilighet og at erfaringen viser at dette gir rask betydelig forverring. Eller når pasientene forteller deg at de går med selvmord- eller voldstanker, som er mer enn ordinære tvangstanker. Eller du avdekker rømningsplaner eller indre kaos som krever skjerming fra de andre pasientene. Denne informasjonen må nedtegnes og brukes i kontrollundersøkelser som skjer minst hver tredje måned. De fleste pasienter vil oppleve at du bruker fortrolig informasjon mot dem, og at du handler i samsvar med deres grunnleggende negative forventninger.

**«For at en terapeutisk prosess skal være mulig er det nødvendig å orientere pasientene grundig om din rolle som myndighetsperson»**

For at en terapeutisk prosess skal være mulig under slike omstendigheter, er det nødvendig å orientere pasientene grundig om din rolle som myndighetsperson. Da kan pasientene selv velge hva de vil si og om de vil si noe. Problemet er at pasienten kan «glemme» denne rollen i en fortrolig samtale, og at ditt «rolleskifte» oppleves krenkende. Karon og VandenBos (1985) sin grunnregel for konfidensialitet gjelder altså ikke i min terapeutrolle fordi det kreves at jeg må utveksle informasjon selv om pasienten er uenig. Kan det med dette utgangspunktet skje en terapeutisk prosess? Tja, min erfaring er at det kan skje når pasienten har oppnådd en viss innsikt i at han/hun

trenger, eller til en viss grad aksepterer tvangsbruk. Denne aksepten kan komme når myndighetsrollen oppleves som en selvobjektfunksjon, dvs. når pasienten opplever at grensene representerer trygghet, følelsen av å bli holdt og noe å stole på, og dette kan danne grunnlaget for en idealiserende overføring.

Tillit til terapeuten er en forutsetning for positive endringer. Ifølge Rognes (1998) finnes det fem betingelser som er nødvendige og tilstrekkelige for at pasienten skal ha tillit til terapeuten:

1. Pasienten må tro at terapeuten har omsorg for ham/henne og ønsker at pasienten skal ha det godt.
2. Pasienten må tro at terapeuten forstår pasienten, dvs. at han/hun blir sett på som unik, møtt med en åpen holdning og får respekt for subjektive sannheter. Terapeuten må unngå å objektivisere, dvs. erklære noe for riktig eller galt, sant eller falskt.
3. Pasienten må tro at terapeuten har selvkontroll, dvs. at terapeuten opptrer i tråd med langsiktige mål og ikke kortsiktighet og impulsivitet.
4. Pasienten må tro at terapeuten har egenkontroll, dvs. at terapeuten har en uavhengig posisjon og ikke blir styrt av andre.
5. Pasienten må tro at terapeuten har relevant kunnskap.

Min vurdering er at tilliten i starten av behandlingen ofte er skjør fordi vi som terapeuter ikke klarer å ivareta første og andre betingelse. Første betingelse for tillit kan imidlertid oppnås ved hyppig kontakt, konkret hjelp og ved å fortelle eksplisitt at vi ønsker vedkommende godt. Betingelse nummer to er verre å oppnå fordi det ofte er pasientens subjektive opplevelse som ligger til grunn for frihetsberøvelsen. I en ordinær terapi trenger du ikke å gå inn på dine oppfatninger av sannhetsgehalten i pasientens forestillinger, mens du som vedtaksansvarlig må gjøre dette til en hovedsak, og til og med avsi en «dom» som pasienten på toppen av alt får en skriftlig kopi av. Myndighetsrollen kan altså lett gi svekket tillit, men den kan kanskje også styrke den gjennom at betingelsene tre til fem blir tydeliggjort for pasienten.

**«Du kan gi pasienten en  
emosjonell korrigerende  
erfaring på at  
myndighetspersoner også er  
støttende og vil en vel»**

### **Overførings- og motoverføringsreaksjoner**

Når foreldre og lærere bestemmer over barn, regnes det som viktig for vekst og utvikling. Det er langt mer alvorlig å frata voksne friheten til å bestemme, særlig når de ikke har gjort annet enn å ha blitt rammet av en alvorlig psykisk lidelse. Å være den som bestemmer over andres handlingsmuligheter er uvant og i noen tilfeller ubehagelig.

Ubehaget dukker opp når jeg blir usikker på om behandlingen virker, eller når jeg tenker at bivirkningene blir større enn gevinsten. Bivirkningene kan være økt forvirring og angst i starten av en skjerming, pasifisering, infantilisering og institusjonalisering. Er belastningene ved å være skjermet fra andre enn personalet med på å øke forvirring og angst? Er det riktig å nekte pasienten besøk av venner for å være sikker på at det ikke smugles inn stoff? Er det forsvarlig å overføre denne pasienten til frivillig psykisk helsevern, eller er min videreføring av tvungent psykisk helsevern en måte å sikre en kronisk institusjonalisering på?

Oftest er beslutningen om bruk av tvang godt begrunnet og indikasjonene klare. Den tvilen og latente skyldfølelsen som ligger der bør være tilstede, slik at tvangsbruken ikke blir automatisert.

Terapeutens reaksjoner på tvangsbruk er gjerne gjensvar på pasientens reaksjoner. Behandlingen starter ofte med en sint og redd pasient som retter sinne mot deg, legen og miljøpersonalet. Selv de mest realitetsfjerne vet at du sitter med beslutningen om tvangsbruk. Du må tåle utskjelling, vage eller klare trusler og aktivering av sterke overføringsreaksjoner som vanskelig lar seg påpeke eller tolke, fordi de er forankret i din tvangsbruk. Flere av pasientene er trent i å bruke aggresjon instrumentelt. Jeg tror myndighetsrollen aktiverer kraftigere motstandsreaksjoner og maktkamp enn i en «vanlig» terapeutrelasjon. Denne maktkampen gir etter min vurdering en unik terapeutisk mulighet ved at du både er en person som bestemmer og som viser empati og innlevelse. Mange pasienter har ikke opplevd den kombinasjonen på lang tid, blant annet fordi deres aggresjon gir en immunitet mot andres grenser og fordi deres atferd ikke inviterer til positive responser. Utfordringen er å nå inn med det siste.

Å være den som reelt bestemmer, aktiverer lett komplementære roller hos pasienten som kan gi regresjon og infantilisering i form av underdanighet og ansvarsfraskrivelse; du tar ansvar for mine impulser, du setter opp grenser for mitt sinne og du «straffer» meg hvis jeg overskrider grenser. Noen trygges av denne funksjonen, og de kan gradvis internalisere objektrepresentasjonen. Enkelte pasienter synes både å trenge og ønsker denne ytre kontrollen i perioder. Dette kan vise seg ved at de «klager» på vedtak om overføring til frivillig psykisk helsevern, eller at de aksepterer et tvangsvedtak med å si med et smil at «det er du som er sjefen».

### **Mot slutten av behandlingskontakten**

Min erfaring er at tålmodighet gir belønning ved at pasienten etter hvert opplever deg som en hjelper. Når behandlingen, medisiner inkludert virker, kan det hende du som terapeut får oppleve å overføre pasienten til frivillig psykisk helsevern. Vedtak §3–9, Begjæring om opphør av tvungent psykisk helsevern, blir en stadfestelse på at det har nyttet. Det skjer noe med den terapeutiske relasjonen når du ikke lenger er en myndighetsperson. Du vil nok alltid være en autoritetsfigur, men det er noe annet. Min erfaring er at kontakten med pasientene etter en tøff periode med tvangsbruk blir sterk og tillitsfull, uten tegn til underdanighet eller Stockholmssyndrom (gisler som identifiserer seg med og knytter seg til gisseltakere). De aller fleste ser i etterkant at

tvangsbruk var nødvendig, men de fleste opplever også at opplevelsene som tvangsinnlagt var svært traumatiske.

Noen pasienter ser deg kun som krenker og endrer ikke opplevelse. Du må regne med at for noen pasienter vil du kun være myndighetsperson og hatobjekt på linje med politiet, offentlige saksbehandlere og påtalemyndigheter. Da er det viktig å tenke at pasienten får med seg en viktig erfaring hvis du unnlater å utagere motoverføringsreaksjoner. Flere pasienter blir dessverre reinnlagt. Da kan ditt janusansikt faktisk være til stor hjelp for pasienten fordi du representerer både grenser, tydelighet og hjelpsomhet.

### **Klargjøring av roller**

Jeg tror myndighetsrollen gir en lengre avvisningsperiode enn vanlig. Denne kan vare helt til pasienten utskrives. I noen tilfeller hvor pasienten er helt avvisende til kontakt med behandlingsansvarlig, har lege (psykiater) og psykolog delt oppgavene, slik at samtalen blir minst mulig forurenset av rollene. Den som ikke fatter vedtak tar seg av de faste samtalen. Legen er mer bundet fordi mange pasienter er under tvangsmedisinering. Der myndighetsrollen forhindrer terapeutiske samtaler, tror jeg det vil være gunstig at man oftere vurderer å skille mellom terapeutrollen og myndighetsrollen, slikt at pasienten har en terapeut som ikke er herre over inn- og utgangen. Dette krever ryddighet i form av klargjøring av rollene med hensyn til informasjonsflyt, hvilke temaer som tas opp hvor og hvem som bestemmer hva. Fordelen med en slik organisering er at den som er terapeut kan hjelpe pasienten til å forstå hvorfor vedtaksansvarlig gjør som han/hun gjør, og det kan gi rom for terapeutiske prosesser som ellers ville blitt stoppet. En slik organisering vil derimot kunne frata pasienten å oppleve at den som står for grenser og krav også er empatisk og støttende.

### **Oppsummering**

Her følger kort noen av de synlige skjærene i sjøen for en psykolog som også er vedtakskompetent:

1. Ditt klare ansvar for tvangstiltakene aktiverer en rad negative følelser hos pasienten som kan hindre en reell terapeutisk allianse.
2. Du kan ikke skape et terapeutisk rom ved å henvise til at tvangen er en del av rammebetingelser som verken pasienten eller du som terapeut kan gjøre særlig med.
3. Du begrenser pasientens mulighet for å bearbeide de traumatiske opplevelsene som følger av tvangsbruk, nettopp fordi du står bak den.
4. Det pasienten sier til deg kan lett bli brukt mot pasienten (slik han/hun ser det). Dette kan skape mistillit og frustrasjon som er uforenelig med terapi.
5. Din autoritære posisjon og pasientens avhengighet av dine vurderinger kan lett føre til at pasienten i liten grad røper egne vansker.

Her er noen av fordelene med både å være terapeut og vedtaksansvarlig:

1. Det er samsvar mellom ansvar og myndighet i behandlingen.
2. Du kan gi pasienten en emosjonell korrigerende erfaring på at myndighetspersoner også er støttende og vil en vel.
3. Ved reinnleggelser møter pasienten en myndighetsperson som han/hun vet kan være støttende.

## **Behandlingsprinsipper**

Dette er etter min erfaring sentrale behandlingsprinsipper når du som psykolog både er terapeut og vedtaksansvarlig:

1. Informer pasienten grundig om din rolle som vedtaksansvarlig, slik at han/hun ikke oppdager at du har en skjult agenda.
2. Forklar eksplisitt hvorfor vedtakene er fattet.
3. Der det er mulig, la pasienten lese igjennom kontrollnotater, med deg til stede, før dere møter i kontrollkommisjonen.
4. Respekter at pasienten ikke vil snakke med deg, men tilby faste samtaler, gjerne med miljøterapeuter tilstede.
5. Overlat terapeutfunksjonen til annen behandler når alliansen forblir des-truktiv, eller der du mener det er av vesentlig betydning at pasienten får en uavhengig terapeut. Husk også at pasienten bruker miljøterapeutene til å ivareta terapeutiske funksjoner, noe som gjør at behandlingen ikke står på faller på din mulighet for å drive individualterapi.
6. Din rolle endrer seg i ulike faser av behandlingen. Du vil i starten av behandlingen være mer myndighetsperson enn individualterapeut, og omvendt senere i behandlingen.

Dilemmaene er mange i denne delen av psykisk helsevern, og det hadde vært interessant å høre andres meninger om dette (mine-) feltet, gjerne gjennom en løpende debatt i Tidsskriftet. For Psykologforeningen er det en prioritert oppgave å få flere psykologer inn i disse ansvarsposisjonene. Den nye rolleutformingen bør etterhvert også inngå som tema i kursing av nye spesialister som skal jobbe i dette feltet.

Øyvind Fallmyr

PPT Tønsberg

Pb 2410

3104 Tønsberg

Tlf 33 34 83 44

E-post [oyvind.fallmyr@tonsberg.kommune.no](mailto:oyvind.fallmyr@tonsberg.kommune.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 1, 2005, side 28-32*

**Øyvind Fallmyr**

KONTAKT: oeyfal@piv.no

+ **Vis referanser**

#### Referanser

Karon, B. P., & VandenBos, G. (1985). Psykoterapi med schizofrene. Oslo: Universitets-forlaget.

Rognes, W. (1998). Forståelse og behandling av mentale problemer: et common sense perspektiv. *Impuls*, 52, (2), 73-79.