

Bacheloroppgave

Den terapeutiske relasjonens muligheter i tvungent psykisk helsevern

- En teoretisk studie om relasjonsbygging under tvangsbehandling

Therese Solstad Hansen

Sosialt arbeid
Sosionomutdanning

2022



HØGSKULEN
I VOLDA

Egenerklæring

Denne oppgaven er mitt eget og selvstendige arbeid. Den gjør ikke bruk av andre sitt arbeid uten at det er oppgitt, den gjør ikke bruk av tekst fra eget arbeid uten at det er oppgitt, og kilder som er brukt er ført inn i både tekst og kildeliste på en måte som gjør at jeg ikke vil få en 'ufortjent rennomégevinst'. Den har heller ikke vært brukt som eksamenssvar eller arbeidskrav tidligere.

Jeg vet at oppgaven vil bli elektronisk kontrollert for plagiat og at alvorlige brudd med 'god sitatskikk' blir behandlet som fusk jf. UH-lova § 4-7 og § 4-8, 3. ledd.

Det er ikke behandlet personopplysninger i arbeidet med oppgaven. Prosjektet er dermed ikke omfattet av personopplysningsloven.

Jeg gir Høgskulen i Volda rett til å publisere oppgaven vederlagsfritt i elektronisk form.

Sammendrag

Sosialt arbeid opererer innenfor spenningsfeltet mellom hjelp og kontroll. Innen tvungent psykisk helsevern kommer dette spenningsfeltet tydelig frem da hjelpen ofte innebærer utøvelse av tvang. Spiseforstyrrelser har den siste tiden blitt en «hot case» og ungdomspsykiatriske avdelinger landet over melder om sprengt kapasitet med pasienter helt ned i syvårsalderen. Psykisk helsevern handler vel så mye om relasjonsarbeid som selve behandlingen, også når tvang er involvert. Når pasientene blir både yngre og sykere, avdelingene strekkes til maks kapasitet og ventelistene ved behandlingsinstitusjonene er lengre enn noensinne viser det hvor stort behov det er for kunnskap som kan gjøre behandlingen lettere for både pasienten og terapeuten. Ved å rette fokus mot den terapeutiske relasjonen og selvbestemmelsesteorien søker denne studien å undersøke hvordan relasjonsarbeid kan fremmes innen tvungent psykisk helsevern, og retter fokus på pasienter med spiseforstyrrelser innlagt på ungdomspsykiatrisk avdeling. Oppgaven er en teoretisk oppgave som baserer seg på eksisterende litteratur og forskning. I diskusjonen kobles de ulike teoretiske perspektivene sammen med eksisterende forskning på feltet for å finne svar på problemstillingen. Tvang byr på utfordringer for relasjonsbyggingen og kontakten mellom terapeut og pasient. Nok en utfordring relasjonsarbeidet møter på er tid. Når tidsmangel er et faktum er det viktig at terapeuten gjennom sitt arbeid og sin væremåte viser omsorg og interesse for pasienten. Selvbestemmelsesteorien vektlegger også relasjonsarbeid, men terapeuten må også arbeide for å skape situasjoner for mestring for pasienten, samt legge til rette for at pasienten kan ta egne valg. Gjennom denne måten å arbeide på vil terapeuten kunne skape det vi kan kalle «en motivert relasjon».

Abstract

Social work operates within the field of tension between help and control. In compulsory mental health care, this field of tension is clear as the help often involves the use of coercion. Eating disorders have recently become a “hot case”, and adolescents psychiatric wards across the country reports bursting capacity with patients as young as seven years old. Mental health care is as much about relationship work as the treatment itself, even when coercion is involved. When patients become both younger and sicker, the wards are stretched to the maximum capacity and the waiting lists at the treatment institutions are longer than ever, it shows how great a need there is for knowledge that can make the treatment easier for both the patient and the therapist. By focusing on the therapeutic relationship and self-determination theory, this study seeks to inspect how relationship work can be prompted in compulsory mental health care and focuses on patients with eating disorders admitted to the adolescent’s psychiatric ward. The thesis is a theoretical thesis based on existing literature and research. In the discussion, the various theoretical perspectives are linked with existing research on the field to find answers to the problem. Coercion offers challenges for the relationship building and the contact between the therapist and the patient. Another challenge the relationship work faces is time. When lack of time is a fact, it is important that the therapist through his work and way of being shows care and interest in the patient. The self-determination theory also emphasizes relational work, but the therapist must also work to create situations for mastery for the patient, as well as facilitate that the patient can make their own choices. Through this way of working, the therapist will be able to create what we can call “a motivated relationship”.

Forord

Når jeg for snart tre år siden startet på Høgskulen i Volda hadde jeg lite kunnskap og erfaring om sosialfaglig arbeid, det eneste jeg visste var at jeg ville arbeide med mennesker. Gjennom studiet har jeg tillært meg mye ny kunnskap og erfaring både gjennom skolen, praksis og relevant arbeid, noe som har formet meg både faglig og personlig.

Temaet for denne oppgaven er et resultat av en kombinasjon av all kunnskap jeg har tillært meg gjennom skolen og den arbeidserfaringen jeg har fått fra arbeid i kommunal bolig for ungdommer med psykiske lidelser. Oppgaven skulle i utgangspunktet være en empirisk studie, men grunnet vanskeligheter med å skaffe informanter ble det til slutt en teoretisk oppgave.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Anders Bergstøl for all veiledning, støtte og motivasjon underveis i denne prosessen, spesielt i vanskelige tider.

Til slutt vil jeg takke mine medstudenter for faglige, oppmuntrende og motiverende samtaler under skriveprosessen. Takk for tre fine år i Volda, og lykke til videre.

Innholdsfortegnelse

Egenerklæring	II
Sammendrag	III
Abstract	IV
Forord	V
Innledning	1
Bakgrunn	4
<i>Spiseforstyrrelser</i>	4
<i>Ungdomspsykiatrisk avdeling, kontekst og lovverk</i>	5
<i>Tvang</i>	6
Teoretiske perspektiv	8
<i>Den terapeutiske relasjonen</i>	8
<i>Selvbestemmelsesteorien og autonomi</i>	11
Forskning på feltet	14
<i>Søkeprosess</i>	14
<i>Den terapeutiske relasjonen:</i>	14
<i>Autonomi i lys av selvbestemmelsesteorien:</i>	15
Diskusjon	18
<i>Relasjonsbygging og den terapeutiske relasjonen</i>	18
<i>Autonomi og selvbestemmelse</i>	21
<i>Utfordringer ved tvang</i>	25
Avslutning	28
Referanseliste	30

Innledning

Relasjonsbygging i psykisk helsevern kan være en utfordring. En sammensetning av at pasientene opplever ambivalens, samtidig som behandlingsforløpet innebærer tvang gjør at relasjonsbygging kan være utfordrende. Pasienter med spiseforstyrrelser har problemer med å forholde seg til mat og til sine egne tanker og følelser, noe som kan gi vesentlige terapeutiske utfordringer (Skårderud et al., 2018, s. 396–402). Terapeutens kunnskap om disse utfordringene, samt kunnskap og erfaring med relasjonsarbeid og den terapeutiske relasjonen kan være avgjørende for behandlingens effektivitet og resultat.

Morvik (2016) finner i sin masteroppgave at fagpersoner er opptatt av å skape tillit og trygghet til sine pasienter, og at dette er vesentlig for å skape en god relasjon. Studien trekker frem individuelle og strukturelle forhold som påvirker muligheten til å skape tillit, trygghet og relasjoner. Samtidig trekker Vatne (2015) og Wyder et al. (2015) frem at tvang i psykisk helsevern byr på utfordringer for relasjonsarbeidet og den terapeutiske relasjonen. Som Esser (2017) nevner i sin hovedoppgave handler tvangen om holding for å kunne gjennomføre sondeernæring. Likevel kan den uformelle tvangen og følelsen av tvang som tvangsbehandling gir være utfordrende for å skape og opprettholde en god terapeutisk relasjon.

Spiseforstyrrelser og psykiske lidelser generelt er et viktig tema i sosialt arbeid, da psykiske lidelser blir sett på som et sosialt problem. Levin og Ellingsen (2015, s. 47–50) hevder at et sosialt problem må være et produkt av sosialt liv, ha betydning for flere mennesker og ha en sosial opprinnelse for at det skal være et sosialt problem. Ifølge FHI er anoreksi den lidelsen som har størst dødelighet sammenlignet med andre psykiske lidelser, og vi kan anslå at ca. 50 000 norske kvinner i alderen 15–45 år har en spiseforstyrrelse (Torgersen, 2016). Disse tallene er fra en undersøkelse gjort i 2002, og vi kan anta at tallene har blitt høyere etter pandemien. Spiseforstyrrelser har de siste åren blitt en «hot-case», og synligheten i både media og helsevesenet har eksplodert under og etter pandemien.

Det yrkesetiske grunnlagsdokumentet for sosialarbeidere (FO, 2019) poengterer viktigheten av relasjonen mellom bruker og sosialarbeider. For å skape en så god relasjon som mulig til våre brukere trenger vi kunnskap om forhold og faktorer som påvirker relasjoner (Levin & Ellingsen, 2015, s. 112–123). Levin og Ellingsen (2015, s. 116) hevder at sosialarbeideren har

det største ansvaret for relasjonen, og at kunnskap om relasjoner og forhold som kan virke positivt eller negativt på relasjonen er vesentlig i sosialt arbeid. I arbeid med alvorlige psykiske lidelser, i denne oppgaven spiseforstyrrelser, trengs en utvidet kunnskap om relasjonsarbeid i kombinasjon med tvang og ambivalens til tilfriskning. Å videreutvikle den eksisterende kunnskapen om relasjoner i en tvangspreget behandlingssituasjon vil kunne føre til at terapeuter i psykisk helsevern lettere kan opprette og opprettholde en terapeutisk relasjon til sine pasienter med fokus på selvbestemmelse. At terapeuter har kunnskap om relasjonsbygging og selvbestemmelse, også i en tvangspreget behandling, vil føre til at terapeutene klarer å skape en større behandlingsmotivasjon hos pasientene.

Gjennom økt kunnskap og kompetanse om relasjonsbygging, tvang og selvbestemmelse vil sosialarbeidere kunne yte mere og bedre behandling og miljøterapi i arbeid med pasienter med psykiske lidelser og spiseforstyrrelser. Ved at de profesjonelle kan yte bedre behandling vil pasientene ha mulighet til å få bedre nytte av behandlingsforløpet og dermed være bedre rustet for livet utenfor avdelingen. Et kunnskaps- og kompetanseløft innad i psykiatrien vil kunne føre til færre tilbakefall, økt bedringsprosent og dermed at flere pasienter fortetter kommer tilbake i samfunnet. Samfunnskostnadene ved å ha pasienter med alvorlige psykiske lidelser er enorme, dermed vil en økning i vellykket behandling resultere i færre økonomiske utgifter for samfunnet. Samfunnsnyttene strekker seg også utover det økonomiske, da alvorlige psykiske lidelser har store ringvirkninger for både pasienten, familien og nettverket.

Media har den siste tiden viet stor oppmerksomhet til spiseforstyrrelser. Dokumentaren *Selvportrett* omhandler livet til fotograf og kunstner Lene Marie Fossen (Høgset et al., 2020). Gjennom dokumentaren får man sett hvordan Lene lever med anoreksi, hvordan sykdommen har preget henne og familien, og vi får høre hvordan hun har opplevd tvang i behandling. Lene Marie døde av anoreksi høsten 2019. Bl.a. Aftenposten, VG og forskning.no har viet sin oppmerksomhet til spiseforstyrrelser, hovedsakelig unge pasienter, og rapporterer om en økning i antall pasienter med spiseforstyrrelser innen psykisk helsevern, og at pasientene stadig blir både yngre og sykere (Ervik, 2021; Løndal, 2021; Skogstrøm, 2022). Når pasientene blir flere, yngre og sykere merkes det på kapasiteten på avdelingene. Overlege Janne Hassfjord forteller i aftenpostens artikkel at avdelingen har hatt pasienter helt ned i syv-årsalderen (Skogstrøm, 2022).

På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling utarbeidet: «Hvordan kan sosialarbeidere arbeide for å fremme relasjonsbygging med pasienter med spiseforstyrrelser i tvungent psykisk helsevern?»

Oppgaven setter søkelys på ungdommer med spiseforstyrrelser underlagt tvungent psykisk helsevern i ungdomspsykiatrisk avdeling (UPA). For å kunne svare på problemstillingen ble det utarbeidet tre forskningsspørsmål som hver underbygger og støtter opp om problemstillingen. Det første elementet som skal forsøkes å besvare angår sosialarbeideres kunnskap og mulighet til å fremme relasjonsbygging gjennom en terapeutisk relasjon. Første forskningsspørsmål er derfor: «Hvordan kan sosialarbeidere arbeide for å fremme relasjonsbygging gjennom en terapeutisk relasjon?». Det neste elementet som skal forsøkes å besvare angår sosialarbeideres kunnskap og mulighet til å fremme autonomi og selvbestemmelse hos pasientene. Andre forskningsspørsmål er derfor: «Hvordan kan sosialarbeidere arbeide for å fremme selvbestemmelse og autonomi hos pasientene med utgangspunkt i selvbestemmelsesteorien?». Det siste forskningsspørsmålet omhandler tvang og utfordringer som dukker opp grunnet tvang. Siste forskningsspørsmål er derfor: «Hvilke utfordringer finnes ved tvang?».

Bakgrunn

Spiseforstyrrelser

I løpet av de siste årene har spiseforstyrrelser gått fra å være uvanlig til å bli en «hot-case», noe som igjen har ført til større oppmerksomhet i media og større trykk i helsevesenet. ICD-10 presenterer to hoved syndromer av spiseforstyrrelser; anorexia nervosa og bulimia nervosa. (World Health Organization, 1999, s. 173–177). Anorexia kjennetegnes ved vektnedgang som fremprovoseres og vedlikeholdes av pasienten selv (Skårderud et al., 2018, s. 403), i tillegg poengterer ICD-10 at frykten for fedme og overvekt fremstår som en påtrengende idé for personer med anorexia (World Health Organization, 1999, s. 175). Bulimia beskrives i ICD-10 som et syndrom kjennetegnet av overspising og overdreven opptatthet av kontroll over kroppsvekten (World Health Organization, 1999, s. 176). Bulimia kjennetegnes altså ved overspising og renselse, som ofte skjer på ekstreme måter – i form av fremprovosert oppkast, mye fysisk aktivitet, eller bruk av slankende, vandrivende eller lakserende preparater (Skårderud et al., 2018, s. 403). Felles for anorexia og bulimia er at de fører til et anstrengt forhold til mat, kropp og utseende, samt ambivalens til tilfriskning.

Mange med spiseforstyrrelser har en ambivalens til det å skulle bli frisk, som kan være vanskelig for pårørende og hjelpere å forstå (Skårderud et al., 2020, s. 119). Det er ikke bare mat og aktivitet som er vanskelig, også det å forholde seg til egne tanker og følelser er vanskelig, og totalen av dette kan føre til hindring av den daglige funksjonen (Skårderud et al., 2018, s. 402). Ved alvorlig spiseforstyrrelse kan sykdomsbildet bli så stort at det blir behov for somatisk behandling (Skårderud et al., 2018, s. 402), eller i verste fall føre til død. Dersom en person med alvorlig spiseforstyrrelse nekter å ta imot hjelp og behandling, og de somatiske konsekvensene av å motstå hjelp vil føre til fare for liv og helse vil pasienten bli underlagt tvungent psykisk helsevern (Hage, 2020, s. 205), altså at pasienten mottar behandling mot sin vilje.

Komorbiditet er høyt representert ved spiseforstyrrelser. Skårderud et al. (2018, s. 404–405) viser til Braun et al. (1994) som fant en høy samsykelighet mellom spiseforstyrrelser og depresjon, mens Kaye et al. (2004), fant at opptil 65 prosent av pasienter med spiseforstyrrelser også erfarte angstlidelser gjennom livet samt at tvangslidelser også var høyt representert. Skårderud et al. (2018, s. 404–405) viser også til Huke et al. (2013) som rapporterer at 23% av voksne personer med anorexia også tilfredsstiller kriteriene for

autismespekterlidelsen. Rosenvinge et al. (2000) (Sitert i Skårderud et al., 2018) fant i sin metaanalyse at ca. 60% av spiseforstyrrede pasienter tilfredsstillt diagnosekriteriene for en personlighetsforstyrrelse, men at prosentandelen er høyere for pasienter innlagt i psykisk helsevern. Komorbiditet kan føre til større utfordringer ved behandling, og det er en felles forståelse at dobbeltdiagnosen spiseforstyrrelse og personlighetsforstyrrelse kan representere et lavere nivå av funksjon, og at det dermed også er vanskeligere å behandle (Skårderud et al., 2018, s. 405).

Spiseforstyrrelsens symptomer byr på terapeutiske utfordringer, og Skårderud et al. (2018, s. 396) påpeker at møtet med helsevesenet ikke har vært godt ifølge flere spiseforstyrrede pasienter og deres pårørende. At spiseforstyrrelser i seg selv byr på terapeutiske utfordringer er klart, men det kan tenkes at både de terapeutiske og relasjonelle utfordringene blir mer komplisert når pasientene har komorbide lidelser. Anoreksi kan i sin mest alvorlige form forstås som en alvorlig sinnslidelse og dermed behandles med tvungen sondeernæring (NOU 2019: 14, s. 69). Psykiatriens mest dødelige lidelse er anorexia (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 254)

Ungdomspsykiatrisk avdeling, kontekst og lovverk

Ungdomspsykiatrisk avdeling, forkortet UPA, er underlagt spesialisthelsetjenesten og finnes ved flere sykehus i Norge. UPA er en akutt døgnbehandlingsenhet med øyeblikkelig-hjelpplikt som tar imot ungdommer med alvorlige psykiske lidelser, og er godkjent for anvendelse av tvang (Oslo Universitetssykehus, u.å.). Aldersgruppen på UPA er fra 12-18 år, men innleggelser av yngre barn kan også være nødvendig i visse tilfeller (*Døgnseksjonen PHBU*, u.å.; Vandvik, 2021). Ungdomspsykiatrien går under spesialisthelsetjenesten og reguleres etter psykisk helsevernloven og barnevernloven (Vandvik, 2021). Ungdomspsykiatrisk avdeling tar imot pasienter med ulike psykiske lidelser, men gjennom denne studien vil søkelyset settes på pasienter med spiseforstyrrelser. Gjennom pandemien har det vært en stor økning i antall pasienter med spiseforstyrrelser, og ifølge spesialister har pasientene blitt både yngre og sykere (Ervik, 2021; Skogstrøm, 2022).

For en bedre forståelse av lovgrunnlaget til UPA og tvangsbestemmelser vil jeg trekke frem noen viktige lovbestemmelser fra psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Jfr. § 3-3 kan personer, dersom de oppfyller alle vilkårene, få et vedtak

om tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999, §3-3). Jfr. § 4-2 skal den personlige integriteten vernes om så langt det er mulig, og restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige (Psykisk helsevernloven, 1999, §4-2). Jfr. § 4-4 i pasient- og brukerrettighetsloven er det foreldrene som gir samtykke på vegne av barn frem til de er 16 år (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-4). For barn under 16 år er det foreldrene som samtykker på vegne av barna, dermed blir ikke barn under 16 år innlagt med tvangsvedtak selv om barnet ikke samtykker til behandling og nødvendig helsehjelp. Behandlingen av anoreksi skjer både ved uformell tvang for de under 16 år og ved formell tvang for de over 16 år (NOU 2019: 14, s. 272).

Tvang

Sosialarbeidere vil i sitt arbeid oppleve å stå i spenningsfeltet mellom hjelp og kontroll, og kan gjennom arbeidet ta i bruk ulike former for tvang og makt i den praktiske utførelsen av arbeidet (Kojan & Storhaug, 2015, s. 188). Tap av valgfrihet og adgangen til selvbestemmelse, samt ufrivillighet er noe av det som karakteriserer tvang (Norvoll, 2019, s. 68). Norvoll (2019, s. 68–69) trekker frem at makt og tvang finnes som formell, uformell, synlig og usynlig. Den formelle tvangen er nedfelt i lovverket, eks. tvangsbehandling i psykisk helsevernloven, mens den uformelle tvangen sammenlignes ofte med trusler eller falske handlingsalternativer. Den åpne og synlige tvangen er ofte den formelle og lovregulerte tvangen, mens den skjulte tvangen ofte skjer under helt hverdagslige forhold.

Ifølge helsedirektoratet har tvangsbruken i psykisk helsevern økt fra 2015 til 2020 (Helsedirektoratet, u.å.). Skårderud og Sommerfeldt (2014, s. 255) hevder det er viktig å spørre seg selv om bruken av tvang var for å hindre død og skade eller om tvangen var et resultat av dårlig poliklinisk arbeid eller en konsekvens av personalets mentaliseringssvikt. Det er mye som går gjennom hodet til profesjonelle før, under og etter utførelse av tvang. Skårderud og Sommerfeldt (2014, s. 255) trekker frem en rekke elementer som profesjonelle kan tenke på når tvang blir et tema, enten det er frykten for liv, VG-oppslag, familiens forestilling eller deres eget omdømme, samt at frustrasjon, sinne og frykt kan føre til profesjonelles utagering.

Tvang i behandling kan ikke gjennomføres uten hjemmel i lov (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 108), dette gjelder dog formell tvang da uformell tvang ikke er lovregulert. Det finnes

mange beskrivelser fra pasienter som har opplevd tvangsinnleggelse og -behandling som overgrep og grov krenkelse av sin autonomi (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 255). Tvang i behandling kan by på store utfordringer, særlig i de tilfellene hvor pasienten gjør terapeuten til fienden fremfor lidelsen (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 255). De terapeutiske utfordringene, ofte knyttet til relasjonen, vil kunne virke negativt inn på behandlingsforløpet og tilfriskningsprosessen.

Teoretiske perspektiv

Den terapeutiske relasjonen

Psykisk helsearbeid som fag handler om å være bevisst og forberedt på ulike krevende utfordringer som kan oppstå, men også å ha et bevisst perspektiv på møtet mellom terapeut og bruker – den terapeutiske relasjonen (Skårderud et al., 2018, s. 126). Litteraturen viser til ulike begreper og synonymer for begrepet terapeutisk relasjon. Synonymer som terapeutisk -samarbeid, -holdning og -allianse blir brukt sammen med begrepet terapeutisk relasjon, noe som gjør det vanskelig å hente ut en nøyaktig definisjon på begrepet. Terapeutisk -relasjon, -samarbeid, -holdning og -allianse vil derfor bli brukt litt om hverandre i den videre teksten.

Psykisk helsearbeid handler vel så mye om relasjonsbygging som behandling, og relasjonskompetanse er en vesentlig kompetanse. Den terapeutiske relasjonen skal være preget av åpenhet, ærlighet og nærhet, samtidig som at holdningen til terapeuten skal bære preg av omtanke, varme og omsorg (Haugsgjerd et al., 2009, s. 260). Den terapeutiske relasjonen skiller seg fra hverdagslige relasjoner ved at det er en hjelperelasjon der terapeuten skal hjelpe brukeren, relasjonen er derfor usymmetrisk. Samtidig kan den terapeutiske relasjonen på mange måter ha fellestrekk med tanken på en god omsorgsperson. Relasjonen skal være preget av omsorg og genuinitet. Relasjonen er ment å være et hjelpemiddel i behandlingen ved at terapeuten gjennom relasjonen kan starte en endringsprosess i brukeren.

Lidelsen spiseforstyrrelse er godt kjent, og de aller fleste i Norge har hørt om lidelsen. Likevel er det fortsatt mye som ikke vites om lidelsen, noe som er en utfordring for både terapeuter, klinikere og behandlere. Skårderud et al. (2020, s. 41) hevder at klinikers problemer med å forstå spiseforstyrrelser i noen tilfeller kan føre til begrenset mentalisering hos terapeuten, som igjen kan føre til brudd i den terapeutiske relasjonen.

Relasjonsarbeid handler om mer enn bare å skape en relasjon til brukeren, det handler også om å være bevisst egne følelser, holdninger, handlinger og erfaringer (Levin & Ellingsen, 2015, s. 116). Dette gjelder også for den terapeutiske relasjonen. Ifølge Levin og Ellingsen (2015, s. 123) innebærer en viktig del av relasjonskompetansen å kunne ha et kritisk blikk på seg selv, sitt eget menneskesyn og kunne se kritisk på hvordan ens egne kommunikasjonsferdigheter påvirker relasjonen.

Rognes (1979) har gjengitt noen av Rogers sentrale punkter i et terapeutisk samarbeid; empati, ekthet, kongruens, bevissthet om følelser samt frigjøring og vekst (Haugsgjerd et al., 2009, s. 260). For å få et godt terapeutisk samarbeid må terapeuten kunne vise og uttrykke empati, ekthet og kongruens, samtidig som hen er bevisst egne følelser.

Empati handler om å oppleve brukerens fortvilelse og smerte, men samtidig stå utenfor følelsene (Haugsgjerd et al., 2009, s. 260–261). Empati er en egenskap, men også et gjerningsord – å empatisere (Levin & Ellingsen, 2015, s. 118). Ved å oppleve brukerens fortvilelse og smerte, uten å stå i følelsene, kan terapeuten være en støttespiller for brukeren. Ved å være empatisk opptrer terapeuten som et medmenneske og en støttespiller, ikke bare noen som skal bestemme over brukeren, noe som igjen kan føre til en god relasjon.

For å oppnå ekthet må terapeuten tørre å være åpen for sine egne følelser som angår brukerens situasjon og vise de slik de virkelig er, uavhengig av om følelsene er positive eller negative (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261). Ved å ikke reagere og vise sine ekte følelser kan dette føre til at brukeren opplever manglende ekthet i forholdet og relasjonen (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261). Når brukeren opplever manglende ekthet vil det igjen kunne føre til at brukeren opplever usikkerhet, som kan være en forstyrrende faktor i tilliten til terapeuten. Å være trygg i sine oppgaver og sin posisjon som terapeut innebærer å erkjenne og være bevisst ens personlige historie, interesser og verdier, samt begrensninger i persepsjon, kunnskaper og rasjonalitet (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261). Haugsgjerd et al. (2009, s. 261) påpeker at samarbeidet med brukeren avhenger av terapeutens erfaring og kunnskap. Ved å akseptere brukeren og vise en varm interesse for hen vil brukeren oppleve at terapeuten lever med i hens situasjon. I det terapeuten klarer å leve med i brukerens vanskeligheter må terapeuten også tørre å lete etter og leve med sine egne vanskeligheter (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261).

Kongruens handler om at det er samstemthet mellom følelser og atferd (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261). For at terapeuten skal kunne fremstå som kongruent må det hen sier stemme overens med det hen gjør i forhold til andre (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261). Haugsgjerd et al. (2009, s. 261) påpeker at terapeuten vil gjennomgå en personlig og menneskelig vekst når hen oppnår en stor grad av kongruens. Ved å lære seg selv å kjenne på denne måten vil terapeuten etter hvert mestre å vise egne følelser samt ta imot andres følelser. Denne modningsprosessen som terapeuten befinner seg i vil kunne influere og inspirere brukeren til

å lære det samme som terapeuten (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261). Denne modningsprosessen skjer ettersom en trygg og aksepterende atmosfære har blitt skapt i den terapeutiske relasjonen (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261).

Bevissthet om følelser bygger videre på empati, ekthet og kongruens. I en terapiprosess vil brukeren kjenne på en følelse av frigjøring ved å endelig tørre å oppleve sin egen situasjon (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261). Ved at brukeren selv har uttrykt en situasjon eller opplevelse, og terapeuten har gjengitt opplevelsen i en tydeligere utgave vil brukeren forstå opplevelsen bedre (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261). Brukeren får gjennom terapiprosessen hjelp fra terapeuten, gjennom hans bekræftelse, til å se og oppfatte seg selv som det brukeren er i dag (Haugsgjerd et al., 2009, s. 262). Når terapeuten klarer å akseptere, romme og gi tilbake brukerens følelser og opplevelser skapes det en bredere bevissthet og erkjennelse av følelsene hos brukeren (Haugsgjerd et al., 2009, s. 262). Denne endringsprosessen kan skje ettersom terapeuten fremstår som tolerant og trygg, slik som brukeren er på vei til å bli (Haugsgjerd et al., 2009, s. 262).

Frigjøring og vekst skapes når empati, ekthet, kongruens og bevissthet om følelser finner sted i terapiprosessen. Gjennom terapiprosessen vil brukeren etter hvert evne å bli kvitt følelsen av isolasjon, tristhet og tilbakeholdenhet, og videre oppleve færre forsvarsholdninger og redusert fysisk og psykisk spenning og smerte (Haugsgjerd et al., 2009, s. 262). Brukeren vil så oppleve et mer ekte forhold til seg selv, samtidig som brukeren blir mer moden og forstående overfor andre og seg selv (Haugsgjerd et al., 2009, s. 262). Gjennom terapiprosessen har de ressursene og det potensialet som var iboende i brukeren blitt frigjort og fått vekstmuligheter (Haugsgjerd et al., 2009, s. 262). Haugsgjerd et al. (2009, s. 262) viser til Rogers (1966) som hevder at meningen med livet skapes når opplevelser og følelser knyttet til meningen med livet bringes frem.

Innen psykisk helsearbeid er det få unntak fra forutsetningen om at samarbeid er grunnleggende for en virksom behandling. Skårderud et al. (2018, s. 127) spissformulerer bokens posisjon ved å hevde at virksomt psykisk helsearbeid, hvor pasienten passivt hengir seg til behandlingen, ikke finnes. De mener at alt psykisk helsearbeid innebærer behandlingsmotivasjon fra pasienten, relasjonstillit og konflikt (Skårderud et al., 2018, s. 127). Skårderud et al. (2018, s. 127) refererer til Wampold og Brown (2005) som hevder at noen studier viser at effekten av legemidler kan avhenge av måten preparatene blir introdusert

og forklart, de hevder at effekten er koblet til fortelling og relasjon. Skårderud et al. (2018, s. 127) hevder at dette også kan gjelde ved tvangsinnleggelser og tvangsbehandling.

Selvbestemmelsesteorien og autonomi

Selvbestemmelsesteorien, eller Self-determination Theory (SDT) ble utviklet av Deci og Ryan. Selvbestemmelsesteorien vil i den videre teksten bli forkortet til SDT. I dette kapitlet skal vi se på SDT og dens psykologiske behov autonomi, kompetanse og tilhørighet. Grunnet oppgavens fokus blir det størst søkelys på autonomi, men kompetanse og tilhørighet vil også bli gjort rede for, dog i mindre grad enn autonomi. Først blir SDT som teori presentert, deretter kommer det en kort presentasjon av kompetanse og tilhørighet før det kommer en dypere utgreiing om begrepet autonomi.

SDT indikerer at mennesker har tre spesifikke medfødte psykologiske behov – kompetanse, autonomi og tilhørighet, og at alle behovene må dekkes for at mennesket skal fungere på et optimalt nivå av vekst og integrering for å skape sosial utvikling og personlig velvære (Gaine et al., 2022; Matusitz & Martin, 2013; Stanton et al., 2020). Dersom de psykologiske behovene ikke dekkes, kan det føre til negative psykologiske konsekvenser. Danielsen (2020, s. 225) viser til Deci og Ryan (1985, 2000) som mener at de psykologiske behovene kan sammenlignes med de fysiske behovene, som f.eks. mat og drikke, fordi både psykologiske og fysiske behov må dekkes for at mennesker skal føle seg frisk. Ifølge teorien vil menneskets selvbestemmelse påvirke den iboende motivasjonen. Motivasjon er kjernen i kognitiv, biologisk og sosial regulering, og har derfor vært et sentralt emne innen psykologi. Matusitz og Martin (2013) referer til Pugno (2008) som mener at det å erkjenne at det er en forskjell mellom behov og motivasjon er viktig, fordi motivasjon er en bevisst intensjon om å følge aktiviteter.

SDT skiller mellom to ulike typer motivasjon – indre og ytre. Den indre motivasjonen dukker opp når de tre psykologiske behovene er dekket, mens ytre motivasjon oppstår når mennesket mottar belønninger etter gjennomført aktivitet (Matusitz & Martin, 2013). Ved ytre motivasjon er det altså ikke aktiviteten i seg selv som fører til motivasjon, slik som ved indre motivasjon, men de belønningene mennesket får ved å gjennomføre aktiviteten.

Det første psykologiske behovet, autonomi, refererer til behovet for å kjenne på selvbestemmelse i egne handlinger fremfor å føle at noen andre kontrollerer handlingene (Matusitz & Martin, 2013). Motivasjonen bak handlingene til et menneske vil altså bli påvirket av hans nivå av autonomi, noe vi snart skal se nærmere på. For at mennesker skal tilfredsstillere det andre psykologiske behovet, kompetanse, må de kunne føle at de evner å mestre sitt eget miljø på en effektiv måte (Matusitz & Martin, 2013). Tilhørighet, det tredje psykologiske behovet, tilfredsstilleres når mennesket er i stand til å bygge tillitsfulle og tilfredsstillende relasjoner med andre mennesker, å bli tatt vare på og akseptert av andre (Matusitz & Martin, 2013; Stanton et al., 2020).

For at mennesker skal tilfredsstillere behovet for kompetanse må de føle at de evner å mestre sitt eget miljø på en effektiv måte (Matusitz & Martin, 2013). Kompetanse kan knyttes til følelsen og opplevelsen av å mestre en oppgave eller en situasjon (Langeland & Horverak, 2021, s. 36). Et menneske som i liten grad kjenner på mestringsfølelse på de ulike arenaene i livet vil føle på liten grad av kompetanse. Kompetanse handler, ifølge selvbestemmelsesteorien, om å gi uttrykk for en indre drivkraft (Danielsen, 2020, s. 228–229). Danielsen (2020, s. 229) poengterer at mennesker får energi av å tilfredsstillere behovet for kompetanse, og at mennesker, ifølge selvbestemmelsesteorien, føler seg fornøyd, lykkelig og trives når de videreutvikler sine ferdigheter, uttrykker egen kapasitet, talent og potensiale. Danielsen (2020, s. 229–230) påpeker at menneskets behov for kompetanse kan stimuleres ved å bli gjort oppmerksom på hvilke forventninger som stilles til dem, på en tydelig og strukturert måte, samtidig som de får hjelp og støtte til å sette seg realistiske mål, samt informasjon om hvordan målene kan bli nådd.

Tilhørighet, det tredje psykologiske behovet, tilfredsstilleres når mennesket er i stand til å bygge tillitsfulle og tilfredsstillende relasjoner, samt å bli tatt vare på og akseptert av andre (Matusitz & Martin, 2013; Stanton et al., 2020). Tilhørighet er oversatt fra det engelske ordet *relatedness*, og handler om behovet for å skape emosjonelle bånd og en relasjon til andre mennesker (Danielsen, 2020, s. 226). Langeland og Horverak (2021, s. 38) viser til Deci og Ryan (2000) som hevder at selvbestemmelsesteorien vektlegger tilhørighet i mindre grad enn behovene for autonomi og kompetanse, men eksisterende forskning finner likevel at det psykologiske behovet for tilhørighet er betydningsfullt (Langeland & Horverak, 2021, s. 38).

I et humanistisk menneskesyn innebærer autonomibegrepet et brukersyn der bruker kan ta vare på seg selv og ha muligheten til å fremstå med selvrespekt og verdighet (Haugsgjerd et al., 2009, s. 276). At mennesket er autonomt handler om at mennesket er selvstyrt når det kommer til valg av egne handlinger (Eide & Skorstad, 2019, s. 106). Terapeuter skal i sitt arbeid og sine beslutninger ha respekt for brukerens autonomi og personlige integritet (Skjerve, 2017, s. 354). Prinsipper som baserer seg på autonomi er blant annet selvbestemmelse og brukermedvirkning (Eide & Skorstad, 2019, s. 169). Selvbestemmelse og brukermedvirkning er rettigheter som bruker har i sitt behandlingsforløp og i møte med hjelpeinstansen. Selvbestemmelsesretten kommer blant annet til syne i lov om psykisk helsevernlovens §1-1 hvor det står at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for brukerens selvbestemmelsesrett (Psykiskhelsevernloven, 1999, §1-1). Selvbestemmelsesretten er nedfelt i lovverket, noe som gjør at sosialarbeideren er pålagt å ta brukerens ønsker og meninger på alvor. Likevel kan det være en utfordring å overholde brukerens autonomi innen tvungent psykisk helsevern.

Autonomibegrepet inneholder begrepet brukermedvirkning, noe vi skal se nærmere på. Brukermedvirkning handler om den makten man har over sitt eget liv, i den forstand at man har makt over hjelpetiltakene en benytter seg av, og kan medvirke og ha innflytelse i egen sak (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106; Skårderud et al., 2018, s. 49). For å kunne praktisere brukermedvirkning forutsettes det at miljøterapeuten er opptatt av og interessert i å forstå brukerens perspektiv (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 107). Selve begrepet brukermedvirkning fastslår ikke i hvilken grad brukeren skal medvirke før det kategoriseres som brukermedvirkning (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 107), noe som kan føre til usikkerhet og varierende grad av brukermedvirkning i praksis. Ellingsen og Skjefstad (2015, s. 108) poengterer at også i tvangssituasjoner kan og skal miljøterapeuten legge til rette for brukermedvirkning, så sant dette er mulig. Det yrkesetiske grunnlagsdokumentet for sosionomer fremhever prinsippet om respekt for enkeltindivider, herunder enkeltindividets frihet, selvbestemmelse og livsverdier (Eide & Oltedal, 2015, s. 93; FO, 2019).

Forskning på feltet

Søkeprosess

Artiklene som benyttes i dette kapitlet er i hovedsak funnet gjennom Oria, Idunn og Scholar, dog er noen av artiklene funnet gjennom kilder som litteraturen jeg har lest viser til. Prosessen med å finne artikler har likhetstrekk og kan sammenlignes med det Tjora (2018, s. 135–136) kaller for «førstekontakter» og snøballmetoden. Søkeordene som er brukt for å finne frem til artiklene er: terapeutisk relasjon/therapeutic relation(ship), tvang/coercion, selvbestemmelsesteori/self-determination theory, spiseforstyrrelse/eating disorder, anorexia, psykisk helsevern, ungdom/adolescents og involuntary treatment. Søkeordene er brukt både alene og sammen med hverandre, enten for å snevre inn eller utvide søkeresultatene. Den eksisterende forskningen på feltet er i stor grad rettet mot sykepleiere og sykepleie som profesjon, både nasjonalt og internasjonalt. Forskning som omtaler sosialarbeidere innenfor dette temaet er minimal, noe som igjen styrker begrunnelsen om at dette er noe som må forskes mer på.

Den terapeutiske relasjonen:

Relasjonsarbeid kan være både krevende og vanskelig, spesielt når tvang skal utføres (Esser, 2017; Morvik, 2016; Vatne, 2015). Pasienter i tvungent psykisk helsevern forteller at en opplevelse av å være ivaretatt og at personalet viser interesse og omsorg for pasienten er positivt for relasjonen også etter utførelsen av tvang (Lorem et al., 2014; Wyder et al., 2015). Tillitt og omsorg trekkes frem som viktige momenter for at deltakerne skal kunne se på tvangen som ivaretagende og beskyttende (Lorem et al., 2014).

Når tvang kommer inn i bildet er det et større moment av brudd i relasjonen som kan oppstå. Fagpersoner som gjennomfører sondeernæring ved tvang vil i mange tilfeller oppleve motgang og avvisning fra pasientene, men ved å stå i motgangen og ikke gi seg kan man oppleve å få en styrket relasjon når motgangen minker (Esser, 2017). Morvik (2016) trekker i sin masteroppgave frem trygghet og tillit som grunnleggende for å skape en god relasjon til ungdommer, og at fagpersonens personlige og faglige trygghet medvirker til at ungdommer føler seg trygge. Lorem et al. (2014) og Morvik (2016) finner i sine studier at anerkjennelse, empati og innflytelse er viktig i en arbeidsrelasjon hvor tvang er involvert. Deltakerne i studien til Lorem et al. (2014) trekker frem viktigheten av at helsepersonellet klarer å vise

empati og anerkjenne følelser, oppfatninger og erfaringer, og hevder at dette kan føre til at man unngår å bruke tvang.

Individuelle og organisatoriske forhold kan virke både positivt og negativt inn på relasjonsbyggingen (Morvik, 2016). Individuelle forhold som trekkes frem er blant annet personlige egenskaper, holdninger, verdier og hvordan disse blir vist i samhandlingen (Morvik, 2016). Lorem et al. (2014) skriver at det per nå er begrenset med forskning som sier noe om hvilken effekt tvangsbruk har på arbeidsrelasjonen, men poengterer at måten tvangen blir utført på har betydning for både relasjonen og hvordan pasienten opplever omsorgen.

Svensson og Hansson (1999) fant i sin forskning at en dårlig arbeidsallianse mellom pasienter med alvorlige psykiske lidelser og deres terapeuter førte til en dropout-rate på 72% for denne gruppen. Pasientene i studien var under frivillig behandling og kunne dermed avslutte behandlingen når som helst, men studien viser dog viktigheten av en terapeutisk allianse i et behandlingsforløp, enten det er frivillig eller under tvang.

Wyder et al. (2015) undersøkte, i en kvalitativ studie, pasienters erfaringer med terapeutisk relasjon under tvangsinnleggelse og -behandling. De fant at pasientene opplevde tvangsinnleggelsen og -behandlingen som skremmende. Gjennom intervjuene ble det blant annet påpekt viktigheten av at de ansatte lyttet til pasientenes bekymringer, at de ansatte kunne se mennesket bak diagnosen og vise respekt for hvem de var. Det ble også påpekt at pasientene ønsker å bli sett for den de er, ikke som et nytt nummer eller navn, og at de ønsker at personalet arbeider sammen med pasienten som et team i relasjonen, fremfor at behandlingen består av enda en oppgave personalet må gjøre. Noen av pasientene beskrev i intervjuene hvordan følelsen av avmakt ble forsterket av utførelsen av tvang, samt deres manglende forståelse for tvangsbehandlingen.

Autonomi i lys av selvbestemmelsesteorien:

Gaine et al. (2022) viser til Deci et al. (1994) som nevner at autonomi kan forsterkes dersom pasienten får meningsfulle valg og begrunnelser, blir oppmuntret til å ta initiativ og får empati. Jang et al. (2010) (Sitert i Gaine et al., 2022) hevder at kompetanse støttes ved å gi struktur, informasjon og ikke-evaluerende tilbakemeldinger, mens Grolnick og Ryan (1989)

(Siteret i Gaine et al., 2022) mener at tilhørighet forsterkes av andres bekymring, involvering og varme.

Gaine et al. (2022) fant i sin studie at genuine og varme relasjoner til personalet, å hjelpe og bli hjulpet av medpasienter, samt å utvikle forståelse og omsorgsfulle relasjoner på tvers av avdelingen bidro til en følelse av tilknytning. I studien fant Gaine et al. (2022) at deltagerne følte seg kompetente når ansatte var interesserte og ekte, jordnære mennesker. Motsatt førte personale som var dømmende og lite imøtekommende til at pasientene følte seg mindre kompetent. I studien fant Gaine et al. (2022) at ytringsfrihet, ustrukturert fritid og valgfri deltagelse i aktiviteter var elementer som bidro til økt følelsene av autonomi.

Studien til Gaine et al. (2022) finner at de sosiale begrensningene, som begrenset besøkstid og obligatorisk tid på rommet påvirket følelsen av tilhørighet og kompetanse. Likevel fant de at å opprettholde en positiv involvering med ansatte, medpasienter, familie og venner var avgjørende for å skape en følelse av tilknytning og tilhørighet (Gaine et al., 2022). Stanton et al. (2020) fant i deres studie at når personalet var tilgjengelig, positive, omsorgsfull, kompetent og kunne bruke humor, så var det positivt for pasientenes følelse av trygghet og tilhørighet.

Selve innleggelsen på avdelingen førte til tap av kompetanse hos pasientene, men det blir også nevnt at følelsen av kompetanse økte når pasientene fikk ta egne valg, samt at å lære ulike strategier for blant annet søvn og følelsesregulering var medvirkende til følelsen av økt kompetanse (Stanton et al., 2020). Ønsket om selvstendighet og det å bli behandlet som ansvarlige voksne som kan ta egne valg og beslutninger ble nevnt i sammenheng med autonomi og kompetanse (Gaine et al., 2022).

Lorem et al. (2014) finner i sin forskning at følelsen av redusert innflytelse og kontroll over eget liv er noe pasienter trekker frem som frustrerende ved utøvelse av tvang. Noen av pasientene i studien til Lorem et al. (2014) sier at økt motstand mot behandling og innleggelse er noen av konsekvensene av tvangsbruk. En annen deltaker i studien til Lorem et al. (2014) fortalte at hun opplevde at hennes interesser ble ivaretatt til tross for at tvang var involvert, da hun beskriver det som godt å slippe å ta beslutninger hun ikke var i stand til å ta selv. Morvik (2016) fant i sin studie at fagpersoner bør bygge relasjon over tid, være tilgjengelig og ivareta ungdommens autonomi for å skape trygghet hos ungdommene. Autonomi ble, til en viss grad,

ivaretatt ved at personalet ga pasientene valgmuligheter når det gjaldt aktiviteter (Stanton et al., 2020).

Wyder et al. (2015) fant i sin studie at flere av pasientene opplevde tvungent psykisk helsevern som en invasjon av deres frihet, integritet og autonomi, samt at en form for handlingsfrihet og personlig kontroll var viktig under tvungen behandling. At pasienter føler seg krenket i møte med tvangsinnleggelse og -behandling støttes også av Vatne (2015).

Wyder et al. (2015) fant også at pasientene kjente på økt følelse av maktesløshet når tvangsbehandling og tvangstiltak ble iverksatt.

Diskusjon

Problemstillingen ble i innledningen delt opp i tre forskningsspørsmål. Dette kapitlet er derfor delt inn i tre del-kapittel som gir svar på hvert enkelt forskningsspørsmål. Hvert del-kapittel tar utgangspunkt i teorien og forskningen som har blitt presentert tidligere. I første del-kapittel blir det forsøkt å svare på hvordan sosialarbeidere kan skape relasjoner gjennom den terapeutiske relasjonen, deretter en drøfting av hvordan autonomi og selvbestemmelsesteorien kan implementeres i tvungent psykisk helsevern. Til slutt kommer en oppsummering og drøfting av hvilke utfordringer som oppstår ved tvang.

Relasjonsbygging og den terapeutiske relasjonen

Som Skårderud et al. (2018, s. 127) hevder innebærer alt psykisk helsearbeid behandlingsmotivasjon fra pasienten, relasjonstillit og konflikt, samt at samarbeid er en grunnleggende forutsetning for en virksom behandling. Ifølge teori om den terapeutiske relasjonen skal terapeuten ha et bevisst perspektiv på møtet mellom terapeut og pasient. Den terapeutiske relasjonen skal være preget av åpenhet, ærlighet og nærhet (Haugsgjerd et al., 2009, s. 260). Som vi vet fra teorien krever det også at terapeuten er bevisst sine egne følelser, holdninger, handlinger og erfaringer. Likevel vet vi, som teorien viser, at klinikers problemer med å forstå spiseforstyrrelser kan føre til begrenset mentalisering hos terapeuten, som igjen fører til brudd i den terapeutiske relasjonen (Skårderud et al., 2020, s. 41). For å minimere muligheten for at terapeuter opplever begrenset mentaliseringsevne er det viktig at terapeutene har tilstrekkelig kunnskap om lidelsen og dens komplekse symptomer. Gjennom å styrke terapeutenes kunnskap, erfaring og personlige styrker vil muligheten for at en mentaliseringssvikt oppstår minkes. Ved at ansatte og ledelsen er bevisst på faren for mentaliseringssvikt i arbeid med spiseforstyrrelser kan det tenkes at dette rettes mer oppmerksomhet til på avdelingene.

For å legge til rette for både behandlingsmotivasjon og utvikling av en god terapeutisk relasjon krever det at terapeuten og pasienten tilbringer tid sammen. Dette kan være krevende å få til ved avdelinger som UPA, da UPA hovedsakelig er en akutt døgnbehandlingsenhet og derfor ofte har kortere innleggelse. Derfor er det viktig at terapeuten klarer å følge Rogers sentrale punkter for terapeutisk samarbeid. Rogers fem sentrale punkter i et terapeutisk samarbeid viser til hvordan terapeuten må være bevisst seg selv, sine holdninger og meninger i arbeidet med pasienten (Rognes, 1979). Ved å vise empati viser terapeuten at hen forstår

pasientens fortvilelse og smerte, opptrer som et medmenneske og en omsorgsperson, som igjen vil føre til at en grunnmur for den terapeutiske relasjonen opprettes. Lorem et al. (2014) og Wyder et al. (2015) fant i sine studier at pasienters opplevelse av å være ivaretatt, samt at terapeutene viste interesse og omsorg virket positivt inn på relasjonen til terapeuten. Ved å vise empati er det naturlig å tenke at terapeuten også vil vise interesse og omsorg.

Når Rogers snakker om ekthet viser han til terapeutens evne til å være åpen for sine egne følelser og være trygg i sine oppgaver og sin posisjon som terapeut. Som terapeut for ungdom med spiseforstyrrelser er det mange faktorer som påvirker terapeutens mulighet til å vise ekthet. Som Skårderud et al. (2020, s. 41) og Skårderud og Sommerfeldt (2014, s. 255) poengterer kan arbeid med spiseforstyrrelser føre til mentaliseringssvikt hos terapeuten. Når terapeuten opplever mentaliseringssvikt vil hans evne til å tenke nyansert og refleksivt falle, og terapeuten vil dermed finne det utfordrende å vise ekthet. For å unngå at dette skjer bør terapeuten ha et godt støtteapparat rundt seg på arbeidsplassen. For å oppnå ekthet må terapeuten, som nevnt, være åpen for egne følelser og uttrykke de slik de er. Ved manglende ekthet vil pasienten oppfatte at terapeuten ikke er seg selv, og pasienten vil da kjenne på en usikkerhet knyttet til tilliten ved den terapeutiske relasjonen. For å hindre at dette skjer må terapeuten erkjenne og være bevisst sine egne styrker og svakheter, både faglig og personlig. Behovet for ekthet kommer også frem i Wyder et al. (2015) sin studie ved at pasienter uttrykker ønske om å bli sett for den de er, ikke bare et nytt navn eller nummer. Ved å vise ekthet i møte med pasienten vil pasienten få et inntrykk av at terapeuten ser pasienten for den hen er i form av interesse og følelsesmessige reaksjoner på pasientens situasjon.

Fra teorien vet vi at kongruens handler om samstemthet mellom følelser og atferd, altså at det terapeuten sier stemmer overens med det terapeuten gjør i forhold til andre. Kongruens bør ikke bare etterstrebes innen psykisk helsevern, men også ellers i relasjonelle sammenhenger. For at terapeuten skal kunne oppnå stor grad av kongruens må terapeuten først anerkjenne sine følelser, holdninger og perspektiver, deretter må terapeuten evne å være tro mot seg selv og andre i sin samhandling med andre mennesker.

Gjennom teorien kan vi se at bevissthet om følelser handler om at terapeuten evner å gjengi pasientens følelser på en forsterkende måte, slik at pasienten kan se seg selv og bli bevisst sine egne følelser gjennom terapeutens gjengivelse (Haugsgjerd et al., 2009, s. 261–262). For at terapeuten skal kunne gjengi pasientens følelser på en måte som er positiv for pasienten må

terapeuten være bevisst sine egne følelser, samtidig som hen må opptre som trygg og tolerant. For at terapeuten skal kunne fremstå som trygg og tolerant må terapeuten ha en personlig og faglig trygghet i bunnen, noe som vises i forskningen til Morvik (2016). Likevel må terapeuten ha fokus på empati, ekthet og kongruens i sitt samarbeid med pasienten for å kunne skape den bevisstheten om følelser som pasienten trenger.

Som vi vet kan lidelsen spiseforstyrrelse i seg selv skape utfordringer for den terapeutiske relasjonen, noe terapeuten må være bevisst i sitt møte med pasienten. Likevel kan de terapeutiske utfordringene bli ytterligere større dersom pasienten har komorbide lidelser som f.eks. autismespekterforstyrrelser eller personlighetsforstyrrelser, som er høyt representert hos pasienter med spiseforstyrrelser.

Forskning viser at pasienter med psykiske lidelser som opplever en dårlig terapeutisk relasjon til sin terapeut har en dropout-rate på 72% (Svensson & Hansson, 1999). Pasientene i studien var underlagt frivillig behandling, noe som gav de mulighet til å avslutte behandlingen. Likevel vil resultatene av studien ha betydning for pasienter i tvungent psykisk helsevern. Når pasienter med spiseforstyrrelser i utgangspunktet har en ambivalens knyttet til det å bli frisk, og i tillegg opplever en dårlig relasjon til sin terapeut kan det tenkes at behandlingsmotivasjonen heller minker enn øker.

Ved å hevde at effekten av tvangsinnleggelse og tvangsbehandling avhenger av måten dette blir introdusert og presentert for pasienten gir Skårderud et al. (2018, s. 127) terapeuten et stort ansvar. Likevel trekker Lorem et al. (2014) frem i sin forskning at det er begrenset med forskning som sier noe om hvilken effekt tvangsbruk har på relasjonen, men at måten tvangen blir utført på virker inn på både relasjonen og pasientens opplevelse av omsorg. På en akuttavdeling, slik som UPA er, vil det komme både nye pasienter som har sin første innleggelse og pasienter som har vært innlagt ved tidligere anledninger. Uavhengig av om det er en ny eller eksisterende relasjon vil det første møtet på avdelingen være viktig. For å skape trygghet og tillit i det første møtet er det viktig at terapeuten er åpen og empatisk, men samtidig direkte og spørrende. Som Morvik (2016) trekker frem i sin studie vil det også være positivt dersom terapeuten er trygg på seg selv og viser faglig og personlig trygghet på en synlig måte overfor pasienten, da det vil kunne medvirke til at pasienten føler seg trygg.

Hvordan kan sosialarbeidere arbeide for å fremme relasjonsbygging gjennom en terapeutisk relasjon? Når det er terapeuten som har hovedansvaret for relasjonen faller det største relasjonsarbeidet på terapeuten, likevel kan terapeuten ved å følge Rogers fem punkter stimulere pasienten til å ville ta større del i relasjonen. En god terapeutisk relasjon krever at terapeuten er oppmerksom og bevisst seg selv, sine styrker og svakheter. Likevel må det terapeutiske og relasjonelle arbeidet bære preg av genuin interesse og omsorg, samt at terapeuten, til tross for en begrenset tidsramme, må gi tid til pasienten og vise dette utad. Også når tvang utøves må terapeuten ha pasienten i fokus og tørre å stå i motgang.

Autonomi og selvbestemmelse

Selvbestemmelsesteorien består av de tre komponentene autonomi, kompetanse og tilhørighet. I det følgende del-kapitlet vil autonomi bli vektlagt i størst grad, men kompetanse og tilhørighet vil likevel bli nevnt, dog i noe mindre grad enn autonomi. Videre i del-kapitlet blir det først lagt vekt på kompetanse og tilhørighet, før kapitlet avsluttes med autonomi.

Ifølge selvbestemmelsesteorien (SDT) må de tre psykologiske behovene; autonomi, kompetanse og tilhørighet, dekkes for at mennesket skal fungere på et optimalt nivå av vekst og integrering for å skape sosial utvikling og personlig velvære (Gaine et al., 2022; Matusitz & Martin, 2013; Stanton et al., 2020). Selvbestemmelsesretten kommer blant annet til syne i lov om psykisk helsevern, og terapeuter skal i sitt arbeid og sine beslutninger ha respekt for pasientens autonomi og personlige integritet (Skjerve, 2017, s. 354). Likevel viser forskning at mange pasienter opplever det motsatte. Både individuelle og strukturelle forhold kan påvirke hvordan terapeuten evner å fremme pasientens psykologiske behov, samt at helsevesenets klima enten kan støtte eller hindre de psykologiske behovene. På en avdeling med mye ressurser og personell vil de ansatte ha bedre tid til å legge til rette for selvbestemmelse og autonomi enn på en avdeling med få ressurser og lite personell tilgjengelig. Avdelingens kultur og normer vil kunne påvirke terapeutens vilje og ønske for å fremme autonomi og selvbestemmelse hos pasienten.

Som teorien viser handler kompetanse om å mestre de oppgavene og situasjonene en møter i det miljøet man er i. For ungdommer med spiseforstyrrelser som er innlagt på UPA vil miljøet være helt annerledes enn det er for friske ungdommer som bor hjemme og går på skolen og

aktiviteter som normalt. Å kjenne på mestringsfølelse er vesentlig for at behovet for kompetanse skal dekkes, noe som kan være utfordrende å få til når pasienten i utgangspunktet ikke ønsker behandling. Som Stanton et al. (2020) fant i sin studie førte selve tvangsinnleggelsen til en følelse av tapt kompetanse hos pasientene. Selv om tvangsinnleggelsen fører til svekket kompetanse viser likevel forskning at terapeuten kan legge til rette for økt kompetanse hos pasienten. Forskningen viser at kompetanse kan støttes ved å gi struktur, informasjon og ikke-evaluerende tilbakemeldinger (Gaine et al., 2022). Samtidig trekkes individuelle egenskaper ved terapeuten som kan føre til økt følelse av kompetanse frem, i form av å være interessert, ekte og jordnær overfor pasienten. På den andre siden viser forskning at terapeuter som er dømmende og lite imøtekommende fører til at pasienter føler seg mindre kompetent.

For å skape mestringsfølelse må terapeuten være villig til å legge til rette for at pasienten skal få muligheten til å oppleve mestring, og dermed også kompetanse. Forskning viser at pasienter kjenner på økt følelse av kompetanse når de får ta egne valg, samt at opplæring i ulike strategier for regulering av bl.a. søvn og følelser er medvirkende til en følelse av økt kompetanse (Stanton et al., 2020). På en lukket avdeling med tvangsbehandling slik som UPA er, er det viktig at pasientene får mulighet til å ta egne valg til tross for at mulighetene til å treffe egne valg i behandlingen er få. Danielsen (2020, s. 229–230) hevder at behovet for kompetanse kan stimuleres ved at pasientene blir gjort oppmerksom på hvilke forventninger som stilles til dem på en tydelig og strukturert måte, samtidig som de får hjelp og støtte til å sette seg realistiske mål, samt at de får informasjon om hvordan målene kan bli nådd.

Behovet for tilhørighet handler, som teorien viser, om behovet for å skape emosjonelle bånd og en relasjon til andre mennesker, samt å bli tatt vare på og akseptert av andre (Danielsen, 2020, s. 226; Matusitz & Martin, 2013; Stanton et al., 2020). For at behovet for tilhørighet skal kunne dekkes må pasientene føle at terapeuten og annet personale på avdelingen bryr seg om pasienten. Gjennom forskningen kan vi se at pasienter kjenner på en følelse av tilknytning når det oppstår genuine og varme relasjoner til personalet, samt at å utvikle forståelse og omsorgsfulle relasjoner på tvers av avdelingen bidrar til en følelse av tilknytning (Gaine et al., 2022). Samtidig vil følelsen av tilhørighet forsterkes av andres bekymring, involvering og varme, noe som naturlig vil skje dersom terapeuten er interessert i pasienten, relasjonen og behandlingen. Som Gaine et al. (2022) finner i sin studie er sosiale begrensninger noe som svekker følelsen av tilhørighet, samtidig som de finner at opprettholdelse av positiv

involvering fra ansatte, medpasienter og nettverket rundt er positivt for følelsen av tilhørighet. Selv om involvering fra medpasienter kan være positivt for følelsen av tilhørighet er det likevel grunn til å være forsiktig med denne involveringen. Mennesker påvirkes av hverandre, både positivt og negativt, uavhengig av om man har en lidelse eller ei. Med spiseforstyrrelser er det viktig å passe på at påvirkningen ikke er av den negative typen hvor pasientene skaper et «kappløp» hvor minst vekt og minst mat er målet.

Gjennom teorien kan vi se at autonomi handler om selvbestemmelse og brukermedvirkning i egne handlinger og behandling. Ifølge teorien vil menneskets grad av selvbestemmelse påvirke menneskets grad av motivasjon. Pasienter som er motivert for endring og behandling opplever en raskere tilfriskningsprosess enn pasienter som ikke er motivert. Pasienter med spiseforstyrrelser har som kjent ofte en ambivalens til tilfriskning, og dermed også mangel på motivasjon for behandling og tilfriskning. Ideelt sett skulle alle pasienter hatt en indre motivasjon for å bli frisk, men realiteten er at svært få av de alvorlig syke pasientene har det. Dermed må terapeutene ofte ty til ytre motivasjon i form av bestiklinger eller belønninger. En måte å skape ytre motivasjon på kan være å si at pasienten må spise en banan for å få lov til å gå tur. Denne måten å skape ytre motivasjon på kategoriseres også som skjult tvang. Ytre motivasjon har mindre effekt enn indre motivasjon i det lange løpet, men ved å legge til rette for ytre motivasjon kan terapeutene i noen tilfeller unngå tvangsbruk, som igjen er positivt for pasientens følelse av autonomi og selvbestemmelse.

Teorien fastslår ikke i hvilken grad pasienten skal medvirke før det kategoriseres som brukermedvirkning. Det blir dermed opp til hver enkelt terapeut å definere hva som er passelig mengde, noe som igjen fører til usikkerhet og varierende grad av brukermedvirkning i praksis. Forskningen viser at autonomi kan forsterkes dersom pasienten får meningsfulle valg og begrunnelser, blir oppmuntret til å ta initiativ og får empati, samt at ytringsfrihet var medvirkende til økt følelse av autonomi (Gaine et al., 2022). Ved å la pasienten ta del i utformingen av kostlisten kan terapeuten gi pasienten mulighet til å ta meningsfulle valg, som igjen vil kunne være positivt for pasientens videre behandling. Som teorien viser er det en forutsetning at terapeuten er opptatt av og interessert i å forstå pasientens perspektiv for å praktisere brukermedvirkning. Dersom terapeuten ikke er interessert i å forstå pasientens perspektiver og dermed ikke ønsker å legge til rette for brukermedvirkning vil det få negative konsekvenser for relasjonsbyggingen og pasientens behandlingsforløp, samt at det strider mot terapeutens etiske ansvar.

Ved å legge til rette for at pasienten kan ta egne valg, slik som både teori og forskning foreslår, vil pasienten oppleve en økt følelse av autonomi. Selv om behandlingen og oppholdet på avdelingen foregår under tvang, har terapeuten likevel mulighet til å la pasienten ta egne valg. Ved å gi pasienten valgmuligheter når det gjelder aktivitet, pålegg på brødsken eller smak på næringsdrikken kan pasienten få en opplevelse av å ta valg, til tross for at valgene ikke er helt fri. I behandling av spiseforstyrrelser er det stort fokus på inntak av kcal og begrensning av aktivitet, noe som kan innskrenke mulighetene for å kunne ta egne valg og kjenne på en følelse av autonomi. Wyder et al. (2015) fant i sin studie at pasienter opplever tvungent psykisk helsevern som en invasjon av deres frihet, integritet og autonomi, samt at å ha en form for handlingsfrihet og personlig kontroll var viktig under tvungen behandling. Ved at pasienten selv får velge om hen vil ha sjokoladesmak fremfor jordbærsmak på næringsdrikken, eller skinke fremfor leverpostei på brødsken vil terapeuten både legge til rette for at pasienten får ta egne valg, oppleve handlingsfrihet og personlig kontroll, samtidig som at pasienten får mulighet til å innta et måltid som er tilrettelagt med pasientens ønsker. Alternativer til aktivitet er også viktig. Pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser skal i hovedsak være lite fysisk aktiv, noe som innskrenker muligheten til å velge aktiviteter i stor grad. Likevel har terapeuten mulighet til å tilby rolige, gjerne kreative, aktiviteter som pasienten kan foreta seg. Hovedmålet er at pasienten skal kunne føle på at det er hen som tar valgene, ikke noen andre.

Dersom terapeutene klarer å arbeide slik at de fyller de psykologiske behovene som SDT inneholder vil det være mulig å øke pasientenes motivasjon og trivsel. Ved å dekke de psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet vil den indre motivasjonen til pasientene øke. Dette vil igjen føre til at behandlingen og tilfriskningsprosessen vil bli kortere, og at pasientene får en indre motivasjon for å fortsette behandlingen når de skrives ut fra avdelingen.

Hvordan kan sosialarbeidere arbeide for å fremme selvbestemmelse og autonomi hos pasientene med utgangspunkt i selvbestemmelsesteorien? Som drøftingen viser handler selvbestemmelsesteorien om de tre psykologiske behovene for kompetanse, autonomi og tilhørighet. For terapeutene er det ikke nok å bare være bevisst disse behovene, de må også aktivt arbeide for at pasientene skal få dekket disse behovene, og dermed også opparbeide en indre motivasjon for behandling og tilfriskning. Gjennom diskusjonen ser vi at struktur og

informasjon i behandlingshverdagen, samt terapeuter som er interessert og jordnær, og samtidig gir mulighet for å oppleve mestring i møte med pasienten fører til en følelse av kompetanse. For å dekke behovet for tilhørighet må terapeuten strebe etter å skape emosjonelle og relasjonelle bånd til pasienten, og samtidig legge til rette for at pasienten kan utvikle og styrke nye og eksisterende relasjoner. Behovet for autonomi dekkes når pasienten opplever en følelse av selvbestemmelse og brukermedvirkning. Som diskusjonen viser må terapeuten la pasienten være delaktig i valgene som blir tatt enten det er snakk om mat eller aktivitet.

Utfordringer ved tvang

I det følgende kapitlet vil utfordringer ved tvang trekkes frem. Utfordringene er allerede nevnt i både teori og tidligere forskning, dermed vil dette kapitlet ikke gå grundig inn på temaet, men heller skape en bedre oversikt over utfordringer som finnes ved tvang.

Tvang i psykisk helsevern er ofte nødvendig da pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan utgjøre fare for seg selv eller andre. Denne tvangen kategoriseres både som formell og uformell. Som nevnt er formell tvang nedfelt i lovverket som regulerer psykisk helsevern, hovedsakelig tvungent psykisk helsevern. Selv om formell tvang kan utføres lovlig og de profesjonelle dermed har loven på sin side er det ulike utfordringer som dukker opp når tvang utføres. Vatne (2015) fant i sin studie at tvang blant annet førte til utfordringer knyttet til relasjon og tillitt mellom pasient og terapeut etter utført tvang.

Det å utføre tvang kan for mange oppleves som vanskelig og sårt. Når tvangen utøves vil mange terapeuter oppleve at pasientene yter motstand og er avvisende (Esser, 2017). Som terapeut skal man på den ene siden utøve tvangen, men på den andre siden også legge til rette for pasientens selvbestemmelse og autonomi. I selve tvangssituasjonen kan det være vanskelig å legge til rette for selvbestemmelse og autonomi, derfor er det viktig at terapeuten gir pasienten mulighet til å kjenne på autonomi og selvbestemmelse før og etter tvangen blir utført.

En av utfordringene som viser seg når tvang er en del av behandlingen er at pasienter kan gjøre terapeuten til fienden fremfor lidelsen (Skårderud & Sommerfeldt, 2014, s. 255), som

igjen kan føre til en større distanse mellom terapeuten og pasienten. Terapeuten er i motsetning til sykdommen en fysisk person som pasienten kan sanse. I kombinasjon med at pasienten gjerne er ambivalent til tilfriskning gjør det at terapeuten, i pasientens øyne, blir en naturlig fiende.

Norvoll (2019, s. 68) nevner at tap av valgfrihet og adgangen til selvbestemmelse, samt ufrivillighet karakteriserer tvang. Når tvang utføres er det en alvorlig inngripen i noens liv, enten det er ungdommer eller voksne. Det er likevel forskjell på ulike typer tvang. Tvangsbehandling i seg selv innebærer at pasienten blir tvunget til å gjennomgå behandling, mens tvangsernæring derimot innebærer at et menneske, mot sin vilje, blir tilført næring via en sonde som går fra nesen til magesekken. Dersom pasienten også er urolig og fysisk motstår sondeernæringen kan det resultere i at pasienten må holdes fast.

Det å fysisk bli holdt fast er ikke bare en inngripen i en persons liv, det er også en invasjon av vedkommendes personlige rom og integritet. Som Skårderud og Sommerfeldt (2014, s. 255) påpeker, finnes det mange pasienter som beskriver tvang som et overgrep og en grov krenkelse av deres autonomi. I sondesituasjoner vil terapeuten delta i tvangen ved å holde fast pasienten dersom pasienten er urolig, utagerende, motvillig eller kverulant. Fysisk makt overfor en pasient vil kunne oppleves som nedverdiggende og skremmende for pasienten, som igjen kan føre til at pasienten tar avstand fra terapeuten etter utført tvang.

Wyder et al. (2015) fant i sin studie at pasienter opplever tvang som skremmende, og at de kjente på en følelse av avmakt, noe som også støttes av studien til Lorem et al. (2014) som fant at tvang fører til følelsen av redusert innflytelse og kontroll over eget liv. Lorem et al. (2014) fant også at økt motstand mot behandling og innleggelse er konsekvenser av tvang. Det kan dermed tenkes at tvangsbehandling skaper en mur mellom pasient og terapeut som terapeuten må arbeide med å rive ned for å nå inn til pasienten.

Utfordringene som finnes ved tvang kan, som vi har sett, være krevende og ha stor betydning for relasjonen og samarbeidet mellom terapeut og pasient. Utfordringene handler i størst grad om konsekvensene tvang får for relasjonsbyggingen, både i den etablerende og vedlikeholdende delen av relasjonsbyggingen. Utfordringene viser seg ved at pasientene viser motstand og avvisning overfor terapeuten, som igjen skaper en distanse mellom dem. Utfordringen med at pasienten gjør terapeuten til fienden skaper også en distanse og en mur

som må brytes ned før relasjonen kan videreutvikles. Når tvangen utføres opplever pasientene en viss form for frihetsberøvelse, som igjen kan skape motstand mot behandling og terapeuten.

Avslutning

I denne oppgaven har det blitt studert hvordan sosialarbeidere kan arbeide for å fremme relasjonsbygging med spiseforstyrrede pasienter i tvungent psykisk helsevern. Når problemstillingen nå skal besvares ser vi fra svaret på det første forskningsspørsmålet at terapeuten må ha fokus på empati, ekthet, kongruens og være bevisst egne følelser, samtidig som at kontakten mellom terapeut og pasient må være preget av genuin interesse og omsorg fra terapeuten. Dette i kombinasjon med å sette av tid til pasienten fører til en større grobunn for relasjonsarbeidet. Fra forskningsspørsmål to ser vi at relasjonelle faktorer også har innvirkning pasientens følelse av tilhørighet og selvbestemmelse. Likevel kan vi se at terapeuten må skape mulighet for mestring og følelse av medbestemmelse, samt skape muligheten for å ta egne valg for pasienten slik at pasienten får dekket sine psykologiske behov, og dermed kjenne på selvbestemmelse og autonomi i en slik grad at det skaper indre motivasjon. Fra det tredje og siste forskningsspørsmålet ser vi at tvangen utgjør et forstyrrelseselement i relasjonsbyggingen og skaper en distanse mellom pasienten og terapeuten.

Fra svarene på forskningsspørsmålene ser vi at tvang byr på utfordringer for relasjonsarbeidet og den terapeutiske relasjonen ved å skape en distanse mellom terapeuten og pasienten, samtidig som tvangen skaper et forstyrrende element i arbeidet med å skape en god relasjon. Videre ser vi at omsorg, interesse, tid og terapeutens personlige og faglige trygghet er sentrale faktorer for en god terapeutisk relasjon. Til slutt ser vi at selvbestemmelse og autonomi krever en innsats fra terapeuten, både for å skape motivasjon hos pasienten, og for å bidra til en sterkere relasjon. Kompetanse og autonomi økes når terapeutene gir pasientene mulighet til å mestre, være delaktig og kunne ta egne valg. Gjennom å stå i motstanden og avvisningen fra pasienten, og samtidig legge til rette for relasjonsbygging og selvbestemmelse kan terapeuten oppnå det som kan kalles en «motivert relasjon». Det finnes ingen fasitsvar på hvordan terapeuter bør arbeide for å fremme relasjonsarbeid, og noen fasit kommer heller ikke denne studien frem til. Likevel kommer denne studien frem til at terapeuter kan arbeide relasjonsfremmende ved å arbeide på en måte som er preget av omsorg og interesse, samt med fokus på mestring og brukermedvirkning.

Oppgaven er skrevet med utgangspunkt i at terapeuten er utdannet sosionom, likevel vil studien kunne være aktuell for andre profesjoner som arbeider innen psykisk helsevern hvor

tvang er involvert. Studien tar utgangspunkt i ungdommer, likevel vil det være naturlig å tenke at de samme faktorene er relevant i arbeid med voksne. Selv om studien ikke kommer frem til en fasit, gir den en pekepinn på hvordan man som sosialarbeider bør arbeide for å tilrettelegge for relasjonsbygging. Studien belyser hvordan relasjonsarbeid kan fremmes i møte med tvang, likevel vises det at kunnskap om den terapeutiske relasjonen i samfunnsfaglig kontekst bør videreutvikles, gjerne i lys av selvbestemmelsesteorien.

Den eksisterende forskningen som denne studien baserer seg på er som nevnt dels funnet gjennom snøballmetoden og dels gjennom «førstekontakter». Eksisterende forskning om sosialarbeidere i rollen som terapeut er også meget snever. Det er derfor naturlig å tenke at studien kunne fått et annet svar dersom annen forskning ble brukt. Videre kunne relasjonsbygging i tvungen behandling, gjerne med bakgrunn i pasienter med spiseforstyrrelser, andre psykiske lidelser eller ROP-lidelser vært spennende å undersøke empirisk, gjerne i en større skala enn en bacheloroppgave da tvang og relasjonsarbeid er et stort og spennende tema hvor det eksisterer lite sosialfaglig forskning.

Referanseliste

- Danielsen, A. G. (2020). Selvbestemmelsesteori og det psykososiale læringsmiljøet. I A. G. Danielsen (Red.), *Til elevens beste: Pedagogiske perspektiver* (s. 220–242). Gyldendal.
- Døgnsesksjonen PHBU. (u.å.). Helse Møre og Romsdal. Hentet 17. april 2022 fra <https://helsemr.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/avdeling-for-psykisk-helsevern-barn-og-ungdom/akutt-og-utgreiingseininga-psykisk-helsevern-barn-og-ungdom>
- Eide, S. B. & Oltedal, S. (2015). Verdiens betydning for vår forståelse og vår handling. I L. C. Kleppe, I. T. Ellingsen, I. Levin & B. Berg (Red.), *Sosialt arbeid—En grunnbok* (s. 80–96). Universitetsforlaget.
- Eide, S. B. & Skorstad, B. (2019). *Etikk—Til refleksjon og handling i sosialt arbeid*. Gyldendal.
- Ellingsen, I. T. & Levin, I. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I L. C. Kleppe, I. T. Ellingsen, I. Levin & B. Berg (Red.), *Sosialt arbeid—En grunnbok* (s. 47–64). Universitetsforlaget.
- Ellingsen, I. T. & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I L. C. Kleppe, I. T. Ellingsen, I. Levin & B. Berg (Red.), *Sosialt arbeid—En grunnbok* (s. 97–111). Universitetsforlaget.
- Ervik, H. J. (2021, 19. juli). Stor økning i spiseforstyrrelser under pandemien: De er yngre og sykere. VG. <https://www.vg.no/i/EwWjJK>
- Esser, S. M. (2017). *Det større bildet Helsepersonellets opplevelse av å tvangsernære pasienter ved behandling av anorexia nervosa* [Hovedoppgave, Universitetet i Oslo]. Duo Research Archive. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/56865/Hovedoppgave-PSYC6100-Sarah-Maria-Esser.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- FO. (2019). *Yrkesetikk—FO - Din fagforening*. Fellesorganisasjonen. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Gainé, G. S., Dubue, J. D., Purdon, S. E. & Abba-Aji, A. (2022). Psychiatric hospital experiences that support and frustrate emerging adults' psychological needs: A self-determination theory perspective. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(4), 402–409. <https://doi.org/10.1111/eip.13179>

- Hage, T. W. (2020). Døgnbehandling og miljøterapi ved spiseforstyrrelser i psykisk helsevern. I V. W. Torsteinsson, Ø. Rø & T. W. Hage (Red.), *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling: En håndbok* (s. 192–210). Fagbokforlaget.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse—Å forstå, beskrive og behandle*. Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Tvangsmidler og skjerming i psykisk helsevern*.
<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/031bdc12-43f1-4a6d-974a-631473ba7016?e=false&vo=viewonly>
- Høgset, K., Wallin, E. & Olin, M. (2020, 19. juni). *Selvportrett*.
<https://tv.nrk.no/program/KMTE30000618>
- Kojan, B. H. & Storhaug, A. S. (2015). Erfaringsbasert kunnskap og refleksiv praksis. I L. C. Kleppe, I. T. Ellingsen, I. Levin & B. Berg (Red.), *Sosialt arbeid—En grunnbok* (s. 184–195). Universitetsforlaget.
- Langeland, G. M. & Horverak, M. O. (2021). *Hvordan legge til rette for mestring, medvirkning og motivasjon: I ungdomsskole og videregående skole*. Cappelen Damm.
- Levin, I. & Ellingsen, I. T. (2015). Relasjoner i sosialt arbeid. I L. C. Kleppe, I. T. Ellingsen, I. Levin & B. Berg (Red.), *Sosialt arbeid—En grunnbok* (s. 112–123). Universitetsforlaget.
- Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. E. (2014). Omsorg under tvang—En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(2), 115–124. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-02-03>
- Løndal, T. (2021, 11. oktober). *Unge med spiseforstyrrelser har blitt flere, yngre og sykere under pandemien*. *Forskning.no*. <https://forskning.no/forebyggende-helse-helsetjenester-mat-og-helse/unge-med-spiseforstyrrelser-har-blitt-flere-yngre-og-sykere-under-pandemien/1916560>
- Matusitz, J. & Martin, J. (2013). The Application of Self-Determination Theory to Eating Disorders. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(4), 499–517.
<https://doi.org/10.1080/15401383.2013.850392>
- Morvik, H. (2016). *Den gode relasjon med ungdom. En kvalitativ studie av fagpersoners erfaringer og refleksjoner om å skape god relasjon med ungdom som lever med helseutfordringer* [Master, Høgskolen i Sør-Øst Norge]. USN Open Archive.
<https://openarchive.usn.no/usn->

xmlui/bitstream/handle/11250/2407495/Masteroppgave_Helene_Morvik.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Norvoll, R. (2019). Makt og avmakt. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (s. 63–96). Gyldendal.
- NOU 2019: 14. (2019-juni). *Tvangsbegrensningsloven—Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>
- Oslo Universitetssykehus. (u.å.). *Akutt døgnbehandlingsenhet (UPA)*. Hentet 3. april 2022 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/barne-og-ungdomspsykiatrisk-avdeling/ungdomsseksjonen-psykisk-helse/akutt-dognbehandlingsenhet-upa>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999-juli). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)—Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp—Lovdata (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Rognes, W. (1979). *Carl Rogers*. Dreyer.
- Skjerve, J. (2017). Atferdsterapi og atferdsanalyse. I L. M. Gulbrandsen (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling—Innføring i psykologiske perspektiver* (2. utgave, s. 338–360). Universitetsforlaget.
- Skogstrøm, L. (2022, 22. mars). *I februar hadde Ida (11) nesten helt sluttet å spise. Nå behandles hun for spiseforstyrrelse*. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/norge/i/7dwPMW/i-februar-hadde-ida-11-nesten-helt-sluttet-aa-spise-da-ble-hun-lagt>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken—Sinn-kropp-samfunn* (2. utgave). Gyldendal.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2014). *Miljøterapi*. Gyldendal.
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *Sult—Mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser* (1. utgave). Gyldendal.
- Stanton, J., Thomas, D. R., Jarbin, M. & MacKay, P. (2020). Self-determination theory in acute child and adolescent mental health inpatient care. A qualitative exploratory study. *PLoS ONE*, 15(10), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239815>

- Svensson, B. & Hansson, L. (1999). Relationships among Patient and Therapist Ratings of Therapeutic Alliance and Patient Assessments of Therapeutic Process: A Study of Cognitive Therapy with Long-Term Mentally Ill Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(9), 579–585.
- Tjora, A. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave). Gyldendal.
- Torgersen, L. (2016, 25. januar). *Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
- Vandvik, I. H. (2021, 2. juni). Ungdomspsykiatri. I *Store medisinske leksikon*.
<http://sml.snl.no/ungdomspsykiatri>
- Vatne, E. (2015). *Bruk av tvangsmidler ved en akuttpsykiatrisk avdeling* [Master, Høgskulen i Hedmark]. Brage. <https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/281912/Vatne.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Universitetsforlaget.
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181–189. <https://doi.org/10.1111/inm.12121>