



# MENTALISERING GIR BEDRE SAMHANDLING

**Rus og psykisk helse.** Mentalisering kan bidra til økt forståelse og innlevelse i arbeidet med LAR-pasienter.

**AVSLUTTENDE EKSAMEN:**

Artikkelen bygger på  
**40% praksis**  
**60% teori**



**DOI-NUMMER:**

10.4220/sykepleiens.2014.0146



**Berit Madsen,**  
 psykiatrisk  
 sykepleier/  
 behandler på  
 ruspoliklinikken  
 UNN

**H**ensikten med artikkelen er å gjøre leseren bevisst på begrepet mentalisering og formidle tankene og følelsenes betydning i samhandlingen med LAR (legemiddelassistert rehabilitering)-pasienter. Jeg har brukt egne erfaringer og refleksjoner for å belyse utfordringer ved samhandlingen, samt litteratur av henholdsvis Finn Skårderud om mentalisering og Per Isdal om avmakt. Artikkelen baserer seg også på et intervju med en mannlig informant med sosialfaglig bakgrunn, som jobber innenfor rusbehandling.

**LAR-PASIENTER.** LAR er for pasienter med opiatavhengighet. De mottar substitusjonsmedisin som buprenorfin eller metadon for sin avhengighet. Pasientene skal som regel observeres mens de tar medisinen, oftest på apotek eller legekontor. Hvor ofte medisinen må tas observert eller om pasienten får den med seg hjem til selvadministrering, varierer fra daglig til ukentlig på bakgrunn av blant annet rusmestring. Vårt ansvar er å sikre at medisinen tas som forordnet og medisinsk forsvarlighet, forhindre misbruk av medisiner, lekkasjer til det illegale markedet eller til tredje person.

Formålet med behandlingen er

ifølge Den Nasjonale retningslinjen for Legemiddelassistert rehabilitering for opiatavhengighet, IS 1701, at pasientene skal få økt livskvalitet og bistand til å endre sin livssituasjon, gjennom gradvis bedring av sitt optimale mestrings- og funksjonsnivå (2). Målet er i tillegg å redusere skadene ved opiatmisbruk og redusere faren for overdosedødsfall (2).

LAR-behandlere bidrar aktivt i rehabiliteringsprosessen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, sosialtjenesten og pasienten. Et langsiktig mål er at pasientene skal få mulighet til å leve et selvstendig, rusfritt og verdig liv, både økonomisk og psykososialt.

**INFORMANTEN.** Min informant tror at alle LAR-behandlere ved Ruspoliklinikken har opplevd ubehagelige samtaler der de blir fortvilte, føler seg mislykte eller uduelige. Informanten har jobbet med rusbehandling i mange år, de andre ansatte har også lang erfaring med pasientgruppen.

Informanten liker best å være flink. Vi enes om at de fleste mennesker liker best å motta anerkjennelse, respekt og positiv bekreftelse. Du som leser, vet kanskje hvilke tanker og handlinger som gleder deg. Det er godt når vi opplever det. Jeg streber også etter å få det godt sammen med andre og forsøker å skape trygghet for å unngå

usikkerhet, frustrasjon eller å bli avvist. Dessverre blir vi ikke alltid likt, og dette kan føre til at vi blir utrygge i relasjonen. I jobben jeg har er det i tillegg skjev fordeling og ubalanse i behandlingsrelasjonen, da jeg som behandler har kontrollfunksjon angående LAR-medisin og medisinsk forsvarlighet.

**BEGRENSNINGER.** LAR-strukturen setter klare begrensninger for pasienters frihet, og mange har i utgangspunktet mangelfulle livsbetingelser. Pasientene kan oppleve at de ikke har kontroll over livet sitt, at deres integritet er truet og at de er hjelpeløse. Pasientenes autonomi er truet. De får avmaktfølelse av at de trenger hjelp av andre, samtidig som de ofte mener at de ikke får den hjelpen de trenger.

Mine erfaringer er at alle pasientene er unike og har forskjellige skjebner, utfordringer og behov for hjelp. Jeg vet at mange pasienter har vokst opp i turbulente miljøer og omgivelser. Mange har opplevd betydelig omsorgssvikt, tilknytningsforstyrrelser og mangler sosial kompetanse. Ofte har de erfart at relasjoner brytes, og noen har vanskeligheter med å stole på andre. De kan være mistenksomme og mistroiske til at behandlere har gode hensikter. Noen pasienter har trolig svekkete kognitive funksjoner. Jeg ser at mangel på struktur

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Å få innsikt i mentaliseringsbegrepet i samhandling med LAR-pasienter.

Når hjelpers gode intensjoner blir til frustrasjon, kan man ved kjennskap til mentaliseringsbegrepet forstå hvorfor en selv eller andre reagerer. Mentalisering kan bidra til å forberede hjelper på egne følelser og emosjoner, samt å forstå andres følelser og affekter. God mentalisering kan bidra til bedre følelsesregulering og økt mestring i utfordrende samhandlinger, både for hjelper og pasienter.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

- Rusmiddel
- Empati
- Arbeidsbelastning



**Avmakt: Opiatavhengige pasienter som mottar legemiddelasistert behandling, føler ofte utrygghet og avmakt, noe som kan skape frustrasjon og aggresjon. Arkivfoto: Stig M. Weston**

preger livet til mange pasienter og opplever at det er mange av pasientene som blant annet ikke har kontroll på tid, sted og gjøremål.

**MAKTFORHOLD.** Informanten sier at uansett hvordan han uttrykker seg i møtet med en pasient har han likevel makt til å gripe inn i pasienten liv og til å styre hans eller hennes hverdag drastisk. Han viser til at når pasienter uteblir fra urinprøvetaking, tolkes det av LAR-behandlerne som at prøvene ville vært positive og at man derfor antar at pasienten har dårlig rusmestring.

Ytterligere innskrenkninger på henteordningen skaper utrygghet for pasientene, fordi de mangler kontroll over livet sitt. De får en følelse av avmakt, at de er hjelpeløse og prisgitt andre som bestemmer, og dette kan skape frustrasjon og aggresjon. Noen ganger er det en feiltolkning fra pasientens side om hvorfor henteordningen innskrenkes. De ser ikke årsaken, som er at de ikke leverer urinprøver, men sammenlikner seg kanskje med andre som har bedre henteordning og som fungerer mye dårligere. De gir uttrykk for at dette er forferdelig

urettferdig, uberettiget og nedverdiggende. Dette kan føre til avmakt for pasienten. Mange føler seg stigmatiserte og krenket og at behandlerne tar avstand fra dem. For en del pasienter vil det å være i LAR gjøre dem i stand til å leve et normalt liv.

**«Mentalisering er en egenskap man kan trene opp og utvikle.»**

For andre igjen er veien tilbake vanskelig, og mange av disse vil oppleve at de lever på siden av samfunnet.

Jeg opplever at mange pasienter fortsatt har stort sug etter rusmidler og sliter med samhandling uten rusens trygghetsskapende og beroligende effekt. Andre sliter med angst, nerver og depresjoner og har vedvarende sidebruk av illegale stoffer og fortsetter med selvmedisinering.

For informanten var det lettere å samhandle og være i en god pasientrelasjon når han hadde erkjent





ubalansen i maktforholdet. Han nevnte at det var viktig å ta utgangspunkt i maktperspektivet og forholde seg til asymmetrien i LAR-systemet. Informanten sier at det er svært uheldig for relasjonen når han blir presentert som en maktperson i møter, bare på grunn av at han representerer LAR-systemet. Informanten viser til situasjoner der pasienters ønske om bedre henteordning blir avslått og de er sinte og fortviler over LAR-systemet. I slike tilfeller er det LAR-behandleren som eventuelt formidler avslaget. Dette kan være en av årsakene til at pasienter ikke møter opp til neste time, særlig når de vet de ikke har levert urinprøver og vet at det kan bli innstramning i henteordningen.

**MENTALISERING.** Jeg erfarer at mange behandlere mener rusavhengige er utfordrende å arbeide med, på bakgrunn av at mange pasienter har problemer med regulering av følelser og det kan virke skremmende. Jeg opplever selv at relasjonsbygging mellom pasient og behandler kan være krevende, siden det er mye i samhandlingen som kan utløse utrygghet, misforståelser og skape frustrasjoner.

Mentalisering handler om å forstå behov, ønsker, følelser og motiv for handlinger. Det handler om evnen til å fortolke følelser, tanker og hensikter bak handlinger og ytringer. Mentalisering er en egenskap man kan trene opp og utvikle. Hemmet evne til mentalisering kan gi store utfordringer og avmaktfølelse (2).

Ved hemmet evne til mentalisering kan vi misforstå andre, og misforståelser kan få store konsekvenser for samhandlingen. Den vi snakker med kan føle seg oversett, ikke hørt, feiltolket og bli opprørt over dette. Dårlig mentalisering av en selv innebærer svekket forståelse for egne følelser og at man blir opprørt over dette. Vi blir usikre og begynner å tvile veldig på oss selv, må stadig ha bekreftelse fra andre og overveldes av egne følelser. Kanskje handler man bare uten å tenke seg om og lar impulsene styre. Vi blir satt ut, kollapser og klarer ikke å tenke klart før det «svartner».

**RELASJONSBYGGING.** Innlevelse og tilstedeværelse er grunnleggende i mentaliseringsbasert tilnærming, for å få til en god relasjon. Dette skaper en trygg base og fremmer en god opplevelse av samhandlingen. Generelt bruker vi både verbal og nonverbal kommunikasjon når vi samhandler. Grunnleggende kompetanse for kommunikasjon og samhandling er basert på respekt, omsorg, empati og tillit (1).

Vi er følsomme og sårbare for hva andre mener om oss. Vi ønsker å bli likt og søker bekreftelser på vår identitet og eksistens. Når relasjonen oppleves som trygg er det mulig å utforske tanker, følelser, håp, ønsker, behov og drømmer (1).

I samhandling skjer en *implisitt* mentalisering, nemlig at vi automatisk legger merke til og observerer kroppsspråk, mimikk, lytter til toneleiet, tilpasser oss og lytter til innholdet i det som blir sagt. Ved vanskelig dialog benyttes *eksplisitt* mentalisering, der man begynner å fortolke. Våre tolkninger vil alltid kunne være knyttet til usikkerhet og medføre misforståelser (1).

**FØLELSER.** Redsel, hjelpeløshet, usikkerhet, litenhet, utrygghet, glede, sorg og savn er vanlige menneskelige følelser. Hemmet evne til mentalisering gir mange utfordringer, da man risikerer å tolke verden på måter som undergraver god regulering av følelser. Man mister kontroll over følelsene. Utholdelige følelser kan lede oss til å ruse oss, sulte, spise og selyskading (1).

Svekket eller hemmet mentalisering fører til dårligere forståelse og misforståelser (1) Det samme skjer ved avmakt. Man må arbeide for å vedkjenne seg de følelsene man faktisk har, godta dem og lære seg å uttrykke dem (4).

**TOLERANSE.** I arbeidet med pasienter med aggresjonsproblemer er det viktig å tolerere avmakt, eller å tolerere følelser generelt. Å arbeide for økt toleranse handler i høy grad om å holde tilbake den første «impulsive» responsen (4).

Å føle seg krenket kan føre til at

man reagerer impulsivt, og dette kan oppfattes som faretruende for den som utsettes for verbal utagering (3). Ved affekter som frykt, sinne og angst vil de som vanligvis mentaliserer godt, få redusert evne til å forstå den andre (1). Mentaliseringsevnen

hemmes av sterke følelser. Om vi stresses nok kan vi oppleve å falle fra sindig refleksjon til utagering; med beskrivelser som at det «gikk i svart», «jeg klikka», «jeg ble blank»,

«mistet besinnelsen» og så videre (1). Målet er at vi skal øke evnen til å tåle uten umiddelbart å måtte handle (3).

Mentaliseringsbasert tilnærming fokuserer ofte på misforståelsen som kan oppstå i samhandling. Det innebærer at man stopper opp og ser seg tilbake og forsøker å lære av feil, samt at man ser verdien av å si unnskyld eller beklage misforståelser. Man engasjerer seg i misforståelsene, og ser betydningen av å rette opp misforståelser og elendighet (1). Informanten ga pasienten mulighet til å si fra om det var noe som var uklart, og tilbød seg å forklare på nytt.

I en god relasjon eller endringsfokusert samtale er informanten opptatt av ikke å være normativ. Han må lytte, gi adekvat feedback og være oppmerksom på hvor pasienten vil hen i dialogen, slik at de sammen kan finne løsning på det som er problemet.

**AVMAKT.** På spørsmål om hvordan informanten klarte å jobbe innenfor dette feltet i en årrekke, svarte han ydmykt at han lærte masse om seg selv. I tillegg hadde han troen på at han utgjorde en forskjell for pasientene når han virkelig ble kjent med dem og så dem.

Informanten fryktet kjente begreper som utbrenthet, compassion fatigue og sekundærtraumatisering (4). Han fortalte at noen ganger kunne humøret påvirke familielivet. Spesielt konfliktfylte pasientrelasjoner kunne være belastende, og han hadde opplevd at noen truet ham direkte, med blodige hender, og med sanksjoner mot hans

## «Vi er følsomme og sårbare for hva andre mener om oss.»

### REFERANSER:

1. Straand S. *Samhandling som omsorg*. Oslo: Kommuneforlaget, 2011.
2. «Den Nasjonale retningslinjen for Legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet IS 1701:» <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Sider/default.aspx> (Nedlastet: 20.03.2013).
3. Isdal P. *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget, 2012.
4. Bang S. *Rørt, rammet og rystet*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.

### FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)



familie. Noen ganger når pasienter ruset seg ukritisk eller hadde dødd, naturlig eller ved selvmord, følte han seg mislykket som behandler, inkompetent og lite flink. Han hadde selv opplevd å få unngåelsesatferd og trekke seg tilbake fra sosiale sammenhenger. Han var klar over faren ved å selvmedisinere seg når han fikk fysiske reaksjoner som hjertebank og søvnproblemer. Det underlige var at han aldri vurderte sykemelding for å få en timeout selv. Han smilte da han sa at han ville veiledet andre til en timeout.

**MESTRING.** Mestring av avmakt er å identifisere kilden til avmakten og gjøre noe konstruktivt med det. Man må forsøke å forstå i detalj det som skaper avmakt og hva som gjør at man ikke blir forstått eller å få andre til å forstå hvordan man har det. Man må unngå å være forutinntatt

eller forutsette hva som kommer til å skje i negativ forstand (3).

Å arbeide med ny mestring for å få kontroll over følelsene som oppstår, er bevisstgjøring og trening. Man skal forsøke å unngå avmaktens to «mestringsgrøfter»: tilbaketrekning eller angrep (3). Informanten pleide å si ifra om han syntes det som ble sagt var ubehagelig, eller om han ble sint, redd, irritert eller ble frustrert selv, eller hvis det ble vanskelig å føre en god og konstruktiv samtale. God mestring av avmakt vil nesten alltid være det å snakke, sette ord på det man mener og føler på en god og klar måte og være lydhør for andres meninger og følelser (3). Gamle reaksjonsmønstre som før har vært virksomme eller nødvendige for å holde ut en følelse, på tross av at den ikke lenger virker eller er konstruktiv, skal endres til å finne

nye måter å mestre og tåle følelser på (3). Mentalisering bidrar til å forstå våre følelser bedre og å se disse i sammenheng. Gode mentaliserende egenskaper gir oss hjelp til å regulere følelser. Når vi er preget av sterke følelser som redsel, frykt, opphisselse eller sinne, så synker vår evne til å mentalisere (1). Det er i tillegg en åpenbar sammenheng mellom å være ruset og ha svekket mentaliseringsevne.

**KONSTRUKTIVT.** Jeg har erfart at kjennskap til mentaliseringsbegrepet kan lære oss å bli mer konstruktive og bedre i samhandling med andre mennesker, da det kan bidra til å kontrollere egne følelser og forstå andres følelser og affekter. Ved hjelp av mentaliseringsbasert tilnærming kan vi møte andre med ytterligere innlevelse og forståelse. Vi lærer å forstå oss selv utenfra og den andre

innenfra. Ved kjennskap til begrepet mentalisering vil tjenesteyteren kunne være bedre forberedt på følelsene og emosjonene som kan oppstå i møtet. Ved å lytte ekstra godt, vise innlevelse og engasjement, ved å utforske følelsene og å forsøke å forstå avmakten i møtet, kan pasienten oppleve samhandlingen positivt og ny læring utvikles. Rusfeltet trenger terapeuter med tålmodighet, som gjennom økt personlig kompetanse og faglighet, kan tilby behandling av høy faglig standard til pasientene.

Jeg tror kunnskap om mentaliseringsbegrepet vil være nyttig for meg i møte med LAR-pasienter i fremtiden, for å forstå utfordringene og avmakten i samhandlingen. Ved hjelp av mentalisering, sunn fornuft og kunnskap om de uskrevne reglene kan jeg se, lytte og forstå pasientene bedre og bli en bedre, profesjonell behandler. ●

## Få sår til å gro raskere med



**Woulgan® Biogel** er en ny og avansert sårhelingsgel utviklet i Tromsø. Produktet er primært utviklet for behandling av kroniske sår og sår som har vanskelig for å gro, men kan benyttes på en rekke ulike sårtilstander, inkludert mindre alvorlige sår som kutt og rifter.

Ønsker du å prøve? Ta kontakt på [info@biotec.no](mailto:info@biotec.no)

Tilgjengelig her  
[biotec.no/wbg](http://biotec.no/wbg)