



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Relasjon til pasient i psykose

May-Britt Slyngstad Jartveit

Totalt antall sider inkludert forside: 32

Molde, 18.04.12



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Nina Lystrup

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 12.04.12

Antall ord: 8758

Presentasjon

Eg har tatt for meg temaet korleis ein kan styrke relasjonen mellom pasient i psykose og hjelpar, utifrå sjølvpsykologiske prinsipp. Denne oppgåva er basert på erfaringar frå min praksisperiode ved akuttpsykiatrisk mottaksavdeling, i tillegg til tidlegare erfaringar med psykotiske pasientar i betring. Eg har også nytta meg av litteratur på området, inkludert sjølvbiografar.

Empiriet eg har tatt utgangspunkt i, handlar om ein pasient eg trefte ved psykiatrisk mottaksavdeling. Pasienten, som eg her vil kalle Thea, var innlagt på grunn av psykose, og eg fylgde ho i ei veke.

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Problemstillingar	2
1.2 Vitenskapsteoretisk referanseramme	3
2.0 TEORI	4
2.1 Å vere psykotisk.....	4
2.2 Kommunikasjon og psykose	5
2.3 Sjølvpsykologien.....	6
2.3.1 Relasjon og terapeutiske haldningar	6
2.3.2 Sjølvvet og kjernesjølvvet.....	8
2.3.3 Sjølvobjekt og sjølvobjektmiljø	9
2.3.4 Sjølvsamheng, sjølvregulering og vitalitetseffekt	9
2.3.5 Affektinntoning, speiling og inntoningssvikt.....	10
2.3.6 Psykopatologi	11
2.3.7 Bions psykoseteori	11
2.3.8 Eit narrativt perspektiv	11
3.0 Empiri	13
4.0 Drøfting	15
5.0 Avslutning	24
Litteraturliste	26

1.0 Innleiing

Temaet eg har valt å sette meg meir inn i, er **relasjon til pasient i psykose**. Eg har vald det sjølvpsykologiske perspektivet, og forsøkt å bruke prinsippa derifrå for skape god relasjon til pasient i psykose.

Eg valde dette temaet fordi eg følte i utgangspunktet at eg visste lite om det. Eg hadde lite kunnskap om psykose, og dermed også lite formeiningar om korleis eg som miljøarbeidar kunne vere med å hjelpe pasientar som var i ei alvorleg psykose.

Gjennom vidareutdanninga i psykisk helsearbeid, og meir praksiserfaring med pasientar i psykose, har det blitt klart for meg at det er veldig viktig korleis ein møter desse pasientane. Eg har gjennom å få meir kunnskap om blant anna angsten som følgjer ei psykose, fått behov for å søkje enda meir etter korleis ein best kan vere til hjelp for menneske i psykose for å minske ubehaget og også redusere skadeverknaden mest mogleg, også i etterkant av psykosa. Den skremmande kjensla som ein har hatt i psykosen, sit nemleg fortsatt i sjølv om psykosen har slept taket. Ved å skrive denne oppgåva, tenkjer eg at eg vil få denne kunnskapen meir «under huden», noko som eg trur vil bli nyttig, både for meg og pasientane, i min vidare praksis som psykiatrisk sjukepleiar.

Sjølv om ingen menneske er heilt like, så har vi mykje til felles som gjer at vi kan forstå kvarandre. I følge Liv Strand, så har vi til felles at vi ønskjer oss eit godt liv, og vi alle er på leiting etter ei meining og ein identitet. Ved å vere klar over denne grunnleggjande likskapen, blir det gjerne ikkje så lett å la seg skremme av dei psykotiske symptoma, men heller prøve å sjå bak dei (Strand, 2001).

Det er skrive veldig mykje om psykose. Eg avgrensar meg til å konsentrere meg om eit fagleg perspektiv om kva psykose er, men mest om personen si *oppleving* av å vere i psykose, og på den måten ønskjer eg å auke mi forståinga for dette. Med auka forståing vil det vere lettare å kjenne på empati i forhold til pasientar i psykose, tenkjer eg.

Eg har samla inn empiri ved hjelp av notater og erfaringar frå min praksisperiode ved ei psykiatrisk mottaksavdeling, og også erfaring frå min arbeidsstad, også ei akuttavdeling, men der pasientane er i bedring. I tillegg har eg henta inn meir kunnskap og informasjon ved å lese fagbøker, også biografilitteratur. Eg tenkjer at berre dei som har vore i ei psykose, veit korleis dette verkeleg kjennes.

Å jobbe med pasientar i psykose, er utfordrande for eit arbeidsmiljø. Dette er eit tema som kunne romma ei oppgåve i seg sjølv, men som eg ikkje kan ta for meg her på grunn av storleiken på oppgåva. Eg har vald å konsentrere meg om relasjonen mellom terapeut og pasient, og ikkje gå inn på det miljøterapeutiske perspektivet, sjølv om ein i mange tilfelle ser på dette som eit viktig ledd i bedringsprosessen.

1.1 Problemstillingar

Hovudproblemstillinga er:

Korleis kan kommunikasjon, utifrå eit sjølvpsykologisk perspektiv, verke relasjonsbyggjande mellom pasient i psykose og hjelper?

For å drøfte hovudproblemstillinga, vil eg gå gjennom følgjande delproblemstillingar:

Korleis det å vere psykotisk, påverkar forholdet til andre menneske.

Korleis kommunikasjon kan styrke sjølvvet.

Korleis relasjon kan styrkast mellom pasient i psykose og hjelper.

Korleis hjelpe pasienten til å bevare verdigheita gjennom psykoseforløpet, ved hjelp av sjølvpsykologiske prinsipp.

Eg presiserer at kommunikasjon kan vere både verbal og nonverbal, begge deler er viktige i denne samanhengen. Eg tenkjer at i ein akutfase der pasienten er dårleg, er det sjølvpsykologiske perspektivet godt eigna for å trygge pasienten. Viktige begrep i sjølvpsykologien, er forståing, bekreftelse og anerkjennelse. Dette er viktige ting for å styrke sjølvvet hjå pasienten. Når pasienten er redd, noko som vanlegvis følgjer med det å vere i ei psykose, då kan det hjelpe at personar rundt ein opplevast empatiske, at ein opplever omsorg. Dette er det mange som har sagt har vore til hjelp i ein vanskeleg og skremmande situasjon. Narrativet eg har valt å bruke, engasjerte meg. Pasienten det handlar om, møtte eg i min praksis ved psykiatrisk mottaksavdeling. Gjennom å bli meir kjent med personar som er i psykose, både pasienten i dette narrativet og andre pasientar, har dette auka mi forståing for dette temaet.

1.2 Vitenskapsteoretisk referanseramme

Sjølvspsykologien er basert på ein **hermeneutisk-fenomenologisk** vitenskapsteori, der pasienten si *oppleving* er sentral (Cullberg, 2003). Relasjonen, det som skjer mellom menneska, er det det blir lagt vekt på. Det som kjennetegner fenomenologien er at den anerkjenner at opplevelsen har en berettigelse i seg sjølv, og at den ikkje treng noko forklaring. Fenomenet eksisterer, og har dermed rett på å bli akseptert. Dette gjev pasienten ei kjensle av å vere unik og få aksept for slik han kjenner det (Cullberg, 2003) Den fenomenologiske metode blir kombinert med hermeneutikken.

Utifrå eit hermeneutisk syn, må mennesket forståast utifrå korleis det forstår og tolkar verda, og for å klare å sette seg inn i dette, må ein som terapeut kome nær pasienten.

Relasjonen er derfor sentral. Ein går inn i eit forhold der ein søker å finne/ skape forståing og meining, og her må hjelpar vere villeg til å bruke seg sjølv. Resultatet blir forhåpentlegvis at pasienten si tidlegare forståing av seg sjølv og sin situasjon, blir modifisert eller endra (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson, 2000).

Dette grunnlaget vert gjenspeila i teorien om sjølvsykologi.

2.0 TEORI

2.1 Å vere psykotisk

Å vere psykotisk handlar om at ein har ei endra oppfatning av verkelegheita. Det blir kalla forskjellig, blant anna ein realitetsbrist eller eit samanbrot. Ein person som er i ei psykose oppfattar ikkje lenger verda rundt seg, andre menneske sine haldningar og si eiga rolle på same måte som andre gjer. Personen har i staden ei vrangforestilling som er fordreid, usamanhengande eller kaotisk (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010). Dette er ein patologisk tilstand.

Når påkjenningar blir større enn individet makter, og denne ikkje kan gjere noe med situasjonen, kan løysninga bli å gjere noko med seg sjølv, nemleg å endre bevissthetstilstanden og å utvikle irrasjonelle reaksjonar. Slik kan til dømes psykose utvikle seg (Reichelt og Haavind, 1997).

Det er forskjellige gradar av psykose. Det kan vere at berre ein del av personlegdomen er psykotisk, og resten er ikkje-psykotisk og fungerer normalt. Eit menneske kan også vere heilt psykotisk og det kan verke som om det ikkje er noko vanleg tankegang igjen (Strand, 2001). Personar som har vore psykotiske, har fortalt meg at dei hugsar ikkje alt som har skjedd då dei var psykotisk, men dei kan fortelje at sansane deira var skjerpa. Om dei ikkje hugsar alt som skjedde, så hugsar dei den skremmande kjensla som følgde med. Sterk angst er vanleg ved psykotiske tilstandar (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson, 2000).

Ved psykose opplever ein ikkje sjølv samanheng, men tvert imot ei fragmentering av sjølvvet.

Arnhild Lauveng (2005) beskriv denne fragmenteringa ved å seie at ho byrja å kjenne seg utrygg på om ho var verkeleg, om ho eigentleg fanst. Identiteten, tryggleiken på at «eg var eg,» byrja å smuldre bort.

Joanne Green (1971) skriv om korleis ho opplevde å bli psykotisk: «Det kunne sammelignes med å sitte alene i en bunkers på en øde stillehavsøy og se hele himmelen bli fylt av lysglimt og tenke: Nå i dette øyeblikk skjedde det en atomkrig som drepte alle menneskene på jorden unntatt meg. Jeg er alene igjen på denne planeten.» Eg tenkjer at

desse to eksempla beskriv einsemda og redselen som fylgjer ei psykose.

Ein alvorleg, men vanleg konsekvens av psykose, er isolasjon, noko som fører personen i ein vond sirkel med ytterlegare sosial isolering, med dei konsekvensane dette får.

2.2 Kommunikasjon og psykose

Kommunikasjon er basis for samspel og relasjon, og det handlar om at vi meddelar oss til kvarandre. Roger Sperry hevda at kommunikasjon mellom individ, blant anna ved hjelp av språket, er ein føresetnad for det mentale eller sjelelege hjå menneska (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson, 2000).

Det er vanskeleg med verbal kommunikasjon når ein er i psykose. «Det er vanskeleg med klare beskjeder når hodet er fult av garnfloker og du hverken forstår hva du selv tenker og føler eller hva andre mennesker prøver å uttrykke» (Lauveng, 2005, 155). Sidan den verbale kommunikasjonen kan vere vanskeleg ved psykose, blir den ikkje -verbale kommunikasjonen ekstra viktig, som blant anna å vise at du har tid. Å ha god tid er ein forutsetnad for å kunne lytte nøye, og lytte er naudsynt for å få til god kommunikasjon (Lauveng, 2005).

Å ha passe fysisk avstand/ nærleik, ved å sense kva pasienten er komfortabel med, er viktig for å trygge pasienten. Empati er her sentralt. Om ein kjem for nær pasienten, blir det vanskeleg å halde eigne kjensler ifrå pasienten sine, og det blir vanskeleg å hjelpe. Har ein for stor avstand til pasienten, blir ein ikkje berørt nok til å vere til god hjelp. Empati krev både nærleik og avstand (Strand, 2001).

Blikk-kontakt er ein måte å kommunisere på som starter frå spedbarn og fortset heile livet. Winnicott (1967) er kjent for å ha sagt at når barnet ser mor sitt ansikt, ser det seg sjølv der. Hennes uttrykk blir etter kvart ein del av barnet si sjølvopfatning. Mors ansiktsuttrykk er på denne måten i høg grad med på å prege barnet si sjølvutvikling, og får betydning for barnet sitt «sjølv» som vaksen (Scibbye, 2009).

Ifølgje Levinas, «blir jeg et menneske ved å finne meg selv som menneske i ditt kjærlige ansikt» (Schibbye 2009, 63).

Fordi ansiktskommunikasjon skjer veldig raskt, har vi ikkje tid til å registrere alt. Vi sender

ut ein mengd med budskap utan at vi er bevisst det. Dette spelar ei stor rolle i alle relasjonar. Dette er det viktig å vere bevisst om, spesielt i ein terapirelasjon, der pasienten lett kan ta det som at det har noko med han å gjere. Det er då viktig at vi er klar over, så godt som det er mogleg, at blikket vårt ofte utstråler det vi kjenner på, slik at vi kanskje til og med må seie til pasienten til dømes at «i dag er eg litt uopplagt, så om du merker at eg er litt fjern, så er det orsaka, og det har ikkje noko med deg å gjere.»

Konsekvensar av at kommunikasjonen er blitt vanskeleg, at språket er vanskeleg tilgjengeleg for pasienten når han er i ei psykose, er fleire. Pasienten kjenner seg ikkje forstått, og har også problem med å oppfatte andre rett, med stor fare for at det sosiale nettverket blir redusert. Ein klarer oftast heller ikkje å fungere i jobb eller studie, og resultatet blir gjerne einsemd og lav sjølvkjensle, som igjen påverkar verdigheita.

2.3 Sjølvpsykologien

Sjølvpsykologien har sitt utspring i Freuds psykoanalyse. Psykologen Heinz Kohut var ein etterfølgjar av Freud, men gjekk etterkvart sin eigen veg, bort frå driftsteorien til Freud, og med større vekt på relasjonen i terapien. Dette førte til sjølvpsykologien på 70-talet. I staden for å seie som Freud, at born er født med drifter, meiner sjølvpsykologien at barn er født med ei indre drivkraft i seg etter å utvikle eit stabilt bilete av seg sjølv. For at dette skal skje, er barnet avhengig av å vekse opp i eit nærande sjølvobjektmiljø, det treng tilknytning og mellommenneskeleg kontakt allereie frå start (Hartmann, 2000).

2.3.1 Relasjon og terapeutiske haldningar

Relasjon: Martin Buber var opptatt av møtet mellom menneska, og meinte dette møtet mellom eit «eg» og eit «du» kan vere både eit vågestykke, men også ein moglegheit. Det er eit vågestykke fordi ein må investere av seg sjølv, og i det ligg det å tape noko av kontrollen over det som skjer. Dette møtet mellom to individ, forutset deltaking og medverking ifrå begge parter, møtet er basert på gjensidighet (Eide et al. 2009). Ifølgje teorien om sjølvpsykologi, er det i *relasjonen* at krafta til endring og helbredelse ligg (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson, 2000).

Empati: «Empati er evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg, så konsekvent som mulig, i den andres sko» (Hartmann, 2000, 123). Empati er å spørje seg «korleis ville eg ha følt det om det var meg dette gjaldt?» Om du vert opplevd som empatisk, er opp til pasienten å bedømme. Ifølge Kohut, er empati psykoanalysens viktigste observasjonsmåte. Det er berre gjennom empati at ein får tilgang til den andre si indre verden (Karterud, 1997). Empati er krevjande kjenslemessig. Ein søker altså å kome nær inntil, noko som aukar forståing, som igjen fører til endring, og det skjer ein endringsprosess som forhåpentleg gjev auka sjølvinnsikt.

Ein skal som hjelper ikkje vere i observasjonsposisjon, ein skal spørje i staden for å konstatere og godta korrigering frå pasienten.

I følge Ellen Hartmann (2000) er forståing, bekreftelse og anerkjennelse viktige stikkord for mange sjølvpsykologar for å skape ein god relasjon.

Forståing er ein viktig del av anerkjennelse (Schibbye, 2009). For å få ei indre forståing, må hjelper gå inn i den andre si opplevingsverd, å kjenne på tilsvarande kjensler i seg sjølv. Ifølge Hartmann (2000) medfører genuin oppleving av å bli forstått, til reparasjon av sjølvvet og at ny psykisk struktur blir bygd opp.

Bekreftelse: Ifølge Schibbye (2009), er bekreftelse ikkje å tilfredstille ein person sine behov, til dømes for å gje støtte på ei kjensle: «det er forståeleg at du følte det slik.» I forståelsen, i den umiddelbare tilbakemeldinga, i den kjenslemessige *matchen* ligger bekreftelsen.

Anerkjennelse: I begrepet ligg ideen om blant anna å sjå igjen, gjenkjenne, erkjenne og styrke. Anerkjennelse blir gjerne tolka på anna måte i det vanlege liv enn i terapien. I livet elles, tenker ein gjerne på anerkjennelse som påskjønning, oftast for noko ein har gjort. Ein blir då sett utifrå ytre prestasjon. Anerkjennelse, slik Schibbye ser det, inneber fokus på den andre si opplevingsverd fordi det handlar om eit medmenneske. Ho hevdar vidare at anerkjennelse er noko meir enn empati, bekreftelse og medkjensle, og held fram at kjærleik er delen som utgjer dette «noko meir». Viktige moment for å utøve ei anerkjennande haldning, er i følge Schibbye, lytting, forståing, aksept, toleranse og bekreftelse (Schibbye, 2009).

R Ifølge Schibbye, finst det kjærleik på fleire plan, men det som er aktuelt i forholdet mellom pasient-hjelper, beskriv ho som ei kraft som melder seg i relasjonar, også i den

terapeutiske relasjon. Ho henviser til Kierkegaard, som seier at «kjærleiken *skjer* med oss», den er både *i* oss og *mellom* oss, og den er slik at vi heile tida kan bli rørt av den. Vi merker den i augeblikket, den melder seg der forhold er gode (Schibbye, 2009).

2.3.2 Sjølvvet og kjernesjølvvet

Sjølvvet: Kohut meinte at sjølvvet skil seg fra jeg`et (Freud) ved at det er opplevelsesnært, og det utviklar seg i samhandling med viktige andre, som er sjølvobjekta rundt seg (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson, 2000). Kohut beskriv i si siste bok, sjølvvet som eit dynamiske system med tre poler, det tripolare sjølvvet: Det grandiose sjølvvet, det idealiserande sjølvvet og det tvillingsøkjande sjølvvet. Desse er forankra i det Kohut kallar kjernesjølvvet.

Kjernesjølvvet:

Kjernesjølvvet finst ikkje i oss frå vi er født, ifølge Kohut, men det har sine røter eller forløpere. I løpet av tidleg barndom, vert det smelta saman, og Kohut snakkar i denne samanheng om sjølvvet sitt «design» (Karterud, 1997).

Gitt eit intakt kjernesjølv og eit rimeleg empatisk kompetent sjølvobjektsmiljø, vil ei utvikling vidare forløpe som ei tredimensjonal utbygging og differensiering av sjølvvet:

Det grandiose sjølvvet: Ein har behov for å bli sett som verdens midtpunkt, anerkjent, forstått og beundra. Dette blir gradvis senteret for individet sine ambisjonar. Ved svikt i mogning på dette feltet, kan det føre til urealistiske krav om merksemd i vaksen alder.

Det idealiserande sjølvvet: Ein har behov for å støtte seg til ein anna som står fram som sterk, ein søker tryggleik, å bli haldt oppe av noko som er større enn seg sjølv. I moden form, vil dette vere grunnlaget for etikkens personlege forankring. Om dette behovet ikkje er dekt, vil det føre til at personen får eit intenst sagn etter å ha nokon å lene og støtte seg til.

Det tvillingsøkjande sjølvvet: Denne tredje polen, søker etter at andre skal bekrefte ein med sin likskap. Kohut knytta denne polen til området for talent og ferdigheiter (Karterud, 1997).

Sjølvet er blitt styrka når

Som eg nemnte tidlegare, er eit mål på behandlinga i kor stor grad pasienten opplever at sjølvkjensla er blitt styrka. Å oppleve ei genuin forståing, fører til at sjølvet blir «reparert» og ein ny psykisk struktur blir danna. Personen opplever då at sjølvet er blitt sterkare og kjenner på meir sjølv-samanheng. Dette aukar sjansen til å utvikle seg vidare. Personen kjenner seg då meir vital, har betre forhold til viktige andre, og kan utnytte eit sjølvobjektsmiljø betre. Å ha meir empati mot seg sjølv, og auka evne til å gje og ta imot, er eit anna teikn på at sjølvet er blitt styrka. At mennesket sjølv vel sjølvobjekta sine, tyder også på eit sunt menneske.

Alt dette er med på å gje personen meir håp (Hartmann, 2000).

2.3.3 Sjølvobjekt og sjølvobjektsmiljø

I følge Stern, blir vi blir født med behov, ikkje drifter (Schibbye, 2009). Kjenslemessig har vi behov for forståing og anerkjennelse. Dette gjer oss avhengige av andre. Korleis vi blir møtt av viktige andre, altså sjølvobjekt, er med på å forme oss som menneske.

Ein snakkar om eit nærande sjølvobjektsmiljø når miljøet møter individet sine behov for tilknytning, fellesskap og bekreftelse. Dette må til for at sjølvet skal utvikle seg til eit modent, sjølvregulerande system (Hartmann, 2000).

Kohut delte sjølvobjekt inn i tre typar:

Sjølvobjekt kan vere *speilande*, nokon som til dømes ser, korrigerer og anerkjenner ein.

Døme på dette, kan vere foreldre/ omsorgspersonar.

Sjølvobjekt kan vere *idealisererte*, nokon ein ser opp til som gjev personen det han treng av til dømes styrke og veiledning. Døme på slike, kan vere Gud, idol, terapeut.

Sjølvobjekt kan vere *alter ego type*, nokon som ein kan kjenne seg lik. Døme på dette, er vener.

Sjølvobjekt kan forutan viktige personar i livet, også vere kunst, dyr, natur og anna, altså objekt utanfor ein sjølv (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010).

2.3.4 Sjølv-samanheng, sjølvregulering og vitalitetseffekt

For å ha det bra med seg sjølv, treng ein å oppleve seg som den same personen over tid,

også under stress. Dette blir kalla å ha *sjølv samanheng*, noko som er ein føresetnad for å kunne klare å sjølvregulere. Å *sjølvregulere*, er å byggje opp kjensla av å vere den same, og dette treng vi å gjere gjennom heile livet. *Vitalitetseffekt*, er knytta til det å vere i live, å kjenne at kjensler kjem og går. (Schibbye, 2009). Ein føresetnad for å kjenne seg vital, er at ein har opplevd rett inntoning frå nærande sjølvobjekt tidleg i livet (Hartmann, 2000).

2.3.5 Affektinntoning, speiling og inntoningssvikt

Inntoning, å tone seg inn, inneber at mor stemmer seg inn på barnets affektive bølgelengde. Når mor gjer dette, vil barnet sleppe mor inn i sin bevisstheit. Stern meiner at speiling har noko til felles med inntoning, men at speiling kan gjere noko meir ved at mor «legg noko inn i barnet».

Speiling er at våre kjensleuttrykk og mentale tilstander blir reflektert tilbake (Schibbye, 2009). «Gjennom å bli speilet, kan individet se sitt mentale innhold, det vil si reflektere.» (Schibbye, 2009, 325) Terapeuten må speile rett for at pasienten skal byrje å reflektere. Dette skjer ved at pasienten har ei oppleving som han fortel om, terapeuten speiler kjensla som er knytt til opplevinga, og opplevinga kjem utanfor pasienten, i terapeuten sin bevisstheit. Dette kan gjere at pasienten kan «sjå» kjenslene sine og fantasiane sine meir klart og dermed reflektere over dei. Her må terapeuten lytte, forstå og «matche» (Schibbye, 2009)

Inntoningssvikt er at ein ikkje er møtt godt nok, at det er skjedd ein svikt i inntoninga frå viktige andre. Stern skil mellom fire typer inntoningssvikt:

Manglande inntoning: Barnet får ikkje bekreftelse på følelsane sine, noko som kan føre til at barnet går inn i seg sjølv, inn i si eiga fantasiverd.

Selektiv inntoning: Barnet får bekreftelse på visse kjensleopplevingar, dei som foreldra synes om. Faren er då at barnet blir forma etter foreldra sitt ønskje, og ikkje får fridom til å kjenne etter kva det sjølv synes. Andre sine forventningar blir det som er viktig, og faren blir at barnet utviklar eit falskt sjølv for å tilfredsstille desse forventingane.

Feilinntoning: Barnet blir møtt med ein upassande respons på kjenslene sine, noko som kan føre til at barnet går inn i seg sjølv av frykt for å bli fråteken sine eigne kjenslemessige reaksjonar. Døme på dette, kan vere der foreldra har eit rusmisbruk og er ustabile som sjølvobjekt. Dette kan føre til eit skjult sjølv (Urnes, 1997).

Overinntoning: Her skjer ein for sterk respons som blir opplevd som invadering. Stern meiner at dette kan føre til alvorleg personlegdomsforstyrring (Utviklingspsykologi og selvspsykologi, Urnes, 1997).

2.3.6 Psykopatologi

Sjølvspsykologer ser på patologi som at utviklinga har stoppa opp, eller det har skjedd ei skeivutvikling. Orsakane kan vere at personen ikkje har blitt møtt godt nok empatisk ved at han har mangla adekvate sjølvobjektsopplevingar eller at han har opplevd traumatiske opplevingar under oppvekst eller seinare i livet. Dette kan føre til eit fragmentert bilete av sjølv, ei kjensle av «mangel på samanheng» (Scibbye, 2009, 157), og at personen handlar deretter (Hartmann, 2000).

2.3.7 Bions psykoseteori

Wilfred Bion, var ein engelsk psykoanalytiker (1897-1979) som bidrog med banebrytande arbeid innan psykose. Eg nemner han her på grunn av hans «containing»-teori. Han hevda at vi ikkje alltid bruker språket for å medele andre noko, men at vi også bruker det når vi vil kvitte oss med kjensler som er vanskelege for oss (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson, 2000). Vi treng då at andre menneske kan fungere som «containing» for oss. «Containing» betyr å ta imot, reformulere og sende tilbake den overveldande, skremmande kjensla i ei anna, handterbar form. Vi hjelper då klienten til etterkvart å tåle den overveldande kjensla og kjenne seg heil igjen. Det er tanken at etterkvart vil klienten lære seg å vere sin eigen containing, og tåle sine eigne, sterke kjensler (Schibbye, 2009).

2.3.8 Eit narrativt perspektiv

Dette betyr forteljande. At personen fortel si historie, kan vere terapeutisk. Både ved at terapeuten stiller spørsmål, og forsiktig prøver å tolke ting som har skjedd i historia, men også rett og slett ved at pasienten høyrer seg sjølv sette ord på historia si. Dette kan føre til at han modererer eller endrar biletet av si eiga historie, som igjen kan gjere at biletet av seg

sjølv blir endra, til dømes ved auka sjølvforståing og sjølvempati. Å rekonstruerte historia kan vere helande, fordi det gjev meir meining til erfaringane som personen har opplevd (Hartmann, 2000)

3.0 Empiri

Pasienten som eg vart kjent med, møtte eg i psykiatrisk mottaksavdeling, og eg hadde kontakt med henne, som eg her vil kalle Thea, i ei veke. Drøftingsdelen tek utgangspunkt i samspelet mitt med Thea, og inneheld blant anna eit utdrag av ein samtale vi hadde.

Thea, vart innlagt på tvang, for observasjon. Ho bur åleine og har lite familie rundt seg. Ho har frå tidlegare diagnosen paranoid schizofreni, ved denne innlegginga er det spørsmål om paranoid psykose.

Etter innlegginga har ho snakka mykje om dyra ute som ser kor ho er, og at dei passer på henne. Ho begynner gjerne å gråte når ho fortel om dette og ho omtalar dei som hennar venar. Thea er sint på psykiatrien som har lagt henne inn, ho seier sjølv at ho er heilt frisk.

Thea har fått vite at eg har snakka med sonen i telefonen, og avtalt at han skulle spørje ein nabo til pasienten om å hente posten for henne. Dette vart gjort utan at pasienten var blitt spurt om det var greitt at eg ringte til sonen. Eg hadde, då vi tidlegare på dagen gjekk tur ut, nemnt temaet om ho hadde nokon som henta posten for seg, men pasienten sa at det hadde ho ikkje, og det trengte ho heller ikkje. Pasienten gav uttrykk for fortvilning over at sonen no var trekt inn i dette styret, som pasienten sa. Ho viste med heile kroppshaldninga si at ho var sint. Eg sa at eg var veldig lei for det, pasienten gjekk så ut av samtalerommet og smelte døra igjen.

Tidligare på dagen hadde eg vore og handla ein ting til henne, og hadde da kjøpt feil merke, då ho ikkje hadde presisert dette. Eg sa eg skulle gå og bytte den før eg gjekk av vakt, men på grunn av ting som skjedde i avdelinga, måtte eg gje denne oppgåva vidare til neste skift. Da eg skulle informere henne om dette, vart ho sint igjen, sa at vi held ingenting av det vi lover her. Eg beklaga igjen, og følte at relasjonen no var ganske tynn.

Dagen etter var eg spent på korleis Thea ville reagere på meg som kontaktperson. Ho starta med å spørje om vi kunne gå tur. Eg sa då at eg ville ikkje gjere same feil som dagen før, ved å love noko eg ikkje kunne halde, så eg sa at vi måtte sjå utover dagen. Ho var einig i at det var lurt å ikkje love noko ein kanskje ikkje kunne halde. Det verste var å bli skuffa, sa ho. Eg nytta anledninga til å seie igjen at eg var veldig lei meg for slik det hadde blitt dagen i førevegen. Ho føysa det berre vekk, og sa at det var i orden, at vi var ferdige med det.

Eg var overraska over at ho viste meg, slik eg opplevde det, meir tillit denne dagen. Ho

ville denne vakta snakke med meg ved kveldsmaten, noko ho ikkje hadde vore villig til tidlegare, anna enn når vi gjekk tur. På spørsmål om ho liker å lage mat, svarte ho at det gjer ho, men at det ikkje er særleg kjekt å lage mat berre til seg sjølv. Ho fortalte at ho ofte et det første måltidet langt ut på ettermiddagen, Ho gav uttrykk for at dette ikkje er lurt, men at ho ikkje har noko å stå opp til, og at dagane går med til å sitte å sjå ut av vindaug.

Til kvelden blir det ein samtale på rommet:

Eg: Korleis synes du det er å vere her?

Pas: Eg liker det ikkje, men det er ikkje noko godt å vere heime heller.

Eg: Er senga god?

Pas: (med eit lite smil) Eg har ikkje prøvt den.

Eg: Kvifor ikkje?

Pas: Eg liker ikkje å ligge med døra ulåst. Og eg er redd nokon skal kome inn og ta kleda mine.

Eg: Ja men du treng jo å få ligge godt og sove. Er det noko vi kan gjere slik at du tør å legge deg i senga? Kva om vi låser kleda dine inn i skapet?

Pas: Ja det vil hjelpe!

Eg: Vil du at eg skal hente ein pysj til deg?

Pas: Ja, berre ei skjorte. Ei stor ei!

Pasienten sov i senga den natta, med nattklede.

4.0 Drøfting

Eg vil her utforske hovudproblemstillinga ved å sjå på delproblemstillingane i forhold til forteljinga om Thea.

Korleis det å vere psykotisk, påverkar forholdet til andre menneske

Relasjonar opplevast smertefullt når ein er i ei psykose. Å skulle «småsnakke» om alt og ingenting, kjennes umogleg. Ja, samkvem med andre vert opplevd så vanskeleg at det blir samanlikna med å ikkje vite kva fot ein skal stå på. Det resulterer i at personen trekkjer seg tilbake for å sleppe den vonde kjensla av å ikkje strekke til. Dette fører gjerne til depresjon, og ytterlegare fragmentering/spalting av sjølv og funksjonane til sjølv, for å kome bort frå smerta (Thorgaard, 2007). Det tærer på sjølvkjensla å vere psykotisk.

«Den psykotiske, spesielt den schizofrene, har et sterkt ønske om kontakt, samtidig som han frykter kontakt.» (Strand, 2001, 66)

Her kjenner eg at det er viktig å akseptere kva pasienten kjenner han klarer av nærleik, til dømes ved å la vere å røre fysisk ved pasienten når han ikkje klarer dette. Når eit menneske er i psykose, kan det vere vanskeleg å vite kor ein sjølv sluttar og andre byrjar (Cullberg, 2003).

Det kan her vere ei fallgrøft at ein som terapeut fjernar seg for mykje frå pasienten, at ein blir for redd for å gjere det vanskeleg for pasienten ved å kome for nær. Å ikkje kome for nær, men samtidig vere der for pasienten, på hans premiss, er eit godt utgangspunkt for god relasjon, tenkjer eg, basert på eiga erfaring. Ein god framgangsmåte for å vise respekt og forståing for pasienten, er å snakke ope om dette og kome fram til eit samarbeid som hjelper pasienten.

Thea viste når ho kjente for å ha kontakt og ikkje. Eg kjende meg usikker og måtte prøve meg fram, og så observere reaksjonen til Thea. Ho viste på ingen måte at ho sette pris på at eg tok kontakt med henne, iallfall ikkje i byrjinga. Eg kjente på usikkerheit kor mykje eg skulle la ho få vere for seg sjølv, og kor mykje eg skulle ta kontakt. Eg vart også utfordra på mi eiga kjensle av å vere avvist, men visste samtidig at Thea truleg kjente på kaos, noko som var vanskeleg for henne å takle. Eg måtte her fungere som «containing,» rett å slett å takle hennar vanskelege, overveldande kjensler, som kunne kome ut i sinte ordlydar, også ein del for meg i ubegripelege setningar. Dette er det Bions psykoseteori handlar om. Vi må tåle å ta imot dette, og prøve å sende det tilbake til pasienten i ei meir handterbar form,

for å minske kaoset for pasienten. Målet er at pasienten på sikt skal klare å takle desse kjenslene sjølv, og då klare å fungere som eigen «containing» (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson, 2000).

Psykosen fører til isolasjon, noko som igjen tek ifrå pasienten den helbredande krafta som ligg i å vere i ein relasjon. Det er her snakk om at dialogen over tid kan skape ein ny tryggleik i forhold til dei skremmande kreftene som ein kjenner på i psykose. Å kjenne seg utilstrekkeleg, fører gjerne til at ein trekkjer seg unna andre folk for å forsvare seg mot vonde kjensler som kontakt med andre gjev (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson, 2000). Slik eg ser det, var nok dette tilfelle for Thea, utan at ho sette ord på at det var slik. Kjende ho på nedverdige ved å ikkje klare å ta vare på seg sjølv? Ho uttalte blant anna fleire gonger at «eg er heilt frisk». Ho ville eller klarte kanskje ikkje å innrømme at ho hadde det vanskeleg og trengte hjelp. Først etter fleire dagar med kontakt, då relasjonen var blitt sterkare mellom oss, innrømte ho at ting ikkje hadde fungert så godt heime heller.

Korleis kommunikasjon kan styrke sjølv

Å styrke sjølv, er sentralt i terapien i sjølvpsykologi. Sidan Thea var psykotisk, hadde ho eit fragmentert sjølv, noko som inneber å ikkje ha sjølv samanheng. Ein av delane i det tripolare sjølv, er det grandiose sjølv, der motpolen er eit utsletta sjølv (Karterud, 1997). Eg tenkjer at på denne aksen, ligg Thea sitt sjølv ganske nær eit utsletta sjølv. Eg opplevde at ho med si haldning stod fram grandios, «alt er bra, eg er heilt frisk,» men at denne fasaden slo sprekkar etterkvart som eg vart kjend med henne. Om eg går utifrå at dette var tilfelle for Thea, så tenkjer eg det var viktig at eg kunne fungere som eit sjølvobjekt som gav henne det ho trengte i denne, for henne, utrygge situasjonen. Utifrå det eg tidlegare har nemnt om dei forskjellige typar sjølvobjekt, etter Kohut si inndeling, så tenkjer eg at eg fungerte som eit speilande sjølvobjekt for henne. Dette gjorde eg ved at eg lytta til henne, og gav anerkjennelse tilbake, noko som er med på å styrke sjølv. Etterkvart som relasjonen vart styrka, er det også mogleg at eg vart eit alter-ego sjølvobjekt for henne, at ho kjente på likskap og kjensle av veninneforhold til meg. Den endra innstillinga hennar til meg på slutten av tida vår saman, kan tyde på dette. Når ein er i ei psykose, og då har hørsels- og /eller synshallusinasjonar, er det slitsamt å halde ein samtale i gang, særleg om samtalen dreg ut i lengde.

Det er altså vanskeleg å konsentrere seg når ein har hallusinasjonar. Då er det viktig som hjelpar å redusere ubehaget og tap av meistring mest mogleg, blant anna ved å bruke korte,

enkle setningar. Eg må også forsøke å følgje pasienten i tema, og ikkje presse på med tema som pasienten ikkje er klar for. Det er viktig at pasienten opplever seg forstått og lytta til, noko som er ein sentral del for at sjølvbiletet skal bli styrka, noko som vidare vil gje ei kjensle av samanheng, meining og vitalitet (Hartmann, 2000).

Thea snakka ein del om ting som hadde skjedd henne, både nyleg og då prega av psykosa, men også frå tidlegare i livet. Den verbale kommunikasjonen var meir og mindre tydeleg for meg, då ho snakka ein del i bilete, hadde ein del klare vrangførestillingar, og brukte ord som var sjølvkonstruerte. Eg opplevde likevel at kommunikasjonen var tydelegare å forstå for meg når vi gjekk på turar ut, enn elles. Eg lytta for det meste, men stilte også litt spørsmål. Eg tenkjer at å sette ord på ein del av livshistoria si, var terapeutisk for henne. Ifølgje Hartmann, skjer det ein helande prosess gjennom at pasienten får fortelje si historie, då dette kan gje pasienten meir meining til erfaringane og auke forståinga for seg sjølv (Hartmann, 2000).

Kva gjorde at kommunikasjonen flaut betre, slik eg ser det, mellom oss når vi var ute og gjekk tur? Liv Strand snakkar om balansen mellom nærleik og avstand, med tanke på menneske i psykose (Strand, 2001). Ho hevdar at samtale samtidig med ein aktivitet, ikkje er så påtrengande nær som når ein sit og kun har samtale. Eg tenker at dette kan vere ei mogleg forklaring på at situasjonen ikkje vart opplevd så vanskeleg for Thea når vi gjekk tur, og at ho til og med kjende på meistring. Når eg ser dette utifrå eit sjølvpsykologisk perspektiv, med styrking av sjølvvet i tankane, tenkjer eg at Thea fekk ein bekreftelse på seg sjølv gjennom å klare seg betre i samhandling, og at dette var med å styrka sjølvvet hennar.

Korleis relasjonen kan styrkast mellom pasient i psykose og hjelpear

Buber snakkar om at møtet med den andre er ein moglegheit til ein skapingsprosess eller ei endring, at noko kan bli til i nærleiken av den andre. Buber meiner her bekreftelsen vi gjev kvarandre, ein ubetinga aksept på kvarandre som menneske, både på det som er og det som kan bli. Gjensidigheten som oppstår i dette møtet, får fram moglegheiter og kvalitetar hjå kvarandre (Eide et al. 2009).

Også her ser eg begrensning for ein person i psykose. Å kunne fungere i gjensidighet blir vanskeleg, fordi samver med andre opplevast vanskeleg, og personen misser då moglegheita til å få denne ubetinga aksepten på seg sjølv. Dei negative symptoma som er

vanlege ved psykose, er ofte treighet, sløvhet, avflating av kjensler, passivitet, språkfattighet, nedsatt kontaktevne, manglande framdrift/ interesse m.m. (Thorgaard, 2006). Dette opplevde eg gjaldt også for Thea, blant anna ved at ho viste lite av kva ho tenkte og følte. Det seier seg sjølv at dette dreiv Thea enno lengre bort ifrå eit fellesskap, bort ifrå nærande sjølvobjekt som er så viktig, i følge sjølvpsykologien, for å oppretthalde eit stabilt sjølv.

Samtidig tenkjer eg at det her også var ein moglegheit for meg til å kunne fremme håp ved å vere eit nærande sjølvobjekt for Thea ved å formidle forståing, bekreftelse og anerkjennelse. Når eg kommuniserte dette, slik eg ser det, både ved å uttrykkje det i ord og også vise henne respekt gjennom mi haldning, var dette forhåpentlegvis med på å styrke sjølvet hennar. Eg tenkjer det var dette som skjedde med Thea då fleire ting skar seg, men som enda med å styrke relasjonen mellom oss. Kanskje tona eg meg godt inn på Thea, noko ho då opplevde som empatisk haldning, som har, ifølge Hartmann (2000), ein helande verknad. Konsekvens av empati, er nettopp at ein kjem inntil den andre. Dette vil då auke forståinga av korleis pasienten har det, pasienten sjølv kan få meir forståing for situasjonen sin, og dette kan føre til endring. Ved hjelp av empatien skjer det altså ein helande prosess som gjev auka sjølvinnstikk (Hartmann, 2000).

Lauveng (2005) skriv om kva som var med og hjelpte henne då ho i mange år var psykotisk. Ho nemner då det å møte på folk som har rom og indre styrke nok til å ta imot og tåle og stå i alle dei sterke kjenslene som kjem til uttrykk hjå person i psykose (jmf Bions psykoseteori) . Ho nemner også folk som hadde tru på planane hennar, som støtta henne og aldri gav henne opp. Dei gav heller ikkje henne lov til å gje opp. Det var viktig at folk rundt henne gav henne tid, tryggleik og rom, verkeleg lytta til henne, ikkje gav henne ferdige svar, men jobba med jordsmonn til henne for å dyrke eigne svar, når tida var mogen (Lauveng, 2005). Eg tenkjer om hennar situasjon, at dei rundt henne viste ei empatisk haldning ved at dei gav henne bekreftelse og anerkjennelse ved at dei speila tilbake til henne at dei hadde tru på henne. Dette veit vi ifølge sjølvpsykologien verkar styrkande på sjølvet. Som tidlegare nemnt, aukar dette kjensla av sjølv samanheng (Hartmann, 2000).

Eg møtte Thea over ei veke, men fekk likevel erfare i dette tidsaspektet at etterkvart som eg fekk følge Thea dag etter dag, gav henne rom og tid, lytta til misnøyen hennar over

blant anna å vere innlagt på tvang, så opplevde eg at dette auka tilliten hennar til meg litt etter litt. Eg tenkjer at eg her fekk vere eit speilande sjølvobjekt for Thea, der eg opplevde smerta og fortvilning hennar, men at eg som hjelpar måtte stå utanfor intensiteten og styrken i kjenslene hennar, og prøve å trygge henne gjennom ei empatisk og omsorgsfull haldning (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson, 2000). Kanskje eg her fungerte som eit idealiserande sjølvobjekt, ei ho kunne lene seg til, og at eg speila tilbake av min tryggleik og ro?

Ei av hensiktene mine i samarbeidet med Thea, var å forsøkje å skape god relasjon ved å formidle tryggleik. Dette tenkjer eg ein berre klarer om ein sjølv kjenner seg trygg, noko som vanlegvis kjem med erfaring. Ved å ha klart for seg den grunnleggjande likskapen vi har som menneske, er dette også med på, ifølgje Strand (2001), å gjere oss tryggare i møte med den psykotiske ved at vi lettare kan klare å sjå «bak symptoma».

Thea var prega av at ho syntes det var vanskeleg å ha relasjon til andre. Det synte seg blant anna ved at ho ikkje engasjerte seg i samtaler som eg prøvde å få til. Når ho svarte meg, kunne dette skje ved at ho snakka i bilete. Ho kunne også vere ironisk og ha ei tilsynelatande fiendtleg haldning, noko som utfordra meg ved at eg kjende meg avvist og ikkje ønska, iallfall innimellom. Mistilliten til oss helsepersonell var sjølv sagt forsterka av at ho var innlagt på tvang, noko som ikkje gjorde relasjonsbygginga lettare.

I ein slik situasjon er det viktig å minne seg på at krafta til helbredelse, ligg i *relasjonen* som oppstår, og den sjølvrefleksjonen som kjem ut av relasjonen. Det skjer ein tilknytningsprosess, og det er her viktig at eg som hjelper ser på meg sjølv som viktig nok i denne perioden av pasientens liv. Om eg ikkje sjølv ser på meg som viktig, vil heller ikkje pasienten få tillit til meg som hjelper (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson, 2000).

Eg tenkjer at om eg skal ha tillit til meg sjølv som hjelper, så må det vere av di eg ser verdien i berre det å vere eit medmenneske for pasienten (Eide et al. 2009).

I narrativet beskreiv eg dagen med Thea der det var fleire uheldige ting som skjedde. Dette utfordra tilliten til meg sjølv som hjelpar.

Avtalen eg gjorde med sonen om å ordne det slik at ein nabo kunne hente posten, utan å avtale dette med Thea først. Deretter både turen eg sa vi skulle ta, men som det ikkje vart tid til, og røyken som eg heller ikkje fekk tid til å bytte. Eg var alvorleg bekymra for om relasjonen var blitt sterkt skada av dette, og derfor veldig spent då eg kom på jobb dagen etter.

Eg vart derfor positivt overraska over å oppdage at Thea tok godt imot meg, og viste meg «nåde» over det som var skjedd. Eg må seie at eg tenkte ein del over dette i etterkant. Kva var det som gjorde at dette, etter mi oppfatning, nesten verka forløysande i relasjonen mellom oss?

Ho starta neste dag med å spørje om vi kunne gå tur denne vakta. Det var då viktig for meg å ikkje igjen love noko eg kanskje ikkje kunne halde, noko eg sette ord på. Ho fekk også sette ord på det ho hadde kjent dagen før, «det verste var å bli skuffa». Eg var veldig mottakeleg for å vise henne forståing i dette, og tok på meg skulda, noko som også var på sin plass. Eg tenkjer at det var veldig viktig for henne at eg tok på meg skulda, og viste både med ord, og etter det eg trur, også med kroppshaldning, at eg var lei for det som var skjedd. Eg viste henne dermed at hennar kjensler er viktige. Dette tenkjer eg viste henne at eg respekterte henne, eg bekrefta henne blant anna ved at eg sette meg inn i hennar opplevingsverd. Her blir eg minna om at sjølvpsykologien har sitt grunnsyn i blant anna fenomenologien, der ein anerkjenner opplevinga til mennesket utan å kreve forklaring, men berre akseptere (Cullberg, 2003). Opplevde Thea at eg gav henne, slik Buber seier, ubetinga aksept, noko som er med å skape noko nytt eller føre til ei endring i relasjonen (Eide et al. 2009)? Dette var då i tilfelle med på å styrkje *sjølv*et hennar, noko som tidlegare nemnt, er sentralt i sjølvpsykologien på vegen mot betring (Hartmann, 2000).

Ut av dette, skjedde det, slik eg opplevde det, betring i relasjonen. Dette merka eg ved at ho var meir venleg mot meg, og open for å snakke med meg. Ho opna opp for å fortelje meg noko av det som gjorde henne sårbar, blant anna at ho ikkje syntes det var kjekt å lage mat berre til seg sjølv. Eg oppfatta det som om ho kjende på einsemd og redsel. Dette bekrefta dei vrangforestillingane ho hadde gitt uttrykk for, med at dyra var utanfor psykiatrisk avdeling, dei visste at ho var innlagt og at dei passa på henne. Eg tenkjer at dyra fungerte som sjølvobjekt for henne. Sidan det ikkje berre er menneske som kan vere sjølvobjekt, så tenkjer eg desse tenkte dyra var sjølvobjekt for henne i mangel av å klare å støtte seg til andre (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010).

Ho viste meir innsikt i situasjonen sin, ved å innrømme at døgnrytmen hennar ikkje er særleg bra, ved blant anna å ete første måltidet langt utpå ettermiddagen. Truleg kjenner ho seg ikkje særleg underlegen i forhold til meg, sidan ho innrømmer svakheit og fortel om noko ho ikkje synes ho taklar bra i kvardagen sin. Det er bra om det er slik at ho kjenner

forholdet vårt er likestilt, så godt som det går an når situasjonen er at ho er innlagt på tvang. Slik eg har oppfatta henne, så er ho ei dame som er ganske stolt av seg, og som hittil har sagt at ho «har det berre bra, alt er fint» når eg har spurt henne korleis ho har det. Anar eg at sjølvst hennar, som eg tidlegare har nemnt verka nærast sjølvutsletta, gjev uttrykk for meir styrke?

Eg synes tryggleiken ho gjev uttrykk for å kjenne, kjem godt fram i situasjonen til kvelden, der ho går med på å få låst inn kleda sine for å klare å leggje seg i senga og sove denne natta, med nattklede. Eg får inntrykk av at dette er ei lette for henne, som gjer at ho no kan få kvile seg betre. Ho verkar til og med litt entusiastisk når ho takker ja til ei nattskjorte, «ja ei stor ei!» Kanskje ho kjenner seg meir vital, som er eit av måla på om sjølvst er blitt styrka (Hartmann, 2000).

Korleis hjelpe pasienten å bevare verdigheita gjennom psykoseførlaupet

Eit tema som eg ikkje kunne unngå å ta med i denne drøftinga, er «verdigheit». Tapet av verdigheit er blant det største av menneskelege tap (Thorgaard, 2006). Når eit menneske er psykotisk, fører dette ofte til atferd som får store konsekvensar for personen. Eksempel på dette kan vere merkeleg oppførsel, som kan vere vanskeleg å forstå for utanforståande, til dømes naboar, familie og vener. Dette er ofte vanskeleg for pasienten å skulle leve vidare med, og mange slit med lav sjølvkjensle både i og etter psykosa. Det blir også her ei viktig oppgåve å hjelpe pasienten å styrke sjølvst, noko som har nær samanheng med verdigheit.

Thorgaard (2006) beskriv kva som ofte skjer med menneske i psykose når dei blir innlagt. Dei har då kjempa ein umenneskeleg kamp over tid for å klare å fungere, og har brukt enormt med energi for å forsøke å halde på sjølvstamangen. Når ein så blir innlagt og tatt vare på, fører det ofte til at ein slappar av og gjev slepp på kontrollen. Dette er ikkje hensiktsmessig, ifølgje Thorgaard, og det er veldig viktig at vi som helsepersonell er klar over at dette oftast skjer. Dette for å kunne gje empatisk støtte til pasienten ved å uttrykkje at vi veit kor han har kjempa, at vi forstår han no er sliten, men at vi likevel oppmuntrar pasienten til å ikkje gje slepp på kontrollen (Thorgaard, 2006). Thea gav ikkje heilt slepp, ho gav uttrykk av å vere ei stolt dame. Trass i at vi hadde fått vite at det var kaotisk i leiligheten hennar, noko som kan tyde på at ho har kjend på kaos og derfor streva med å sjølvregulere før innlegginga, så var ho likevel opptatt av å sjå bra ut.

Her kunne eg vere med å hjelpe Thea å styrke dei metodane ho allereie bruker for å meistre situasjonen sin. Slike strategiar til mestring kan til dømes vere å gå tur, å sove, vere for seg sjølv for å skjerme seg for inntrykk, sitte i opphaldsrom for avleiing av stemmene (Thorgaard, 2006). I Thea sitt tilfelle tenkjer eg at det å ha ein bra fasade, var ein av hennar strategiar. Eg kunne vere med å støtte henne i dette, til dømes ved å fokusere på at ho hadde fine kle på seg. Det å fokusere på det som pasienten meistrar, og har meistra tidlegare i livet sitt, er med på å styrke sjølvvet, og kan redusere tapet av verdigheit (Thorgaard, 2006).

Eit område vi kan hjelpe pasienten med ved innlegging på avdeling, er struktur. Dette kan vere faste måltid og elles god døgnrytme. Struktur er det motsette av kaos (Strand, 2001). Thea møtte opp til alle måltida på eiga hand, kanskje gjorde det henne godt å få ete saman med andre, og det var naudsynt å få næringsrike måltid ferdig tillaga. Det kunne sjå ut på kleda hennar som hang og slang på henne, som om ho hadde tatt av seg ein del kilo. Dette er å hjelpe til betre eigenomsorg, noko som også påverkar sjølvvet og verdigheita positivt.

Her er også hygiene viktig. Det er ikkje alltid like lett å få tilgang til dette. Det kan ofte vere vanskeleg å få pasienten til å dusje, og ofte er den som er psykotisk ikkje villig til å skifte eller å ta av seg kleda når ein skal sove. Igjen handlar det om å kjenne seg trygg, noko som det kan ta tid å oppnå. Her kan det gjerne bli eit dilemma. Kor mykje kan ein gripe inn i pasientens eigenhygiene? Og er det å ta vare på verdigheita å la pasienten gå skitten rundt i avdelinga og lukte stygt? Dette er etiske spørsmål som eg må la stå ubesvarte, men som er vanlege dilemma i kontakt med den psykotiske.

I Thea sitt tilfelle, var det tryggleik som skulle til, og også ein ide om å kunne låse inne kleda, som løyste opp ein fastlåst situasjon i forhold til å sove med kleda på. Eg kom ikkje så langt at eg fekk tilgang på å vaske kleda hennar, men ho klarte ganske bra å ivareta eigenhygiene sjølv.

I hennar tilfelle var det derimot ei stor utfordring at ho var blitt henta av uniformert politi, og det sleit på henne at naboar hadde vore vitne til dette. Dette var noko som gav meg ei makteslaus kjensle, for kva kunne eg gjere med den skada som alt var skjedd? Det var ikkje vanskeleg å forstå at dette var problematisk for Thea, tenk om det hadde skjedd med

meg? Eg kunne berre høyre på henne, og slik vise, og også uttrykkje i ord, forståing for at dette var vanskeleg for henne. Det er mogleg at eg her var eit speilande sjølvobjekt for henne, ved at eg lytta, tona meg inn, og gav noko tilbake av mi forståing over at dette var vanskeleg for henne.

Å klare betre å bevare si verdigheit, kan gjere det lettare for personen i etterkant av psykosa å leve vidare i livet sitt, med forhåpentlegvis meir verdigheit enn personen elles ville ha kjent på. Å ha klart for seg, både pasient og hjelpar, at psykosa er sjukdom, og ikkje slik personene eigentleg er, kan vere, slik eg ser det, også ei hjelp til å bevare verdigheita.

5.0 Avslutning

Det har vore ein spanande prosess å gå meir inn i dette temaet, og forsøke å belyse problemstillinga. Det har ført til enno meir interesse for dette feltet hjå meg, og eg tenkjer at eg berre så vidt har berørt temaet. Eg kjenner likevel at det å jobbe med denne oppgåva, har gitt meg reiskap til å tørre å nærme meg meir den psykotiske pasient. Å forsøke å gå vegen *saman* med pasienten, så godt det let seg gjere, for om mogleg gjere einsemda og redselen mindre.

Tida eg hadde saman med Thea, var kort, berre ei veke. Dette er sjølv sagt ikkje nokon styrke når det gjeld å skulle oppnå ein sterk relasjon mellom oss, men likevel fekk eg oppleve at dei sjølvpsykologiske prinsippa fungerer i praksis, som at *relasjonen* er viktigast, og at den kjem ved hjelp av *empati*.

Begrensingane i språket, er problematisk for den psykotiske pasient. Dette har eg sagt ein del om i oppgåva. Her må eg tilføye noko som eg ser på som ein spanande moglegheit, nemleg kunstterapi. Dette kan vere gunstig for å få hjelp til å uttrykkje noko av det som gjeng føre seg inni ein, det som er vanskeleg å setje ord på. Dette feltet er veksande innan psykosefeltet, slik eg har forstått det, og kan verke frigjerande gjennom at ein då kan få ut noko av kjenslene sine og kanskje også oppleve meir forståing for korleis ein har det. Dette har eg berre plass til å nemne kort, men det er absolutt eit tema eg ønskjer å få meir kunnskap om.

Korleis fungerer det å bruke rein psykodynamisk teori i terapien? Liv Strand skriv at den fungerer som ein god lyskastar til forståing av psykoser, men at den er for trang for forståinga av *heile* mennesket. Eg har ikkje lang og god nok erfaring så langt til å meine så mykje om dette, men eg kjenner at det ikkje kjennes naturleg å skulle basere seg på berre ein teori i møte med den psykotiske pasient, eg kjenner på behov for å kunne føye til frå dei andre retningane i tillegg. Når det er sagt, så kjenner eg at det å skulle hjelpe utifrå den sjølvpsykologiske teorien, har vore ein veldig oppklarande prosess for meg. Det har auka forståinga mi for kor viktig bekreftelse, forståing og anerkjennelse er for relasjonar, og at vi berre ved å *vere* der for andre med denne haldninga, kan vere med å styrke sjølvvet til eit anna menneske. Det er ein spanande tanke å sjå på møtet med den andre både som ein moglegheit og eit vågestykke (Eide, 2003).

Til avslutning, synes eg det passer godt å ta med dette notatet, som eit ynskje eg har på vegen vidare som sjukepleiar innan psykisk helse:

Å få vere med å lindre og mildne den steinete og belasta vegen pasienten har gått hittil i livet (Thorgaard, 2009).

Litteraturliste

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen og Bengt Karlsson. 2000. Perspektiv på psykiske lidelser. Gyldendal Akademisk.

Eide, Solveig, Hans H. Grelland og Aslaug Kristiansen. 2009. Fordi vi er mennesker. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Schibbye, Anne-Lise. 2009. Relasjoner. Universitetsforlaget.

Lauveng, Arnhild. 2005. I morgen var jeg alltid en løve. S, Oslo.

Green, Hanna. 1971. Jeg lovet deg aldri en rosenhave. Norbok a.s. Oslo/Gjøvik.

Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd og Erik Stanicke. 2010. Psykiatriboken. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Strand, Liv. 2001. Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Gyldendal Akademisk.

Thorgaard, Lars. 2006. Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling. Hertervig Forlag.

Cullberg, Johan. 2003. Dynamisk psykiatri. Tano Aschehoug.

Hartmann, Ellen. 2000. Fra drift til selv. Konsekvenser av dynamisk psykoterapi. Artikkelsamling VIPH. Høgskulen i Molde.

Karterud, Sigmund. 1997. Heins Kohuts selvpsykologi. Oslo: ad Notam Gyldendal. Artikkelsamling VIPH. Høgskulen i Molde.

Urnes, Ø. 1997. Utviklingspsykologi og selvpsykologi. Oslo: an Notam Gyldendal. Artikkelsamling VIPH. Høgskulen i Molde.

Reichelt, Sissel og Hanne Haavind. 1996. Aktiv psykoterapi. Ad Notam Gyldendal A/S.