



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Forståelse og helsehjelp ved suicidforsøk med en selvpsykologisk referanseramme.**

**Birgit Liabø**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 35**

**Molde, 23.04.2014**



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

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

Dato: 23.04.2014

Antall ord: 9821

## Forord

*Uvilkårlige, tilfeldige, håndfalne,  
ett her, ett der. Lavtrykkene blåser seg opp  
kraftige nok, etterlater spor  
på verdensveven, og en tørr svie.  
Noe velsigner landskapet med  
intens tilstedeværelse og vissheten om  
at hvert sinnsinntrykk fra nå av  
blir det siste.*

Utdrag av *Lavtrykkene*  
i diktsamlingen *Nedstigning* av Fartein Horgar

## Sammendrag

Et suicidforsøk kan komme svært overraskende på omgivelsene. Også for helsepersonell som har en faglig ballast og erfaring med deprimerte pasienter, kan det noen ganger være vanskelig å avdekke at pasienten har bestemt seg for selvmord. Hvordan kan en psykisk helsearbeider anvende selvpsykologisk perspektiv til å ivareta og forstå den voksne bruker/pasient (med depresjon) som ser ut til å være i bedring/ganske bra psykisk form men som plutselig og uforventet prøver å ta sitt liv?

Innenfor en selvpsykologisk forståelsesramme ser man at individet har behov for nære relasjoner med andre for at selvet skal kunne fungere som et modent og selvregulerende system. Ved svikt i relasjonene og mangelfull oppbygging av selvet, vil personen mangle selvsammenheng og få en fragmentert opplevelse. Dette innebærer patologi. Enkelte pasienter kan utvikle et narsissistisk sinn som kan øke tilbøyeligheten til aggressiv atferd som selvskading og selvmord.

Suicidalitet og selvskading er beslektet ved at noen selvskadingsepisoder kan være feilslåtte selvmordsforsøk, og vice versa. I pasienthistorien forteller «Heidi» at hun har forsøkt å ende livet, mens adferden fremviste likhetstrekk med selvskading.

Selvpsykologien viser hvordan empatisk inntoning kan gi tilgang til den andres opplevelser, slik at man kan bygge en relasjon og samarbeidsallianse med pasienten. Helsepersonell kan gi henne mulighet til i en periode å regrediere til et lavere funksjonsnivå ved å ivareta henne i avdelingen, kompensere for funksjonssvikt og hjelpe til med sorgbearbeiding. Etter hvert kan hun nyorientere seg og hjelpes i retning av ny vitalitet og selvsammenheng.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
	Problemstilling .....	2
	Litteratursøk .....	3
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>4</b>
	Selvskading og suicidalitet.....	4
	Depresjon .....	5
	Selvpsykologisk perspektiv.....	6
	Affektinntoning, relasjoner og forforståelse .....	6
	Selvobjekter og speilende selvobjektsfunksjoner .....	7
	Kjerneselvet og det tripolare selvet.....	8
	Et skadet selv – utgangspunkt for psykisk lidelse.....	10
	Selvobjektsvikt.....	10
	Et falskt selv.....	11
	Fragmentert selv.....	12
	Narsissistisk sinne .....	13
<b>3.0</b>	<b>Empiri</b> .....	<b>14</b>
	Historien til ”Heidi” .....	14
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>16</b>
	Bakgrunn for suicid.....	16
	Vitalitetsaffekt.....	17
	Empatisk inntoning og relasjon.....	18
	Selvsammenheng og fragmentering.....	19
	Et falskt selv.....	20
	Narsissistisk sinne .....	21
	Samhandling i tråd med selvpsykologien .....	22
	Oppfølging og forebygging.....	24
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>27</b>
	<b>Referanser</b> .....	<b>28</b>

## 1.0 Introduksjon

I denne fordypningsoppgaven vil jeg se nærmere på hvordan man kan bruke selvspsykologisk tilnærming i møtet med en pasient som har gjort forsøk på å ta sitt eget liv. Dette suicidforsøket kan ha skjedd overraskende etter at helsepersonell har vurdert at hun er i psykisk bedre form enn tidligere, og snart klar for å skrives ut av avdeling. Innenfor den selvspsykologiske tilnærmingen vektlegges hvordan man bygger en gjensidig relasjon til pasienten, og bruker empati for å forstå pasientens erfaringsverden.

Jeg vil gå gjennom noen sentrale momenter fra selvspsykologien, den psykodynamiske retningen som ble grunnlagt av Heinz Kohut (1913-1981) på 1970-tallet, og som fremdeles er like relevant i dag. De begreper som er mest aktuelle i forhold til pasientens situasjon vil bli presentert og forklart i teoridelen. Kohut har dannet en modell for utviklingen og oppbyggingen av selvet, det som gjør hver av oss til et eget unikt individ med vår egen erfaringsverden og opplevelse av å være til. Daniel Stern (1934-2012) forsket på tilknytningen mellom mor og barn og dens betydning. Jeg vil også redegjøre kort for dette, samt hvordan det kan påvirke relasjoner videre i livet. Jeg kommer også til å ta for meg hva som kan bli konsekvensene i voksenlivet når forholdene ikke ligger til rette for gode relasjoner og utvikling av selvet gjennom tidlige leveår.

I empiridelen presenteres historien om en pasient som jeg har valgt å kalle Heidi, og mine opplevelser og erfaringer i møtet med henne. Selvspsykologene vektlegger hvordan man skal sette sine egne oppfatninger til side og komme seg over i den andre personens utkikkstårn ved å være åpen, varm og empatisk tilstedeværende. Jeg vil vise hvordan helsepersonells forforståelse og mistenksomhet kan komme i veien for denne relasjonsbyggingen, og hindre at man oppnår det subjekt-subjekt forholdet som er sentralt i selvspsykologien.

Personen kan gi inntrykk av å være i god psykisk form siden hun fremstår som velstelt, med rent og pent tøy, gir blikkontakt, har en rank holdning og smiler. Hun kan gi adekvate svar på spørsmål om sine planer videre, noe som kan tyde på at hun ser positivt på sin hverdag videre og har konstruktive mestringsstrategier.

Hun kan gi detaljerte og tillitvekkende beskrivelser av sine planer for dagene framover. Dermed kan personalet tro at hun er i bedring og at det ikke er fare for at denne pasienten skal skade seg selv. Man forestiller seg gjerne at en deprimert person vil fremstå med sviktende egenomsorg, og at det vil være mulig å avgjøre ut ifra fremtoningen og de nonverbale signalene at denne personen trenger mer støtte og oppfølging.

I diskusjonsdelen av oppgaven drøfter jeg sentral teori opp i mot narrativet, for å undersøke hva som kan være en gunstig tilnærming for å ivareta disse pasientene. Det vil være nyttig å undersøke dette fordi jeg har funnet lite som er skrevet om dette tidligere. Mye er publisert om selvskading og suicidforsøk hos ungdommer, men ikke i en voksen alder og hos tilsynelatende velfungerende personer. Siden dette har potensielt fatal utgang vil det være en problemstilling som helsepersonell bør være oppmerksomme på.

Pasientgruppen jeg har i tankene er innlagt i døgnbemannet avdeling, men tematikken kan også være relevant for oppfølging i egen bolig fra kommunehelsetjenesten. Jeg har gjennom hele oppgaven anvendt det personlige pronomenet «hun» ved omtale av pasienter generelt, av hensyn til kontinuitet gjennom teksten og av praktiske årsaker ettersom pasienten i empiridelen er kvinne.

## ***Problemstilling***

*Hvordan kan en psykisk helsearbeider anvende selvpsykologisk perspektiv til å ivareta og forstå den voksne bruker/pasient (med depresjon) som ser ut til å være i bedring/ganske bra psykisk form men som plutselig prøver å ta sitt liv?*

Følgende delproblemstillinger drøftes:

- Hva motiverer personer til å ville avslutte livet?
- Hvilken betydning har manglende vitalitetsaffekt, og hvordan kan denne gjenvinnes?
- Hvordan kan man bygge en relasjon til pasienten gjennom empatisk inntoning, og dermed bli bedre i stand til å forstå den andre?
- Hvordan kan svikt i nære relasjoner ha bidratt til å gi pasienten en dårlig selvsammenheng og et fragmentert selv?



- Hvordan kan man anta at det foreligger et falskt selv, og hvordan kan dette virke inn på relasjonen til hjelperne? Hvordan møter man en pasient med denne problematikken?
- Hvordan kan suicid og selvsykdom forstås i lys av begrepet narsissistisk sinn?
- Hvordan samhandler helsearbeideren med Heidi ut ifra en selvpsykologisk referanseramme?
- Hvordan kan helsepersonell følge opp og forebygge i etterkant av akuttfasen?

### **Litteratursøk**

Ved Høgskolen i Molde's bibliotek 20.12.2013 foretok jeg søk etter forskningsartikler i databaser med søkeordene self-inflicted injuries, suicide og depression, og de norske begrepene selvsykdom, selvmord, depresjon og selvfølelse. I søkene benyttet jeg også søkeordene self psychology, fragmented self og Kohut, men det utelukket straks alle funn, og videre søk foregikk uten disse elementene fra selvpsykologisk perspektiv.

I Ovid Nursing Database fremkom 14 treff. Mange artikler ble avskrevet da de omhandlet selvsykdom og spiseforstyrrelser hos ungdom. Jeg valgte å anvende Elaine E. Santa Minas artikkel *Self-harm intentions: Can they be distinguished based upon a history of childhood physical and sexual abuse?* (2010).

Videre søkte jeg i Norart, PubMed og SweMed+ med henholdsvis 2, 20 og 2 treff. Jeg så nærmere på 2 artikler fra PubMed og en fra SweMed+. Samtlige hadde uklar konklusjon og jeg valgte å se bort fra disse.

Ved bruk av søkemotoren Google ble følgende relevante artikkel funnet: *Suicide as Escape From Self* (1990) av Roy F. Baumeister.

## 2.0 Teori

### *Selvskading og suicidalitet*

Enhver kultur har selvskadende ritualer. Den kristne kulturen er selvskadende: Kristus på korset, og nonner med spisse steiner i skoene. Østen har fakirer. Når er skaden innenfor eller utenfor normen? Selvskade kan ses som en ikke livstruende, ikke suicidal, selvpåført kroppslig skade som ikke er sosialt akseptert.

Den viktigste funksjonen selvskading har, er å regulere indre spenning og avlede fysisk smerte. Det kan også gi en illusjon om å ta kontroll, å regulere noe ukontrollert ved selv å være aktør. Det tilbyr en anledning for egenomsorg ved at en skader seg selv og deretter stelle sårene sine. En person som opplever nummenhet kan ved selvskading "kjenne noe". Noe diffust og uoversiktlig flyttes over til noe lokalt og oversiktlig. Eller det å kjenne noe kan gi en vitalitet.

I et trygt samfunn er det mange som jakter på opplevelser som for eksempel smerte. Selvskading kan gi euforiske følelser, ved at det stimulerer til frigjøring av endorfiner. Noen selvskader etter overgrep, mot det man opplever som den skambelagte kroppen. Etter overgrepet attribuerer mange innover og tar på seg ansvaret for at det skjedde. "Jeg skulle ha stoppet ham før, kanskje jeg var skyld i det." Noen kan selvskade for å oppnå en sammenheng mellom indre og ytre, det skal synes på utsiden hvordan det føles på innsiden så det harmonerer.

Enkelte kan selvskade for å gjenkalle gode minner og omsorgssituasjoner, fordi de opplevde å få omsorg kun da de var syke. Noen kan skade seg som en form for kommunikasjon og påvirkning av andre, en blanding av aggresjon og appell. Eller selvskading kan være utløst av dissosiasjon (avspaltning, frakobling). Man har opplevd noe vondt og det er for vanskelig å håndtere. Man skader seg for å komme ut av tilstanden, eller fordi man er i den dissosiative tilstanden. Selvskading virker spenningsreducerende og det kan føre til at personen får et ambivalent forhold til å slutte med selvskading. Dette ifølge forelesning ved Finn Skårderud på fagseminar om selvskading.

Santa Mina (2010) undersøkte sammenhengen mellom selvskading og en bakgrunn med fysisk/seksuelt misbruk i oppveksten. Studien sammenlignet en gruppe pasienter med slike barndomsopplevelser, med en kontrollgruppe uten disse erfaringene. Resultatene viser en stor likhet mellom de to gruppene hva angår faktorer som initierer selvskadingen.

Selv mord er ikke nødvendigvis motivert av psykologiske prosesser. I enkelte kulturer ses selvmord som en akseptabel og normativ handling under gitte omstendigheter, mens det i vestlige kulturer som regel betraktes som følge av psykisk lidelse. Suicidalitet og selvskading er beslektet ved at mange selvskadingsepisoder kan være mislykkede selvmordsforsøk, og motsatt. Mye avhenger av tilfeldigheter og flaks, av hvor drastiske metoder som velges og hvor sterkt det konkurrerende ønsket om å leve er.

I tilfellet til Heidi, sa hun at hun hadde prøvd å ende livet, mens adferden fremviste likhetstrekk med selvskading som nevnt i det foregående. Personalet tar til etterretning det Heidi forteller, at hun ønsket å dø.

## ***Depresjon***

Depresjon er en opplevelse av å være trist og nedstemt over tid. Det er mangel på glede, energi og livslyst (Snoek og Engedal 2008). Personen som er deprimert vil gjerne gruble mye, og grublingen har negativt fokus. Man er selvkritisk og leter etter tegn på at andre mennesker misliker og avviser en. Man kan for eksempel tenke at familien ville hatt det bedre hvis man var død. Man føler seg ofte verdiløs og utilstrekkelig. Stor skyldfølelse og skam er vanlig. Positive hendelser blir oversett eller bortforklart, og det negative tar alt fokus.

Det er vanlig å isolere seg, både for å unngå avvisning og fordi man ikke har noen motivasjon for å foreta seg noe. Selv de mest dagligdagse gjøremål kan vokse til uoverkommelige oppgaver, som å ta seg en dusj. Det føles som et ork. Depresjonen hindrer personen i livsutfoldelse, og man mangler håp og drømmer. Man føler seg sliten og tappet for energi. Tilværelsen oppleves tung og meningsløs. Noen mister matlysten, mens andre trøstespiser. Noen sover det meste av dagen, andre har vansker med å få sove.

## ***Selvpsykologisk perspektiv***

Heinz Kohut (1913-1981) var grunnleggeren av selvpsykologien, som baserer seg på psykoanalysen og har videreutviklet denne. Betegnelsen selvpsykologi kom i bruk på midten av 70 tallet. Daniel Stern (1934-2012) forsket på samspillet mellom mor og barn og viste at et barn er innrettet på å delta i samspill og bygge relasjoner helt fra det er nyfødt. Tidligere var den allmenne oppfatningen at barnet var motivert av drifter, men Stern viste at barnet istedenfor drifter har behov (Urnes 1997). Behov for tilknytning med en nær omsorgsperson (mor) og å dele følelsesuttrykk (affekter) og få respons på disse.

### **Affektinntoning, relasjoner og forforståelse**

Barnet søker mor fra fødselen. Man kan se at et lite barn kommuniserer med hele kroppen når det får blikkontakt med en omsorgsperson. Når samspillet fungerer godt, vil mor respondere på barnets uttrykk. Mor kan svare med et stort spekter av uttrykksmåter som variasjoner i stemmebruk, der man gjensidig skifter på å lytte og kommunisere. Moren prøver å leve seg inn i og sende tilbake det barnet kommuniserer og på den måten får barnet svar og opplever å bli følelsesmessig samstemt. Affektinntoning finner sted når mor og barn leser hverandres følelsestilstander og der igjennom opplever fellesskap (Haugsgjerd et al. 2009).

Stern introduserte begrepet vitalitetsaffekt. Det kan beskrives som en følelsesbølge av ”brusing”, som glede eller sinne. Man kjenner seg levende. God vitalitetsaffekt gir god selvsammenheng. Da opplever man å være seg selv, og føler sammenheng og helhet i seg selv og tilværelsen over tid (Urnes 1997). Det gir en robusthet til å takle sorg og andre negative opplevelser. Affektregulering er en persons evne til å håndtere, uttrykke og regulere følelsesmessig erfaring.

Også i voksen alder er relasjoner viktige ifølge selvpsykologien. Det vil hele livet være et grunnleggende behov for gjensidige nære relasjoner siden mennesket er sosialt innrettet. Kohut mente at empati var meget vesentlig også i terapien, da det bare er gjennom empati og introspeksjon man kan få tilgang til den andres indre verden. Med empatisk inntoning kan man se verden med den andres øyne og erfare den andres subjektive perspektiv.

For å forstå den andre må man sette sin egen forforståelse til side. Å forstå er noe annet enn å forklare. For å forstå den andre må man leve seg inn i den andres opplevelse av verden, og få kunnskap om hensikter og motiver som ligger bak handlingene. Når man ser på sammenhengen rundt personen og handlingene, kan atferden bli forståelig. Dette kalles kontekst, og det innbefatter en fysisk kontekst, en sosial kontekst og en meningskontekst (Røkenes og Hanssen 2012). Vår forståelse er basert på våre tidligere erfaringer, kulturen og tiden vi lever i, og dette tar vi med oss i møtet med andre (Haugsgjerd et al. 2009). Vi ser ikke den andre slik vedkommende er, men ut ifra vår forforståelse påvirkes hva vi ser etter. Med et fenomenologisk syn på kunnskap søkes ikke en objektiv virkelighet, men opplevelsedimensjonen, bevisstheten og erkjennelsen.

Gjennom kommunikasjon forandres vår forståelse, som igjen virker tilbake på forståelsen av det som tidligere har hendt. Dette kalles en hermeneutisk sirkel. Ut ifra en hermeneutisk tankegang legges fokus på hvordan man skaper forståelse og oppfatninger av situasjoner. Det man opplever og observeres er gjenstand for tolkning, og egne tidligere erfaringer og reaksjonsmønstre vil her spille inn med mindre hjelperen er oppmerksom på at dette skjer (Haugsgjerd et al. 2009).

Vi kan gå glipp av det som er virkeligheten for den andre. Vi kan feiltolke fordi vi ikke vet hvordan den andre tenker, men støtter oss for mye på vår egen erfaringsbakgrunn og referanseramme. Pasienten har rett til sin egen subjektive erfaringsverden, og bare hun vet hvordan hun opplever sin verden. Hjelperen trenger ikke å være enig i pasientens synspunkter eller handlinger, men vil prøve å ta del i opplevelsen i en relasjon mellom to subjekter.

## **Selvobjekter og speilende selvobjektsfunksjoner**

*Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idétradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv.*

Karterud 1997

For at selvet skal kunne utvikle seg til et modent og selvregulerende system må barnet ha samspill med betydningsfulle andre personer som gjennom sine handlinger og væremåter støtter opp om selvopplevelsen (Hartmann 2000). Til dette trengs et godt, empatisk

selvobjektmiljø som møter behovet for tilknytning, fellesskap og bekreftelse. Når dette er tilstede vil barnet utvikle en følelse av trygghet og kompetanse, vitalitet og sammenheng. Objektkonstans (Nielsen og Lippe 1993) har oppstått når selvobjektene er dannet. Da er de gode og vonde opplevelsene av nære omsorgspersoner forsonet i en realistisk helhet. Omsorgsklima er måten folk toner seg inn og etter hvert utgjør konstante gode eller dårlige selvobjekter (Karterud 1997).

Empati er det mest sentrale begrepet innen selvspsykologisk tilnærming. Empati er mottakerens følelse av å bli møtt og forstått. Det er flere faktorer som må være tilstede i rommet, som gode etiske holdninger, tilstedeværelse, genuin interesse og varme, uttrykt med en respektfull avstand (Urnes, 1997). Det gir ingen mening å hevde at helsearbeideren er empatisk dersom man ikke lykkes i å nå den andre. Det er pasientens opplevelse som avgjør om helsearbeideren har klart å tone seg inn. Når man setter sitt eget til side og er varm og åpen, kan man ta inn den andres opplevelsesverden og se tilværelsen gjennom den andres øyne. Dette betinger at forforståelsen settes til side.

Det er en tilstedeværelse her og nå som legger grunnlaget for at helsearbeideren kan utgjøre et godt selvobjekt for pasienten, og komme i en posisjon for å hjelpe. Kohut mente at man skulle spørre seg selv om hvordan man ville føle dersom man var i den andres sted. Det kalte Kohut stedfortredende introspeksjon (Haugsgjerd et al. 2009).

Selvobjekter kan gi en følelse av å bli verdsatt, akseptert, forstått, anerkjent, beundret og lignende. Denne opplevde responsen betegnes som overføringer. Selvobjektoverføringer kan deles inn i tre typer ifølge Kohut. De tre kategoriene av overføringer kalles speilende, idealiserte og alter ego, og henger sammen med utviklingen av det tripolare selvet som beskrives i det følgende.

### **Kjerneselvet og det tripolare selvet**

Kohut hevder at selvet refererer til at en person opplever følelse av eierskap, opprinnelse og sammenheng av egne tanker, handlinger og emosjoner. Kjerneselvet dannes i løpet av første leveår (Karterud 1997). At barnet har utviklet et kjerneselv innebærer at det har integrert en opplevelse av seg selv som noe adskilt, ikke en del av mor men med egne følelser og handlinger. Barnet opplever for eksempel å kunne styre en arm, det kan påvirke omgivelsene og få noe til å skje. Kjerneselvet har også mening og sammenheng (koherens)

knyttet til sin egen fysiske person og til omsorgspersonene. Det rommer videre at barnet gjenkjenner følelsene som sine egne, samt hukommelse nok til å oppfatte tid. Når barnet er 2-3 år og utviklingen har gått som den skal, har barnet blitt robust i sitt selv.

Etter hvert som samspillet har vart over tid, begynner barnet å danne en abstraksjon rundt mors person og alt hva hun representerer på pluss- og minussiden. Dette integreres i barnet og gir forventninger knyttet til samspillet videre.

Når barnet er blitt 2-3 år og utviklingen har gått som den skal, har barnet blitt robust i sitt selv. Dersom kjerneselve er blitt bygd opp på en sunn måte, opplever barnet selvsammenheng. Dette er den ideelle psykiske tilstand. En følelse av helhet og sammenheng, et konsolidert kjerneselv. Selvet er robust nok til å bearbeide og integrere vanskelige følelser og opplevelser, som at mor ikke kommer med et samme (jfr. avsnitt om selvobjektsvikt). Etter hvert utvikler barnet et subjektivt selv. Det er stadig mer oppmerksom på andre mennesker og kan dele sine følelser og indre erfaringer og ha felles oppmerksomhet. Dette kalles intersubjektivitet.

Ifølge Kohut er selvet videre bygd opp rundt tre poler som er forankret i kjerneselve (Karterud 1997). Disse tre polene kalles det grandiose selvet, det idealsøkende selvet og det tvillingsøkende selvet. Disse har tilhørende selvobjektsoverføringer som medvirker i modningsprosessen. (Ett selvobjekt kan gi overføring til flere av polene, eksempelvis være både speilende og idealiserende.)

- Det grandiose selvet: Den umodne utgaven av selvet, som sulter etter oppmerksomhet og bekræftelse fra omgivelsene og vil være verdens midtpunkt. Barnet modnes ideelt sett videre herfra, men svikt i modningen vil kunne medføre at man voksen alder er selvunderkjennende eller har en absolutt tenking og hengir seg til urealistiske prosjekter. Det er senteret for ens ambisjoner. Den grandiose personen har potensiale for narsissitisk raseri om vedkommende opplever seg ydmyket og krenket. Det grandiose selvet utvikles i konstruktiv retning til den modne form i samspill med speilende selvobjekter.

- Det idealiserende selvet: Etterstreber følelsen av å bli holdt oppe av noe større enn seg selv, å hente styrke, trygghet og tillit og det å kunne stole på noen. Hos den umodne person ses savnet etter noe å orientere seg etter, noe som gir mening. Mangel på idealiserende selvobjektsoverføringer kan avstedkomme at personen føler seg hjelpetrengende. I moden form er det en opplevelse av at man har normer og verdier som er forankret i personligheten og identiteten, og en følelse av mestring.
- Det tvillingsøkende selvet: Behovet for en annen person som ligner en selv, som bekrefter selvet ved at man kan kjenne seg igjen i den andre og oppleve fellesskap, jfr. uttrykket *gjennom andre kjenner man seg selv*. Dette kan for eksempel vise seg ved at man leter etter fellestrekk mellom seg og andre, noe som kan gi samhørighet. Slike personer bygger man relasjoner til. Man liker gjerne å være sammen med venner som ligner en selv, tenker på samme måte og har felles interesser. Det utvikler seg i samspill med alter-ego selvobjekter. Mangel her kan gjøre at personen føler seg alene og avhengig.

## **Et skadet selv – utgangspunkt for psykisk lidelse**

Ovenfor har jeg beskrevet hvordan selvet bygges opp på en sunn måte. Noen ganger fungerer ikke denne prosessen slik den burde. Når det lille barnet er innstilt på å bygge relasjoner med nære omsorgspersoner, kan responsen være inadekvat eller utebli. Kanskje er det ingen nær voksen som samhandler med barnet på en varm og oppmerksom måte. Dersom barnet mangler selvobjektfunksjoner, hvis det blir ignorert eller mishandlet kan dette føre til at selvet ikke utvikler seg til ett modent og selvregulerende system (Karterud 1997). Enkelte er mer robuste enn andre og klarer seg noenlunde bra med begrenset tilgang på gode selvobjektsoverføringer. Imidlertid er dette et vedvarende behov livet gjennom og når det mangler, vil gir det grobunn for psykopatologi.

## **Selvobjektsvikt**

Ifølge Kohut trenger vi selvobjekter livet igjennom på samme måte som vi trenger oksygen. Når vi har rikelig tilgang på det, legger vi ikke merke til det. Men når det er for lite, oppstår problemer. Det lille barnet forventer respons, men etter hvert som stabile selvobjekter har blitt dannet og godt integrert, kan barnet tåle en viss grad av frustrasjon.



Når mor ikke oppfører seg som forventet, og for eksempel bryter rutinen med å lese en bok for barnet, kan det ende med at barnet tar boken og underholder seg selv. Barnet har gjennomgått en forvandlerende internalisering, som ifølge Kohut trer i kraft ved optimal frustrasjon (Karterud 1997). Det har skjedd en selvobjektsvikt, men skuffelsen var ikke overveldende. Barnet har internalisert funksjonen det forventet av mor, og har økt sin kompetanse.

Dersom selvobjektsvikten er overveldende i de mest betydningsfulle relasjoner, kan det medføre psykopatologi. Dette kan innebære så stor grad av negative følelser at selvsammenhengen oppløses og man opplever å være fragmentert. Da er kjerneselvet skadet. Dette manifesteres gjennom for eksempel ekstreme sorgreaksjoner, angst og i ytterste konsekvens psykose. Men selvpsykologene hevder at dette kan repareres og selvsammenhengen gjenoprettes ved hjelp av empatisk lytting og god speiling.

### **Et falskt selv**

Innen selvpsykologien snakker man om flere typer affektinntoning. Feilinntoning kan medføre at man danner et skjult og innesluttet selv fordi man ikke får lov til å ha sine egne følelser. Selektiv inntoning gir bekreftelse på enkelte følelser og avviser andre, dette kan føre til at det dannes et falskt selv som er tilpasset kravene fra omgivelsene (Urnes 1997). Personen kan ha en fragmentert selvopplevelse. Selvet er hindret fra å utvikle seg til et modent selvregulerende system av mangel på adekvat respons, noen ganger i kombinasjon med psykologisk og fysisk misbruk.

Alle gjør vi oss negative erfaringer. Vi møter motgang, opplever psykiske påkjenninger, ydmykelser og krenkelser. Mange klarer å håndtere dette uten å ta skade, fordi de har et robust selvbilde. Dette henger sammen med utviklingen av selvet i samspill med omsorgsfulle voksne. Barn som har blitt tilstrekkelig speilet, utvikler et positivt selvbilde. Men hos andre var oppveksten preget av voksne som ga feil respons eller speilet bare deler av barnets følelser.

Et primitivt stadium hos barn er det grandiose selvet (Urnes 1997). Dersom selvet ikke modnes som det skal, forblir man i et umodent, grandioست stadium. Disse barna lærte at de voksne aksepterte dem bare hvis de føyde seg eller opptrådte på en bestemt måte som ikke

var forenlig med barnas personlige egenskaper eller følelsesliv. Dette kan skade kjerneselvet. Er skaden omfattende nok, snakker selvpsykologene om et fragmentert selv. Når kjerneselvet er skadet, kan personene presentere de et falskt selv. Det falske selvet utvikles som et forsvarsverk for å beskytte det skadde kjerneselvet.

Personen kan fremstå utad på en måte som ikke samsvarer med hvordan hun føler seg på innsiden. Hun kan legge en innsats i å fremstå blid og velfungerende, og hvis hun møter motgang så prøver hun å skjule at det er sårt, fordi hun ikke ble tillatt å vise negative følelser i oppveksten. Personalet ser ikke at personen har det så dårlig som hun faktisk har. Et nytt traume i voksen alder, som å miste sin livsledsager, kan få pasienten til å oppleve depresjon, angst, håpløshet og mangel på mening, eller regrediere til et mer primitivt nivå. Man ser da at hun har mistet en del av evnen til egenomsorg og funksjoner som hun tidligere mestret.

### **Fragmentert selv**

Ut ifra et selvpsykologisk perspektiv er psykopatologi et resultat av mangelfulle selvobjektsoverføringer, negative opplevelser og traumer, enten i barneårene eller senere i livet. Ifølge Kohut vil personen som opplever seg fragmentert forsøke å helbrede seg selv. Hvis hun har hatt mangelfulle selvobjektsoverføringer, vil hun søke etter dette (Hartmann 2000). Hun kan bygge opp en ny psykisk struktur og et styrket selv gjennom å bli forstått og bekreftet av helsearbeideren.

Dermed kan det oppstå en relasjon der helsearbeideren får rollen som idealisert selvobjekt, den viktige andre som pasienten støtter seg til og ser opp til. Dette blir gjerne sett som ugunstig, men Kohut hevder det i en behandlingssituasjon kan være nyttig at helsearbeideren havner i denne rollen i en periode inntil pasienten oppnår ny selvsammenheng, vitalitet og mening. Senere i behandlingsforløpet vil denne relasjonen tidsnok bli satt på en prøve ved at helsearbeideren må flytte eller kansellere en avtalt time. Innen dette oppstår er pasienten forhåpentligvis tilstrekkelig styrket i sin selvsammenheng til å tåle den påfølgende selvobjektsvikten.

## Narsissistisk sinne

Sigmund Freud (1856–1939) introduserte begrepet "dødsdrift", og beskrev dette som et biologisk behov på lik linje med livsdriften. Dødsdrift er ifølge Freud beslektet med aggresjon, og er rettet mot ødeleggelse. Kohut, som jo tok avstand fra driftsteoriene, beskrev likevel noe han omtalte som "narsissistisk sinne". Dette kan oppstå som en følge av mangelfull speiling fra viktige selvobjekter og dermed utilstrekkelig utvikling og modning av det tripolare selvet, spesielt den grandiose polen.

Mennesker som har mistet sin selvsammenheng og befinner seg i en umoden, grandios tilstand, kan reagere sterkt og uventet på krenkelsler. Lav terskel for krenkelse kan tyde på narsissistisk sårbarhet. Når krenkelsen rammer selvfølelsen og selvrespekten, snakker vi om narsissistisk krenkelse. Det finnes ulike grader av sårbarhet, der den mest alvorlige graden betegnes som narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Dersom disse personene opplever krenkelsler, kan det utløse et sinne og en destruktiv adferd preget av tanker om oppreisning og hevn. Dette sinnet kan ha ligget latent under overflaten i det daglige, fordi det ikke ble godtatt å vise slike følelser i barneårene.

Noen ganger kan sinnet slå utover i en voldshandling som rammer andre mennesker, men det kan like gjerne bli rettet inn mot egen person i form av selvskading eller selvmordsforsøk. Spesielt med sistnevnte, kan man også ramme andre og det kan noen ganger være en medvirkende intensjon. Personen kan også ha et ønske om å forsvinne bort fra seg selv og sine problemer (Baumeister 1990). Hun kan ha et svært negativt selvbilde hvor man attribuerer det som hender, innover mot seg selv. Hun kan utvikle en generalisert oppfatning av egen tilkortkommenhet, og trekke slutninger om at hun ikke mestrer noen aspekter av livet sitt.

### 3.0 Empiri

#### *Historien til "Heidi"*

Jeg møter Heidi i avdeling. Hun er en 40 år gammel barnløs enke med en bror og svigerinne som bor i en annen kommune. Foreldrene er døde. Nå får Heidi oppfølging ved en døgnbemannet enhet relatert til depresjon, etter bekymringsmelding fra sin bror.

Gjennom livet har hun slitt mye i nære relasjoner. Hun hadde en voldelig far, og hun har noen turbulente samboerforhold bak seg. For noen få år siden møtte hun en mann som beskrives i utelukkende positive ordelag. De inngikk ekteskap i fjor, men ektefellen døde av sykdom for et halvt år siden. Heidi virker preget av sorg og fortvilelse over dødsfallet. Hun er for tiden sykemeldt fra sin jobb som butikksjef. Hun deltar heller ikke lenger på dugnadsarbeid for veldedige formål, noe som tidligere hadde fylt en del av fritiden hennes. Hun hadde isolert seg før innleggelsen, da hun ikke ville treffe folk og få nysgjerrige spørsmål eller granskende blikk rettet mot seg. Jeg møter Heidi flere ganger i uken. Hun fremstår blid og smilende på overflaten, men hun gråter også ofte. Personalet oppfatter henne som nedstemt.

Gradvis etter noen dager synes jeg det virker som om Heidis psykiske tilstand er i bedring. Hun ser mer opplagt og energisk ut. Hun gir selv uttrykk for at hun føler seg bedre. Fra ikke å ville være med på noe, reiser hun på besøk til sin bror og svigerinne, og også ut på handletur. På avdelingen deltar hun i aktiviteter, og hun liker glassmaling, tegning og annen formingsaktivitet. Hun virker glad når hun holder på med dette. Hun har en venninne i nrområdet, og denne damen kommer flere ganger bortom avdelingen for å gå tur sammen med Heidi. Det virker som om Heidi trives sammen med venninnen. De har en felles interesse for kunstneriske sysler. Personalet gir uttrykk for at Heidi vurderes som mindre deprimert nå enn tidligere.

En morgen blir hun funnet på badet. Hun har forsøkt suicid med skarp gjenstand etter å ha inntatt tabletter og alkohol. Hun ligger på baderomsgulvet. Personalet hørte ikke den vanlige snorkingen fra rommet hennes denne natten og begynte å lure på om hun var ute. Man låste seg inn på morgenen for å se om værelset var tomt ettersom det ikke var respons

da man banket på hos henne. Heidi våkner men er ganske omtåket når sykepleierne kommer. Hun innrømmer senere på sykehuset at hun over flere dager har samlet opp beroligende tabletter, mens hun overfor personalet lot som om alt var i orden. Broren og svigerinnen blir fortvilet og stoler ikke lenger på Heidi. Jeg har også vansker med å tro på Heidi når hun sier at hun ikke skal skade seg igjen: Jeg gikk fem på da hun lurte oss.

Det råder en usikkerhet rundt hva Heidi tenkte da hun skadet seg. Var hun sikker på at hun kom til å dø, eller var det selvskadning? Hva intensjonen var, vet jeg ikke. Heidi sa at det var et suicidforsøk, men skadens omfang var av en slik art at det var tvilsomt at dette kunne få en fatal utgang. Jeg var ikke tilstede da Heidi ble funnet på badet, men fikk annenhånds kjennskap til hendelsene fra personale som hadde vært på jobb den aktuelle morgenen. Jeg opplevde at de andre ansatte var uforberedt på det som hadde hendt. De reflekterte over hendelsen, og enkelte bebreidet seg selv for at de ikke hadde vært mer kritisk til den tilsynelatende bedringen hos Heidi.

Som helsepersonell har vi kjennskap til tilfeller der en pasient fremstår som positiv og glad, fordi vedkommende har landet på avgjørelsen om å begå suicid. Hun får fred med seg selv og er fornøyd med avgjørelsen som er tatt. Om hun tidligere har virket tiltaksløs og passiv, kan hun få ny energi i planleggingen og utførelsen av suicidet. Selvforakten kan avta når hun opplever at hun er i gang med en målrettet aktivitet og er et handlende subjekt som tar kontroll over sin egen tilværelse.

Personalet undret seg over at man ikke hadde vurdert denne mulige årsaken til Heidis positive væremåte. På den annen side hadde hun virket troverdig da hun redegjorde for sine aktiviteter og planer disse dagene. Hele beretningen hennes virket tilforlatelig og upåfallende med dagligdagse detaljer. Jeg tror de fleste blant personalet entes om at man står maktesløs når noen fører andre bak lyset så overbevisende som Heidi gjorde. Vi hadde ikke noen konkret grunn til å mistro henne.

Etter dette var jeg ikke på jobb på et par uker, og Heidi var blitt utskrevet. Men plutselig møtte jeg henne på fritiden da jeg var på bytur. Jeg hadde et ærend på apoteket og var på vei ut derfra da hun kom inn døra. Hun gjenkjente meg, smilte med hele ansiktet og sa hei. Jeg hilste også, men vi snakket ikke mer sammen. Jeg kunne ikke ta initiativ til samtale på grunn av taushetsplikten. Da jeg forlot apoteket var den umiddelbare tanken min at Heidi

så godt ut, hun var velstelt og smilet virket ekte og hjertelig. Jeg følte lettelse over at hun for det første levde, og at det dessuten virket som om hun hadde det bra.

En liten stund gledet jeg meg over dette, inntil hukommelsen slo til og jeg mintes hvor velstelt og blid Heidi hadde vært de siste dagene før hun prøvde å ta sitt liv. Jeg ble fylt av bange anelser og mistenksomhet. Hvilket ærend hadde nå egentlig Heidi på apoteket? Var hun der for å hente ut reseptbelagte tabletter nok til å gjøre et nytt suicidforsøk? Skulle hun etterpå hjem der hun hadde planlagt å forlate denne verden? Nok en gang sto det klart for meg at jeg ikke hadde tillit til Heidi, og jeg undret på hvordan dette kan påvirke samhandlingen ut ifra den selvpsykologiske tilnærmingen.

## **4.0 Diskusjon**

### ***Bakgrunn for suicid***

Baumeister (1990) går i sitt review gjennom forskning på selvmordsforsøk og årsaker til at personer velger suicid. Som den vanligste årsaken til suicid peker han på «escape from self», å unnsnippe eller flykte fra seg selv. Ved et fullburdet suicid er flukten permanent, men også ved mislykkede suicid og selvskadingsepisoder vil man oppnå en kortvarig frihet fra de vonde opplevelsene. De fleste deprimerte personer prøver aldri å ta sitt liv, men ønsket om å ville unnsnippe er en fellesnevner hos mange. Baumeister (1990) beskriver seks trinn i «escape»-teorien som kan betraktes som valgsituasjoner der utkommet suicid kun blir resultatet dersom valgene tas i en bestemt retning.

Først inntreffer en hendelse som ligger langt under standarden til personen, gjerne i kombinasjon med høye forventninger og nylige problemer eller motgang. Videre bebreider man seg selv, og internaliserer slik at motgangen tilskrives egen tilkortkommenhet. Dette leder til en følelse av skyld, inkompetanse, manglende mestring med mer. Man sammenligner seg med sin høye standard og kommer i uheldig posisjon. Deretter forsøker man å dekonstruere sin kognisjon der man blir nummen. Lar være å tenke og føle, og konsentrerer seg om små gjøremål og kortsiktige, enkle aktiviteter. Til slutt fører nedbyggingen av tankeaktiviteten til en reduksjon i hemninger. Dette kombinert med

ønsket om å slippe unna de vonde tankene og følelsene i forhold til seg selv, kan bidra til at personen ser suicid som en alternativ løsning.

### ***Vitalitetsaffekt***

Heidi viser at hun ikke ser noen mening i livet sitt nå som mannen hennes ikke lever lenger. Han var den hun tilskriver den endringen som skjedde i livet hennes ved at hun opplevde en givende relasjon til en nær person, for første og eneste gang i sitt liv når det gjelder en partner. Nå som hun har mistet ham, har hun ikke bare fått en stor sorg. Hun har også mistet den funksjon han hadde i tilværelsen hennes. Det kan bidra til omveltninger i livsutfoldelsen. Interesser de delte og aktiviteter de gjorde sammen i helgene, var det som ga glede og innhold i hverdagen. Nå har hun ikke noe å glede seg over lenger. Det hun har er sorg, savn og tomhet. Mangel på glede eller følelse av at hun lever, tyder på mangel på vitalitetsaffekt. Det er vanlig ved depresjon og sorg.

Det er viktig å hjelpe henne til å finne ny vitalitetsaffekt, Kontakt med venninner eller det å engasjere seg i hobbyer kan gi vitalitetsaffekt. Heidi bør etter hvert oppmuntres til å gjenoppta innsatsen i den veldedige foreningen, fordi dette både kan gi en følelse av mestring og å bety noe for andre. Det er også en sosial aktivitet. Helsearbeideren kan styrke Heidi ved å hjelpe henne til å gjenoppta kontakt med naboer og venner.

Turvenninnen ser ut til å være et godt selvobjekt for Heidi. De har en del felles interesser å bygge videre på, og venninnen kan fungere som et tvillingsøkende selvobjekt. Dette kan gi henne en følelse av helhet og mening.

Det er kanskje for tidlig å vurdere slike tiltak så lenge hun er svært nedstemt. Hun trenger nok tid og terapi til å bearbeide sorgen. Det kan ta lang tid før hun klarer å nyorientere seg mot meningsfylte aktiviteter etter tapet. Man kan tenke seg at Heidi hele livet har båret på vonde opplevelser som ikke er bearbeidet, og på avdelingen kan det hende hun må få bryte sammen og regrediere til et mer arkaisk nivå der personalet i en periode overtar noen av hennes egenomsorgsfunksjoner. Heidi ble enke for noen måneder siden og bærer preg av at hun ikke har bearbeidet sorgen. Kanskje kan hun profitere på å ha mulighet til å trekke seg tilbake og ikke måtte holde oppe fasaden av mestring. Enkelte pasienter vil stort sett være på rommet sitt og ellers være temmelig tilbaketrukket i noen uker der de blir tatt vare på og slipper å måtte leve opp til krav og forventninger – både egne og andres. Hun kan

trengje bevisstgjøring rundt opplevelsene sine. Etter hvert kan hun ha større mulighet til å lykkes i terapi. Ettersom Heidi blir trygg i relasjonen vil helsearbeideren utgjøre et idealiserende selvobjekt.

### ***Empatisk inntoning og relasjon***

Innen selvspsykologien er inntoning et sentralt begrep, og det foregår idet en relasjon skal bygges, og kontinuerlig siden. Dersom man som helsearbeider opplever at man går og vokter på pasienten, kan man samtidig tone seg inn på en god måte? Affektinntoning handler om å være tilstede i møtet på en varm og empatisk måte, og glemme sitt eget. Det er viktig å lytte og akseptere hennes følelser. Kohut mente at empati har en legende virkning, og det forutsetter at man kognitivt og emosjonelt plasserer seg så konsekvent som mulig i den andres sko (Hartmann 2000).

Man kan vel med rette hevde at mistenksomhet handler om helsearbeiderens egne erfaringer, forforståelse og bekymringer. Man er gjerne bevisst på sin egen rolle, hvilke faresignaler man ser etter og hvordan man skal bistå. Her blir helsearbeideren den som støtter og yter helsehjelp, subjektet i situasjonen. Pasienten er mottakeren, objektet for helsearbeiderens tiltak. Forforståelsen har fått et rikelig tilskudd gjennom erfaringene man har gjort etter hendelsene i etterkant av suicidforsøket. Dette blir analysert, og man tenker kanskje på pasienten som en person ute av stand til å ta vare på seg selv.

Affektinntoning forutsetter en likeverdig relasjon mellom to subjekter, der begge parter bidrar omtrent like mye. La oss si at man er i en samtale med Heidi. Hun sier at hun skal hjem på permisjon i helgen, og gleder seg fordi hun tror at det skal gå bra. Her kunne man tonet seg inn på den gleden Heidi forteller om, affekten. I stedet er man på vakt og tenker for eksempel at så blid som dette så Heidi ut samme dag som hun forsøkte å ta livet av seg. Er det et skuespill? Er hun glad fordi hun tror hun kommer til å lykkes med suicidet denne gangen, er det *det* som går bra? Helsearbeideren vurderer tegn og signaler.

En mer konstruktiv tilnærming fra helsearbeiderens side vil være å møte Heidi med respekt og interessere seg for problemene hennes. En bør møte henne med varme og anerkjennelse, og vise romslighet i forhold til behovene hennes. Det er viktig å være ærlig, ekte og naturlig, og verken utslette seg selv eller være kunstig forståelsesfull. En må tåle at Heidi er annerledes enn seg selv. En god relasjon bygger på en samhandling som skaper trygghet og tillit, og gir en opplevelse av tilknytning og troverdighet. Når



samhandlingen fungerer på denne måten, kan man si at det er en bærende relasjon (Røkenes og Hanssen 2012).

### ***Selvsammenheng og fragmentering***

Fragmentering er en tilstand som ifølge Kohut kan oppstå ved mangel på tilstrekkelige speilende selvobjektsoverføringer, gjerne i kombinasjon med traumer eller andre negative erfaringer. Dette kan føre til at personen streber, med mer eller mindre vellykket resultat etter selvbevaring og selvhelbredelse (Hartmann 2000). Når det angår Heidi kan man tenke seg at hun har manglet tilstrekkelig speiling. Heidi hadde et vanskelig forhold til sin far, der hun ble utrygg. Den idealiserende polen av selvet behøver å kunne stole på og å bli holdt oppe av noen, trygghet og tillit (Karterud 1997). Når det ikke innfris kan Heidi savne støtte fra andre og framstå som usikker.

De negative erfaringer som tidligere nevnt, kan både gjelde volden og uforutsigbarheten i hjemmet, og de destruktive relasjonene Heidi har etablert med menn fra ungdommen og utover i voksenlivet. Men den mest nærliggende negative erfaringen som preger henne i dag, er tapet av ektefellen. Det var trolig dette som fikk begeret til å renne over. Hun hadde et godt selvobjekt i mannen, og nå har hun redusert tilgang på gode selvobjektsoverføringer og kan dermed ha blitt fragmentert. Og hun opplever seg alene. En fragmentert opplevelse kan være et motstykke til vitalitetsaffekt.

Kohut sier at vi trenger selvobjekter fra vugge til grav. Heidi har en bror og svigerinne, men disse har hun ikke kontakt med ofte. I tillegg har hun bare én venninne som hun møter i det daglige. Selvsammenhengen er nok borte. Den kan ifølge Kohut kun gjenvinnes ved hjelp av nye selvobjektsoverføringer. Helsepersonell kan fylle slike funksjoner til en viss grad og i en overgangsfase. Senere må man hjelpe henne til å etablere nye kontakter eller finne tilbake til gamle vennskap.

Som jeg har redegjort for i det foregående, så kan man tenke seg at Heidi befinner seg på et nivå i sin personlighetsutvikling, der hun har stagnert i et umodent stadium som ellers er vanlig for meget unge mennesker. Hennes reaksjonsmønstre bærer preg av et umodent system som ikke har internalisert konstruktive mestringsstrategier som man ville forventet av et menneske på 40 år.

## ***Et falskt selv***

Det kan tenkes at Heidi virker mimikkfattig og avflatet fordi hun skyver negative følelser unna og kun bruker tankene til å mestre den neste, praktiske gjøremålet: Stå opp, kle på seg, gå til måltider og sitte på fellesstua og småprate om nøytrale temaer. Helsearbeideren kan oppfatte pasienten som lukket og mimikkfattig, med et smalt repertoar av nonverbale uttrykk. Det kan oppstå en tanke om at pasienten har ført en bak lyset og bidratt til å fremstå som friskere enn hun var.

Det kan virke som om Heidi har tatt på seg en maske. Hun presenterer en overflate som ikke avslører henne. Når hun i avdelingen ser blid og opplagt ut uavhengig av den tilstand hun befinner seg i på innsiden av fasaden, er det trolig ikke noe bevisst forsøk på å villedes personalet. Jeg tenker at dette er hennes standard uttrykksmåte i de fleste situasjoner gjennom livet. En naturlig konsekvens kan være at hun har fått mindre oppfølging og færre tilbud på avdelingen enn hun hadde kommet til å få hvis man hadde visst mer. Blant personalet kan man finne frustrasjon over at pasienten prøver å late som, og har kastet bort verdifull tid, mange dager av kanskje et tidsbegrenset opphold, som kunne vært brukt til å hjelpe henne.

I Heidis barndom opplevde hun ifølge det hun har fortalt, en streng og voldelig far. Hun kan ha opplevd å være utrygg, og at hun gjorde hva hun kunne for å takle tilværelsen med de personlige ressurser hun hadde til rådighet som barn. Stern mente at noen omsorgspersoner former barnet ved å gi selektiv bekreftelse der noen følelser er akseptert og andre ikke er det. Dermed kan barnet utvikle et falskt selv som er knyttet til andres forventninger (Urnes 1997). Man kan anta at Heidi har bygd opp et falskt selv for å gjøre far til lags og unngå å få hans raseri rettet mot seg. Kanskje ga far anerkjennelse når Heidi oppførte seg i tråd med hva han forventet og krevde av henne. Når hun viste følelser som sinne, sorg og frustrasjon ble antakelig ikke disse affektene anerkjent eller møtt på en hensiktsmessig måte av omsorgspersonene. På denne måten ble hun antakelig vant til å skjule sine ekte følelser.

En person som ikke har fått aksept for å la negative følelser få komme til uttrykk, vil nok fremdeles ha disse følelsene til en viss grad. Men hun har kanskje vennet seg til å ikke kjenne på de vonde følelsene, og heller ikke integrert eller godtatt dem. Utad er hun blid

og imøtekomende, men mest sannsynlig mangler hun selvsammenheng og vitalitet innvendig. Heidi er trolig ikke bevisst dette selv, men lever som hun har lært. Hun er nok ikke klar over problematikken med det falske selvet, og i tråd med selvpsykologien kan det bli det feil å bringe det på bane overfor henne. Gjør man det, er man i ekspertrollen og det er en tilnærming styrt av helsearbeideren og ikke en god affektinntoning.

Hun ville kanskje ha reagert med krenkelse og med en skadet arbeidsallianse til følge. Muligens kan hun med tiden komme opp til et metakognitivt nivå der hun blir i stand til å reflektere over seg selv og egne reaksjonsmønstre. Kanskje har hun aldri vært der. Dersom hun har et etablert mønster med narsissistisk sinne og liten evne til refleksjon så kommer man kanskje aldri dit med henne.

Dersom man kunne bringe inn elementer fra systemisk tenkning i tilbudet til Heidi, så kunne man anvendt nettverksmøter. I en slik setting kunne personer som kjenner Heidi godt ha fått mulighet til å fortelle om sine tanker rundt Heidis situasjon, og hvordan dette oppleves fra vedkommendes eget ståsted. Gjennom en slik prosess kunne Heidi oppnådd større forståelse for hvordan hun virker på andre. Det er usikkert om hun ville ha hatt utbytte av dette, eller gått i forsvar og opplevd seg enda mer krenket.

### ***Narsissistisk sinne***

Blant emosjoner som Heidi undertrykker, kan sinne ha vært den som ble minst godtatt. Det kan av en kontrollerende far ha blitt tolket som oppsetsighet. I hennes barndom for over 30 år siden var forskjellene på kjønnsrollene mer tydelige enn i dag. Som jente var det ofte ikke velkomment å vise sinne og aggresjon. Hun kan dermed ha blitt lite selvhevdende. En slik personlighet vil ha vansker med å gi uttrykk for hva hun ønsker og har behov for. Dette gjelder også i forhold til personalet på avdelingen.

Kohut mente det finnes to grunnleggende typer aggresjon hos mennesket. Den ene fremkommer i form av en sunn selvhevdelse når man opplever å bli forhindret i å søke mot vesentlige formål. Dette er gunstig for å kreve sin plass i fellesskapet og å bli tatt hensyn til. Den andre formen for aggresjon er det narsissistiske sinnet, som Kohut beskrev i 1971 i forbindelse med personlighetsforstyrrelser (Karterud 1997). Narsissisme er ifølge Kohut en naturlig måte å vise en krenkelse på.

Jeg ser for meg at depresjonen innebærer at Heidi opplever manglende egenverd. Dersom hun føler at hun ikke betyr noe og er verdiløs, kan det redusere sjansen for at hun ber om hjelp. Hun kan kanskje gjøre det på indirekte måter, som selvskading. Kanskje tror hun at hvis andre bryr seg om henne, så vil de forstå hva hun trenger. Når andre ikke forstår dette, kan hun bli såret. Dette innebærer en krenkelse som kan vekke et narsissistisk sinne.

På grunn av den mangelfulle utviklingen av selvet, kan Heidi ha blitt hengende igjen i et umodent, grandios stadium der hun har lav toleranse for krenkelser og ubehag. Hun kan som en mestringsstrategi ha unngått å kjenne på de negative følelsene, og dermed virke avflatet. Hun forteller om en vanskelig oppvekst, og man kan tenke seg at hun har savnet å bli anerkjent og respektert av sine omsorgspersoner. Som en respons på dette kan hun i voksen alder ha kompensert med å være flink og pliktoppfyllende. Mange har ekstremt høye krav til seg selv, og lettvakt skamfølelse. Samtidig har hun kanskje ikke gitt sine behov til kjenne, men skjult deler av sin personlighet for å gjøre andre til lags. Hun ønsker nok likevel å bli sett og verdsatt, og når hun ikke blir forstått, kan hun føle seg ydmyket og krenket.

Narsissistisk raseri blir en avmactsreaksjon. Man har gjerne utviklet en observerende evne for andres signaler, og legger mest merke til det negative. Hun kan ha en sort-hvitt-tankegang der mennesker i hennes omgivelser oppfattes som gode eller dårlige. Dette er en konsekvens av en grandios verdensanskuelse, der hun har vansker med å se situasjoner fra andre menneskers synsvinkel. Noen ganger kan sinnet som er undertrykt, blusse opp. Siden Heidi trolig ikke har fått lov til å vise sinne, kan man tenke seg at det har blitt vendt innover mot egen person. Selvskading kan hos enkelte være en måte det narsissistiske sinnet får utløp, som er vanligere hos kvinner enn menn (som gjerne kan være mer aggressivt utagerende).

### ***Samhandling i tråd med selvpsykologien***

Dialogen i den selvpsykologiske tilnærmingen er basert på helsearbeiderens ikke-vitende interesse for den andre. En relasjon skal bygges, og det tar tid. I begynnelsen bør man snakke om det som er positivt for Heidi, herunder gode opplevelser, hobbyer og interesser. Samtalen skal dreie seg om temaer på hennes banehalvdel, og det er hun som avgjør hvor

fort hun vil gå frem. Hun må få tillit til den andre før hun kan begynne å snakke om det som er vanskelig. I og med at selvpsykologien så sterkt vektlegger betydningen av nære relasjoner, lytter man etter følelsesuttrykk når hun omtaler mennesker som kan ha vært viktige selvobjekter for henne.

Mennesket er i utgangspunktet motivert for sosialt samvær. Kohut mente at drivkraften i mennesket er ønsket om å være i gode mellommenneskelige relasjoner, for å føle seg hel, forstått og verdifull. En optimal responderende holdning hos helsearbeideren fremmer styrking av selvet. Hva dette innebærer i praksis avhenger av hvor Heidi befinner seg følelsesmessig og utviklingsmessig og hvordan relasjonen mellom henne og helsearbeideren er. Det viktigste er at Heidi føler seg forstått (Hartmann 2000). Her og nå-fokus er sentralt. Man bruker god tid, og lar Heidi styre samtalen ved at man responderer på affekten i det hun sier. Når hun sier noe om følelsene sine, griper helsearbeideren tak i dette. Man kan godt snakke om hendelser langt tilbake i tid, men fokuset er hvordan hun nå opplever det når hun snakker om de vanskelige hendelsene.

Når helsearbeideren speiler pasientens opplevelser, kan pasienten få opplevelsene litt på avstand utenfor seg selv så hun kan forholde seg til dem på et metanivå, og komme i en posisjon til å reflektere over dem.

Helsearbeideren kan hjelpe Heidi til å forankre henne. Gjennom samtalene skapes en ny historie om livet hennes som forstås annerledes nå enn da hendelsene utspilte seg, og hun kan oppnå en ny selvinnsett (Karterud 1997). Hun vil kanskje se annerledes på historien sin og lære om nye sider ved seg selv og andre. Gjennom denne prosessen kan hun bearbeide opplevelsene, og etter hvert få innsikt ved å oppdage sammenhenger og reaksjonsmønstre. Dette kan være smertefullt. Et fragmentert selv vil romme sterke konflikter og motsetninger. Hensikten er at hun blir møtt på en annen og bedre måte enn tidligere, og dette kan gi helhet og fylde. Dermed kan Heidi oppnå større selvsammenheng.

Dersom helsearbeideren opplever at samtalen stopper opp og at Heidi viser motstand mot å snakke om visse temaer, kan dette bero på en frykt for retraumatisering. Det kan oppstå en usikkerhet rundt hvorvidt hun vil bli forstått denne gangen, og møtt på en måte som gir en positiv erfaring. Motstand kan også komme av at helsearbeideren går for fort frem, slik at det oppstår svikt i inntoningen.

## ***Oppfølging og forebygging***

Noen ganger har en pasient flere selvskaadeepisoder som kunne ha vært suicidforsøk. Det kan være en hårfin grensegang, der tilfeldigheter spiller inn. Det kan være centimetre om å gjøre, for eksempel når det kuttet nært inntil en arterie. Men pasienten har overlevd, og havner på sykehuset. Det kan være vanskelig for helsepersonell å vite hvordan man skal møte pasienten. Vi må klare å beholde vår indre ro når pasienten er i uro. Holdninger hos helsepersonell må ikke øke skammen.

Eksempel er legevakt der de er lei av pasienten fordi hun har vært der gjentatte ganger med selvpåførte skader. Noen pasienter kan risikere å høre uttalelser som denne: «Du trenger vel ikke lokalanestesi, du er jo så glad i smerte.» Dette er uetisk behandling og påfører pasienten enda mer selvforakt og opplevelse at hun er verdiløs. Helsepersonell må ikke straffe eller stille ultimatum. Og man bør være tilbakeholden med kroppsundersøkelser, både av respekt for å ansvarliggjøre henne, gi tillit og begrense skyldfølelse.

Man kan tenke seg at det er mange følelser i forhold til suicidforsøket som endte på legevakten. Kanskje var det en skuffelse over å våkne opp igjen, en skyldfølelse overfor pårørende, skam over seg selv og at hun nå ikke har klart å holde på fasaden lenger. Det har nå blitt synlig for andre mennesker at hun ikke hadde det bra og ikke mestret livet sitt. Tilbake på avdeling forstår nå personalet at Heidi trenger en tettere oppfølging enn det hun tidligere har fått. Man reflekterer over hvordan hun vil takle den endringen som naturlig nok vil komme, når det gjelder hvordan helsearbeiderne ser henne og forholder seg til henne.

Når kan man snakke om suicidforsøket? Hendelsen skal være passe «lunken» til at det går an å snakke om det. Det er neppe ideelt å snakke om det når det helt nylig har skjedd og pasienten og personalet er oppskaket, men heller ikke for lenge etterpå når opplevelsene har kommet for mye på avstand. Hvis man har et bånd til pasienten kan man få progresjon over tid. Samspill mellom oss som behandlere og pasientene, kan bygge tillit. Hva gjør hendelsen med oss som personale, og hvordan viser vi det tilbake til pasientene? Holdning hos helsearbeideren bør være ikke-vitende og åpen. Man er nysgjerrig og undrende for å fremme utforskning, og er bevisst sin forforståelse. Kanskje har vi sett mange lignende tilfeller, men det betyr ikke at vi vet hvordan akkurat denne pasienten har det.

Det er lettere å hjelpe når pasienten opplever at helsepersonellet forstår henne. Helsearbeideren skal oversette tilbake det pasienten kommuniserer, arbeide med å identifisere, navnsette, tåle og mestre følelser. Man kan knytte atferd til følelser, og sentrale tankemønstre kan bli utfordret. Man aksepterer forskjellige perspektiver ut ifra en ikke-vitende holdning. Dette ifølge forelesning ved Finn Skårderud på fagseminar om selvsykdom.

Man bør ikke bedømme psykisk tilstand ut fra skadens omfang, heller ikke når hun fremstår som velstelt. Mennesker er så forskjellige, og å vedlikeholde sin fremtoning er kanskje den ene detaljen hun konsentrerer seg om i sin reduserte kognitive tilstand. Det kan være en måte å distrahere oppmerksomheten sin bort fra vanskelige tanker som seg selv og egen situasjon.

Hvor mye skal man følge opp? Det kan bli vurdert tiltak som tettere oppfølging og rammer rundt pasienten. Tiltak som tilsyn på natt, kan avtales med pasienten, og det kan nok i noen tilfeller ha blitt satt som vilkår for at pasienten kan få komme tilbake til avdelingen. Også fra helsepersonells forebyggende synsvinkel er det en fordel med tilsyn rundt en pasient som har vært suicidal. Man kanskje føler at man er nærmere å gi faglig forsvarlig helsehjelp når man ser innom pasienten til planlagte tider, og det kan lette noe på usikkerheten som noen kan oppleve. Hvis det er avtalt at man kan se innom pasienten to ganger på ikke oppgitte klokkeslett i løpet av natta, slipper man å lure på om man har anledning til å låse seg inn på pasientrommet.

I etterkant er det viktig å registrere hva man har foretatt seg. Det man foretar seg av helsehjelp til en pasient, har ifølge regler for dokumentasjon, ikke skjedd med mindre det er dokumentert skriftlig. Det handler også om å levere stafettpinnen videre til den neste som kommer på jobb, og at det som er utført skal kunne vurderes i ettertid. Dette ifølge forelesning ved assisterende fylkeslege Cato Innerdal på fagseminar om selvsykdom.

Det fremgår i Helsepersonellovens kapittel 8 *Dokumentasjonsplikt* § 39 at opplysninger skal registreres når man yter helsehjelp. Videre fremgår det av § 40 at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. I en

eventuell rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse kan nedtegnelser ifølge § 47, kreves lagt fram som bevis.

Et annet tiltak kan være å spørre om pasienten har redskaper som kan benyttes i et nytt forsøk. Dette handler ikke bare om kontroll, fordi pasienten forteller ikke nødvendigvis sannheten. Det innebærer også å signalisere at vi passer på, og å ansvarliggjøre pasienten. Dersom kniven er i veska hennes, så er den der fordi hun har lagt den der. Hvis hun svarer at hun ikke har kniv der, så godtas det som et tegn på at pasienten bestemmer over eget liv og er en aktør i egen bedringsprosess. Siden hun er frivillig innlagt er det også begrenset hva vi har mulighet til å regulere, men det baseres på tillit. Når pasienten betraktes som et subjekt, hviler det et ansvar for eget liv på henne. Etter hvert kan man sammen med Heidi ta tak i de vanskene i livet hennes som hun ønsket å flykte fra. Hun kan trenge praktisk bistand, for eksempel kan det hende hun har neglisjert en bunke med regninger hjemme. Summen av mange små problemer kan ha styrket hennes opplevelse av å være inkompetent.

Gjennom profesjonell avstand (som forutsetter at man er varm og omsorgsfull men holder sin egen person og forforståelse utenom), og i tillegg empatisk inntoning kan vi oppnå at tilliten går begge veier, men det avhenger av at personalet er såpass trygg på egen rolle at man klarer å legge mistenksomheten til side. Heidi vil oppleve større grad av kontroll fra personalet, og kan føle skam og krenkelse ved å bli holdt under oppsikt. Men det kan også slå motsatt vei, at hun opplever noe positivt ved den økte oppmerksomheten og det å bli sett og tatt på alvor.



## 5.0 Konklusjon

Affektinntoning forutsetter en likeverdig relasjon mellom to subjekter, der begge parter bidrar omtrent like mye. Man kan tone seg inn på følelsesbudskapet, affekten, i stedet for å være på vakt. Man er nysgjerrig og undrende for å fremme utforskning, og er bevisst sin forforståelse. Pasienten bestemmer over eget liv og er en aktør i egen bedringsprosess. Gjennom profesjonell avstand og empatisk inntoning kan vi oppnå at tilliten går begge veier.

En person som ikke har fått aksept for å la negative følelser få komme til uttrykk, kan ha utviklet et falskt selv der de negative følelsene ikke er integrert eller godtatt av henne. Sinne kan ha vært den som ble minst godtatt. Hun kan dermed ha blitt lite selvhevdende, og ha vansker med å gi uttrykk for hva hun ønsker og har behov for. En konsekvens kan være at hun får mindre oppfølging.

En vanlig årsak til suicid kan være å unnsnippe eller flykte fra seg selv. Også ved mislykkede suicid og selvskadingsepisoder vil man oppnå en kortvarig frihet fra de vonde opplevelsene. En pasient kan oppleve manglende egenverd. Det kan redusere sjansen for at pasienten ber om hjelp. Hun kan gjøre det på indirekte måter, som selvskading. Når andre ikke forstår henne, kan hun bli såret og oppleve krenkelse som kan vekke et narsissistisk sinne. Ved mangelfull utvikling av selvet, kan pasienten ha lav toleranse for krenkelser og ubehag. Sinne kan bli vendt innover mot egen person. Selvskading eller suicidforsøk kan være en måte det narsissistiske sinnet får utløp. Jeg fant i all hovedsak forskning på andre aldersgrupper enn Heidis, spesielt fant jeg mye om selvskading hos ungdom, og noe om depresjon og suicid hos eldre. Det var lite å finne når jeg søkte etter forskningsartikler vedrørende bruk av selvpsykologisk tilnærming i møte med selvmordstruede mennesker.

Fragmentering kan oppstå i mangel på nære relasjoner. Tap av vitalitetsaffekt er en nærliggende konsekvens. Det er viktig å hjelpe pasienten til å finne ny vitalitetsaffekt. Selvsammenhengen kan gjenvinnes ved hjelp av nye selvobjekter. Helsepersonell kan fylle noen slike funksjoner i en overgangsfase. Senere må man hjelpe henne til å etablere nye kontakter eller finne tilbake til gamle vennskap. På avdelingen kan pasienten få bryte sammen og regrediere til et mer arkaisk nivå der personalet i en periode overtar noen av

hennes egenomsorgsfunksjoner. Hun kan også trenge bevisstgjøring rundt opplevelsene sine. Etter hvert kan hun ha større mulighet til å lykkes i terapi.

Det er naturlig med økt tilsyn rundt en pasient som har vært suicidal. Pasienten vil oppleve større grad av kontroll fra personalet, og enkelte kan føle skam og krenkelse ved å bli holdt under oppsikt. Men det kan også slå motsatt vei, at hun opplever å bli sett og tatt på alvor.

## Referanser

Baumeister, Roy F. 1990. *Suicide as escape from self*. I *Psychological Review*, Vol. 97, No. 1, 90-113.

Fagseminar om selvskading ved Høgskolen i Molde 04.03.2013. Arrangør: Molde legevakt. Mine notater fra forelesninger ved psykiater Finn Skårderud og assisterende fylkeslege Cato Innerdal.

Hartmann, Ellen. 2000. *Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi*. I *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*. Holte, Arne; Geir Høstmark Nielsen og Michael Helge Rønnestad, red., s. 17 – 44. Oslo: Gyldendal Akademisk

Haugsgjerd, Svein; Per Jensen; Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse: Å forstå, beskrive og behandle*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karterud, Sigmund. 1997. *Heinz Kohuts selvpsykologi*. I *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Karterud, Sigmund og Jon T. Monsen, red., s. 13 – 28. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Helsepersonelloven: *Lov om helsepersonell m. v. Lov-1999-07-02-64: Kapittel 8 Dokumentasjonsplikt: § 39 Plikt til å føre journal, § 40 Krav til journalens innhold m. m. og § 47 Opptegetninger og journal som bevis.*

Nielsen, Geir Høstmark og Anna Louise von der Lippe (red). 1993. *Psykoterapi med voksne: Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Tano.

Røkenes Odd Harald, Per- Halvard Hanssen: *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3.utgave.2012. Bergen: Fagbokforlaget.

Santa Mina, Elaine E. 2010. *Self-harm intentions: Can they be distinguished based upon a history of childhood physical and sexual abuse?* I Canadian Journal of Nursing Research. Vol. 42, No. 4, 122-143

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008. *Psykiatri: Kunnskap, Forståelse, Utfordringer*. 3. utgave 2008. Oslo: Akribe.

Urnes, Øyvind. 1997. *Utviklingspsykologi og selvpsykologi*. I *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Karterud, Sigmund og Jon T. Monsen, red., s. 64 – 89. Oslo: Ad Notam Gyldendal.