



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Relasjonsbygging mellom miljøarbeider og mennesker med psykiske lidelser, med utgangspunkt i en selvspsykologisk tilnærming**

**Maria Dønheim**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 33**

**Molde, 21.04.2016**



## 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: 02.04.16

**Antall ord: 9565**

## **Sammendrag**

Innen psykisk helse møter man som miljøarbeider en rekke ulike mennesker. I denne fordypningsoppgaven er fokuset rettet mot et menneske som lider av paranoid schizofreni og de utfordringer som hun har i relasjon til andre. Der ønsket er å forstå et menneske mer ved hjelp av en selvpsykologisk tilnæringsmåte.

Hos mennesker med kronisk vedvarende psykotiske lidelser kan man møte spesielle utfordringer som miljøarbeider. En må kunne tilpasse seg individuelt, for det dreier seg om ulike mennesker med ulike psykotiske tilstander.

Innen selvpsykologien har et menneske behov for nære relasjoner, fra fødselen av til døden. Disse nære relasjonene kan fungere som selvobjekt for oss, det er dette som er med på å skape oss som modne, selvsammenhengende og selvregulerende. Når et menneske opplever svikt og tap av selvobjekt vil man kunne bryte sammen og fragmenteres. Ved feil inntoning i samspill med andre kan det føre til at en blir lukket og hemmeligholder enkelte følelsesaspekter, noe som kan danne et falskt selv. Man kan utvikle ulike patologiske forstyrrelser, der det i verste fall kan utvikles til psykose.

I empiriet fortelles det om "Nora" som har hatt et utfordrende liv fra barndommen av, det beskrives hendelser og situasjoner som miljøarbeider har opplevd i samspillsituasjoner med "Nora". En riktig empatisk inntoning gir tilgang til den andres opplevelsesverden, slik at miljøarbeider kan få et større perspektiv på hvordan det er å være "Nora", da bygges relasjonen i et subjekt-subjekt-forhold. Det kan være med på å bedre samarbeidsalliansen mellom miljøarbeider og "Nora".

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	2
1.2	Litteratursøk .....	3
<b>2.0</b>	<b>Teoridel</b> .....	<b>4</b>
2.1	Paranoid psykose .....	4
2.1.1	Behandling av paranoide lidelser .....	5
2.2	Selvpsykologien .....	6
2.3	Selvobjekt og selvobjektoverføring.....	7
2.3.1	Kjerneselvet - det tripolare selvet .....	8
2.4	Relasjoner .....	9
2.5	Affektinntoning .....	10
2.6	Vitalitetsaffekt .....	11
2.7	Forforståelse .....	11
2.8	Selvpsykologiens forståelse av psykopatologi .....	12
2.9	Selvobjektssvikt .....	12
2.10	Falskt og fragmentert selv.....	13
2.11	Narsissistisk sårbarhet.....	13
<b>3.0</b>	<b>Empiri</b> .....	<b>15</b>
	<i>Historien til "Nora"</i> .....	<b>15</b>
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>19</b>
4.1	Selvobjektssvikt og konsekvensene av et fragmentert selv .....	19
4.2	Relasjonsbygging og tillit.....	20
4.3	Sykepleieroppgaver sett i lys av selvpsykologien .....	22
4.4	Økt Vitalitetsaffekt .....	24
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>26</b>
	<b>Referanseliste</b> .....	<b>28</b>

## 1.0 Innledning

I denne fordypningsoppgaven ønsker jeg å se nærmere på hvordan en kan bygge en relasjon til et menneske med paranoid schizofreni med hjelp av en selvpsykologisk tilnærming. Det vektlegges at en innenfor selvpsykologisk tilnærming bygger en gjensidig relasjon til pasienten og vektlegger empati for å forstå pasientens subjektive erfaringsverden.

*Paranoid schizofreni* betegnes som en alvorlig sinnslidelse, en psykoselidelse. Den er diagnostisert i ICD-10 som F.20.0 og kjennetegnes i hovedsak av ganske stabile vrangforestillinger gjerne av paranoid art, og ofte med hallusinasjoner av syn og eller hørsel. Generelt for schizofreni er det ikke uvanlig med en dårlig sosial fungering (Helsedirektoratet, 2011).

Jeg ønsker først å bringe opp noen sentrale begrep fra selvpsykologien, en psykodynamisk retning grunnlagt av Heinz Kohut (1913-1981) på 70-tallet, og denne retningen er fortsatt relevant i dagens tilnæringsmåter. Jeg vil videre presentere i teoridelen de mest aktuelle begrep i forhold til pasientens situasjon. Utvikling og oppbygging av selvet, det som gjør oss til unike individ med vår egen erfaringsverden og opplevelsen av å være til. Grunnleggeren for utviklingspsykologien, Daniel Stern (1934-2012), forsket på tilknytning mellom barnet og mor. Jeg ønsker å definere dette for å vise at dette kan ha videre påvirkning av relasjoner videre i livet, og konsekvenser i voksenlivet når forholdene ikke ligger til rette for gode relasjoner og utvikling av selvet gjennom tidligere leveår, når ”viktige andre” har opptred som ”selvobjektsvikt”.

I empiridelen fortelles det en historie om en pasient jeg har valgt å kalle ”Nora” og mine erfaringer og opplevelser i relasjon med henne. *Selvpsykologien* vektlegger at en presis inntoning gjør at pasienten blir en del av samspillet med miljøarbeider. Det er viktig at man setter sine egne oppfatninger til side og kommer seg over i den andres utkikkstørn ved å være empatisk tilstedeværende, varm og åpen. En miljøarbeiders forforståelse kan komme i veien for en relasjonsbygging, og hindrer dermed at man oppnår det subjekt-subjektforholdet som er sentralt i denne tilnæringsmåten.

I diskusjonsdelen i denne fordypningsoppgaven ønsker jeg å drøfte sentral teori som er skrevet opp i mot mitt narrativ, dette for å undersøke hva som kan være en gunstig tilnærming for å bygge en relasjon, skape tillit og hvilke tilnæringsmåter en skal være var på, som kan skade relasjonsbyggingen. Det kan være viktig å undersøke dette for å få en dypere forståelse av hvordan en kan samhandle på en best mulig måte i relasjon med mennesker med psykiske vansker. Dette er problemstillinger jeg stilles ovenfor i min hverdag på jobb, det er pasienter som skal motta psykisk helsehjelp av bidragsyttere som jobber i psykisk helse. Derfor mener jeg at det kan være nyttig for miljøarbeider å være oppmerksom på denne type tilnærming og hvordan en kan inntone seg riktig i forhold til enkeltindivid. Med *miljøarbeider* mener jeg ansatte som jobber innen psykisk helse, som sykepleiere, helsefagarbeidere, leger, psykologer, psykiatere og i mitt arbeidsforhold har vi også vikarer som kan være ufaglærte.

Pasienten jeg har skrevet om er boende i egen leilighet og har tilgang på døgnbemannet helsehjelp. Temaet som presenteres kan være like relevant i forhold til 1. og 2.linjetjenesten. Jeg velger igjennom oppgaven å anvende ”Nora” eller ”hun” som personlig pronomen i stedet for pasienten, ettersom pasienten jeg presenterer i empiridelen er en kvinne.

## **1.1 Problemstilling**

***Hvordan kan miljøarbeider bruke en selvpsykologisk tilnærming ovenfor en pasient med paranoid schizofreni?***

Denne blir belyst og analysert via følgende delspørsmål:

- Hvordan kan svikt i nære relasjoner ha bidratt til å gi pasienten en dårlig selvsammenheng og et fragmentert selv?
- Hvordan kan jeg skape tillit i relasjon med pasienten, og hvilke utfordringer kan oppstå?
- Hvilke sykepleieroppgaver kan skape utfordringer i relasjon og hvordan kan kronisk psykose virke inn?
- Hva kan jeg gjøre for å bidra med at pasienten får økt vitalitetsaffekt?

## **1.2 Litteratursøk**

Jeg ønsket å innhente litteratur som omhandler det opplevelsesnære hos pasientene og ønsket å rette fokuset mot det subjektive aspektet. Det er de menneskelige erfaringene som er viktige i kvalitativ forskning der det dreier seg om erfaringer (fenomenologi) og fortolkninger (hermeneutikk) (Malterud, 2013).

Det første søket jeg gjorde var et søk i google scholar med søkeordene "Self psychology" and "paranoid". Jeg fant ingen relevant artikkel i dette søket. Samme dag gjorde jeg søk i databasen Pub-med med de samme søkeordene, i fulltekst. Da fant jeg artikkel nummer 37 "Schizophrenic Delusions: A Phenomenological Approach", fra 1993. Men da jeg leste igjennom denne artikkelen viste det seg at den ikke hadde noe innhold som jeg så på som relevant for oppgaven min.

Det andre søket som ble gjort var i PsycINFO og dette søket fikk 23 treff, men ingen artikler ble inkludert i oppgaven. Søkeordene som ble brukt var "Self Psychology" AND "Paranoid".

I det tredje søket brukte jeg Pub-med igjen, med søkeord "Self psychology" AND "Schizophrenic", jeg fant ingen relevant artikkel i dette søket.

Jeg innså at det var noe vanskelig å finne artikkel på "selvpsykologien" med inkludering av "schizofreni" eller "paranoid". Derfor søkte jeg opp "kommunikasjon" og "relasjon" med "paranoid" i google scholar og fant en Bacheloroppgave gjort ved Høgskolen i Hedemark av Solheim og Fagerlund, dette for å se i referanselisten om det var artikler som kunne være relevant for meg. I deres Bachelor var det to kvalitative artikler som jeg så på som relevant for min fordypningsoppgave, av Årseth og Johannessen (2013) og Pitkänen et al. (2008).

Videre fant jeg en annen Bacheloroppgave av Linn Bjørkheim ved Høgskolen i Stord/Haugesund, da jeg søkte på "kommunikasjon" og "relasjon" med "paranoid", da fant jeg en relevant artikkel som jeg inkluderte i denne fordypningsoppgaven, skrevet av Kai og Crosland (2001).



## 2.0 Teoridel

### 2.1 Paranoid psykose

Psykose beskrives som et fenomenologisk psykologisk begrep. Det er gjort forsøk på å finne nevrofysiologiske paralleller med biologien, men dette har så langt vært mislykkede forsøk (Cullberg, 2009).

Cullberg (2009) beskriver videre at når et menneske er psykotisk stilles ulike kriterier for det. Uten vrangforestillinger skal det ikke kalles psykose. Persepsjonen hos et menneske med psykose er ofte korrekt, men det er ens tolkning av persepsjon som kan være feil. Dette er forskjellig fra f.eks delirium, der det er primært persepsjonen som er forstyrret. Disse fenomenene kan opptre i psykosen sammen med en vrangforestilling:

- 1- Hallusinasjoner (enten syn/hørsel). Om en vrangforestilling ikke henger sammen med hallusinasjonen er personene som opplever det fullt klar over at de gir uttrykk for en form av sykelige/urealistiske opplevelser. Ved schizofreni er hørselshallusinasjoner den vanligste formen for sansebedrag, og stemmene pasienten hører er ofte nedsettende eller krenkende.
- 2- Atferdsavvik. Her er det mange gråsoner, spesielt rundt kulturelt forstående. Det finnes også psykotiske personer som ikke har så store atferdsavvik at utenforstående ikke legger merke til det, dette kan for eksempel være å gå over et gangfelt på en spesiell måte og lignende.

Hos en person som lever med kroniske vrangforestillinger kan opplevelser av forfølgelse av mennesker med onde hensikter forekomme. Dette kan for eksempel være forfølgelse og overvåkning av mafia, CIA og politi. Det kan også være en flytende grense mellom vrangforestillinger og illusjon/hallusinasjon. Personen kan også synes å høre andre mennesker som gjentagende sier nedsettende ting om dem når en går forbi, som ”idiot”, ”stygg” etc. Det kan ofte handle om rene illusjoner, men tolker den en viss retning. Mange med psykose kan også ha klare oppfatninger om ”hvem som står bak”, dette kan igjen drive frem ulike panikkreaksjoner og i enkelte tilfeller føre til selvmord eller voldelig atferd. Cullberg (2009) beskriver videre at psykotiske symptomer uttrykker tap av virkelighetsoppfatning, der de fundamentale subjektive opplevelsene av forandring ikke lenger oppleves som jegfremmende. Det som da kan skje er at personen selv erfarer denne opplevelsen av diskontinuitet og oppfatter at dette skyldes ytre påvirkninger, personen kan

forsøke å reparere denne diskontinuiteten og forklarer det ved å konstruere vrangforestillinger.

Schizofreni deles inn i positive og negative symptomer. Cullberg (2009) beskriver de positive symptomene som uvirkelige sanseopplevelser, altså hallusinasjoner, bissar adferd og vrangforestillinger. De negative symptomene derimot, er karakteristiske i den kroniske utviklingen av schizofreni. Disse symptomene innebærer affektflathet, oppmerksomhetsforstyrrelse, innskrenket taleevne, mild apati og tendens til asosial atferd.

### **2.1.1 Behandling av paranoide lidelser**

En person med en paranoid lidelse kan være vanskelig å behandle i institusjon blant annet på grunn av at den kontinuerlige normaliteten av omgivelsenes realitetsforståelse kan lett øke personens følelseskonflikter, som følelsen av å bli misforstått og feiltolket. Haugsgjerd et al. (2012) skriver at psykoterapi ofte er den eneste behandlingen som kan lindre tilstanden.

Et viktig grunnprinsipp vil være å utvikle en sympati med personen og ikke ufordre paranoide vrangforestillinger. Men forsøke å forstå vrangforestillingene og følelsesaspektet rundt det. Når en persons paranoide forestillinger er åpne kan det være naturlig å kartlegge hvilken sammenheng de er oppstått i og hvordan personen forholder seg til det, og forsiktig lete seg fram til alternative forståelsesmåter. På denne måten kan en bygge en behandlingsallianse slik at forestillingene gjøres mer jeg-fremmende (Haugsgjerd et al. 2012).

Det kreves ekstra sensitivitet hos den som behandler når de paranoide tankene er maskert, og mer gjemt i bakgrunnen av andre plager og temaer. Overser behandleren skjulte paranoide forestillinger kan det til slutt vise seg i former av fiendtlig fortolkning og holdninger fra pasientens side. Hausgjerd et al. (2012) sier at terapiforløpet kan skape mange forståelsesmuligheter men det er også involvert mer risiko rundt behandlingsalliansen. Hos mennesker med kronisk vedvarende psykotiske lidelser kan man møte spesielle utfordringer som behandler. En må kunne tilpasse seg individuelt for det dreier seg om ulike mennesker med ulike psykotiske tilstander. Når det gjelder

støtteaspektet kan det dreie seg om å opprettholde noe pasienten opplever som viktig, for eksempel boforhold, og at pasienten skal kunne opprettholde selvstendighet i hverdagen sin. Man må kunne være i stand til å se pasienten som person og se hennes muligheter.

Det krever både sensitivitet, fantasi og utholdenhet fra behandlerens side i en opprettelse av kontaktforholdet med personer med paranoide lidelser. Man må kunne ha et blikk for å forstå hva det dreier seg om ”her og nå” og man må kunne forholde seg til pasienten på en måte som skaper mindre angst. Dette kan skje via en holdning hos behandler som skaper rom og at behandler gjør indre refleksjoner omkring det pasienten uttrykker og sier, uten at tankene formes i tolking. Og at behandler er til stede i de situasjonene der det viser seg at det er åpning for å stille noe av innsikten tilbake, og tilpasser det slik at pasienten er i stand til å ta det i mot.

I følge Årseth og Johannessen (2013) er det viktig at miljøarbeider har klargjort for seg hvilket grunnsyn en har i forhold til menneskesynet. Jeg som miljøarbeider kan ubevisst styre hvilket fokus jeg ønsker å ha med pasienten i en samtale og dette kan igjen gjenspeile seg i min væremåte og hvordan pasienten opplever meg. I følge selvpsykologien er det de subjektive opplevelsene som pasienten forteller som er viktige, alt av mine forforståelser og objektive tanker rundt det pasienten forteller skal legges til side. Dette støtter opp i mot artikkelen til Årseth og Johannessen der en er opptatt av hva pasientene opplever.

## **2.2 Selvpsykologien**

Den selvpsykologiske tilnærmingen kom i bruk på midten av 70-tallet og den amerikanske psykoanalytiker Heinz Kohut var grunnleggeren. Retningen ligger innenfor psykoanalysen (Karterud, 2005).

Kohut var interessert i hvordan behandler forstod pasienten og hvordan dette ble formet. Det ble vektlagt empati og Kohut tok i bruk begrepet ”stedfortredende introspeksjon”, der behandler skulle være opptatt av å spørre seg selv: Hvordan ville jeg følt det om dette var meg? Kohut var også interessert i selvet som en psykisk instans og at selvet er opplevelsesnært. Karterud (2005) skriver at Kohut hevdet selvet utviklet seg langs sin egen utviklingslinje, i et samspill med de nære personene i ens liv og denne utviklingen måtte ses atskilt fra Freuds driftsmessige utvikling (Haugsgjerd et al. 2012).

Som mennesker har vi behov for å ha bekreftende selvobjekter i våres liv, fra fødsel til døden. Kohut mente at kilden til psykopatologi er ulike grader og former for selvobjektssvikt og svikt i empati fra omgivelser som vi ser på som betydningsfulle. Da kan negative følelser ta overhånd og en kan oppleve seg som fragmentert. Det som er viktig i selvpsykologisk tilnærming er å reparere denne selvobjektssvikten slik at pasienten kan føle seg hel og eie sin hele følelsesfylde, uten skyld og skam. Dette gjøres i gjennom empatisk lytting og fortolkning.

Mennesket streber etter vitalitet, helhet og fylde i gjennom hele sitt liv, og å finne en indre balanse. Vi har på en side en sunn selvhevdelse og på den andre siden et narsissistisk raseri når vi opplever å bli alvorlig krenket. Selvpsykologien legger stor vekt på empatisk forståelse og legger mindre vekt på tolkning av indre konflikter i følelseslivet hos pasienten, derfor har også retningen blitt sagt å være en alt for mild og vennlig tilnærming av kritikerne. Og den tegner et altfor mildt bilde på den menneskelige natur (Haugsgjerd et al. 2012).

### ***2.3 Selvobjekt og selvobjektoverføring***

Et selvobjekt har den funksjon å opprettholde ens følelse av å være et meningsfylt og sammenhengende selv, dette kan for eksempel være et annet menneske, en kulturmanifestasjon, idetradisjon eller et kjæledyr (Karterud, 2005).

Å bli sett på som betydningsfull (bli speilet) av andre objekter og å kunne idealisere objekter er behov en har fra barndommen av, forteller Karterud (2005). Etter hvert vil barnet også ha behov i å kjenne seg igjen i objekter. Kohut beskriver selvet som tripolart. Disse tre tripolare delene av selvet vil en også kunne finne igjen i behandling der hvor pasienten har behov for å bli sett (det grandiose selvet), å kunne idealisere eller identifisere seg med behandleren. Vi kan oppleve ulike responser på overføringer av våre selvobjekt, som følelsen av å bli verdsatt, akseptert, forstått, beundret, anerkjent og lignende. Kohut kalte dette for selvobjektsoverføring. De tre typene av selvobjektsoverføring kalles speilende, idealiserte og alter ego og disse tre følger sammen med utviklingen av det tripolare selvet.

### 2.3.1 Kjerneselvet - det tripolare selvet

Det selvet refererer til er i følge Kohut at en person opplever en følelse av opprinnelse og eierskap og føler sammenheng av sine egne emosjoner, handlinger og tanker.

Kohut refererer til selvet som et system med tre viktige ”poler”; det grandiose, det idealsøkende og det tvillingsøkende selvet. Disse er forankret i det han kaller kjerneselvet. Kjerneselvet er det som må ligge til grunn for at jeg kan snakke om et selv som meg selv, mitt selv. Noe som er særegent for meg, atskilt fra andre mennesker, mine subjektive enestående historier og subjektive perspektiv på verden (Karterud, 2005).

Fra fødselen av er ikke kjerneselvet der, men mennesket har en fornemmelse av en gryende selvfølelse, og dette utvikles i relasjon med viktige andre, som for eksempel mor (Bråten, 2014). Om en optimal utvikling skal dekket må de grunnleggende behovene i hver ”pol” i selvet dekket. Karterud (2005) beskriver de litt nærmere:

1. Det grandiose selvet har behov for å bli beundret og anerkjent av andre. Kohut fortalte at mennesker har selvobjektsbehov (opprinnelig kalt narsissistiske behov), et behov for at andre mennesker som speiler deres verdier legger til grunn å tro på egne evner og en stabil selvfølelse. Det umodne grandiose selvet kalles verdens midtpunkt, en person som er ”sulten” på oppmerksomhet eller avhengig av bekreftelser fra omgivelsene på noe en ønsket å vise frem, i tillegg er det umodne grandiose selvet beredt for et narsissistisk raseri om en blir ydmyket eller tråkket på. Dersom det inntreffer en svikt i modningsprosessen hos det grandiose selvet vil disse formene nevnt ovenfor bli stående, da vil en i voksen alder kunne fremstå som urealistisk på siden av det som miljøet oppfatter som relevant. Dette kan forekomme om utviklingen er mangelfull.
2. Når en idealiserer andre eller ser opp til andre dreier det seg om det idealiserende selvet. Dette er følelsen av å være med noen som er ”større” enn seg selv, noen som gir trygghet og tillit, en man kan lene seg til, en man kan stole på, noen som gir en kunnskap og visdom. Det er under denne polen vår etiske personlige forankring kommer til syne. Hos personer med sterke idealiserende behov vil det fremtre et intenst savn etter å bli holdt, ha noen å lene seg til og søken etter et ytre forankringspunkt.

3. Det å føle en viss grad av likhet med andre mennesker er det det tvillingsøkende selvet handler om. Vi vil føle fellesskap og aksept gjennom samhandling og bekreftelser fra mennesker som ligner oss selv. En tvillingoverføring/alter ego-overføring gjenspeiler et behov om å ha en annen som bekrefter en med sin likhet. Gjennom det å ha en annen som er lik en selv forankres også viktige deler av selvet vårt. At selvet har likheter og noe genuint til felles med et annet menneske gjør at en føler tilhørighet. I hverdagen kan dette være bestevenner, kjæledyr etc. Mennesker som er fragmentert kan i en tvillingoverføring for eksempel lege en indre disharmoni om en er sammen med et annet menneske, f.eks behandler. En trenger ikke si og snakke om så mye, bare følelsen av at den fragmenterte og behandler er grunnleggende like kan lege denne disharmonien.

## **2.4 Relasjoner**

Det er først og fremst viktig å kunne etablere en behandlingsrelasjon der ønsket er å oppnå en gjensidig relasjon, det vil si det som kalles en subjekt-subjekt-relasjon. Det er denne relasjonen som fremstilles som et viktig grunnlag i å bygge opp pasientens selvfølelse (Vatne 2006). Det motsatte av denne gjensidige relasjonen er det en kaller subjekt-objekt-relasjonen, denne kan ha en tendens til å kunne oppstå i psykisk helsearbeid i følge Vatne (2006), dette kan skje uten at en som hjelper er klar over det. Det kan skje i sammenhenger der en jobber med mennesker med store omsorgsbehov, mennesker som er sårbare for maktubalanse og som for eksempel er ukritisk i sin atferd og viser avvisende og fiendtlige holdninger. Denne type objektiv relasjon kan komme til syne ved at hjelper for eksempel sier ” neida, du klarer deg fint uten røyk i en time til”, hjelper kan da oppfatte seg selv som positiv og støttende i sin tilnærming, men for mennesker som har en lav selvfølelse og som gjentagende ber om oppmerksomhet fra andre, kan slike eksempel føre til opplevelsen av å bli styrt av andre. Det er altså noen andre som tar vurderingen for en. Det er derfor viktig å kunne reflektere over relasjonen og kommunikasjonen en har i møte med sin pasient, for å kunne strebe etter å ha en så opplevelsesnær tilnærming som mulig.

I følge Årseth og Johannessen (2013) ønsket pasienten å bli sett på som et helt menneske og opplevelsen av hvordan de ble møtt var viktig, det å ha mulighetene til å bestemme selv

ble høyt verdsatt. Det ble også nevnt at et subjekt-subjekt-forhold innebygger en gjensidig anerkjennelse som innebærer at man har evne til å sette seg inn i den andres opplevelser.

Relasjoner er viktig hele livet i følge selvspsykologien, det vil i løpet av et helt liv være viktig med gjensidige nære relasjoner, siden vi mennesker er sosialt innrettede vesen. Empati er svært viktig i tilnærmingen til et annet menneske, da det bare er gjennom empati og introspeksjon en får tilgang til den andres opplevelsesverden. Med en empatisk inntoning kan man se verden med pasientens øyne og erfare den andres subjektive ”verden”. Svikt i empati vil føre til at negative følelser hos pasienten tar overhånd (Karterud, 2005). I studien til Joe og Crosland (2001) fortalte noen pasienter at det var viktig i forhold til relasjonsbygging med behandler at han/hun var empatisk og hadde forståelse.

## ***2.5 Affektinntoning***

Daniel Stern (f. 1934-2012) så på samspillet mellom barnet og mor. Det viste seg at et barn er innrettet på å delta i samspill og bygge relasjoner helt fra det er nyfødt av (Haugsgjerd et al. 2009). Tidligere var den vanlige oppfatningen at barnet var motivert av drifter, men Stern viste at barnet istedenfor drifter har behov.

Mor forsøker å leve seg inn i og sende tilbake det barnet kommuniserer, slik får barnet svar og opplever en følelsemessig samstemthet. Affektinntoning skjer når mor og barn leser hverandres følelsestilstander og igjennom det opplever fellesskap (Haugsgjerd et al. 2009).

I Urnes (1997) beskriver han at i barndommen finner riktig affektinntoning sted når for eksempel mor og barn leser hverandres følelsestilstander og der igjennom opplever et fellesskap. Det finnes andre typer inntoning som kan være uheldig i samspillet, disse typer følelsemessige inntoningsvariantene heter manglende inntoning, selektiv inntoning, feilinntoning og overinntoning. Når barnet føler en manglende følelsemessig inntoning av viktige andre får ikke barnet bekreftet sitt følelsesliv eller sin egen indre verden. Det stilles spørsmål ved om dette kanskje kan knyttes til en alenefølelse, at en føler seg forskjellig fra alle andre i verden, noe som personer med psykotiske eller schizofrene lidelser kan beskrive.

Selektiv inntoning er å tone seg inn på enkelte typer følelsesopplevelser og ekskludere andre. En kan for eksempel sammenligne dette med foreldre som former barnet sitt i sitt eget bilde. Dette kan risikere at barnet utvikler et selv som preges av andres forventinger og blir et ”offer” for foreldrenes selvobjektsbehov, barnet kan bli innesluttet og områder av ens opplevelsesverden og følelser må hemmeligholdes, dette kan forme et tomt og identitetsløst selv, det kalles et falskt selv.

Ved feilinntoning mister man etter hvert evnen til å kunne se affekter eller å analysere sine egne. Ved feilinntoning vil barnet få en inadekvat respons i forhold til det følelsesuttrykket som vises. Ved denne inntoning kan det føre til negative terapeutiske relasjoner og personen trekker seg inn i seg selv på grunn av at frykten for å bli fratatt egne følelsesmessige reaksjoner og det kan føre til at en holder sine følelser hemmelig.

En invaderende inntoning kalles overinntoning (Urnes 1997). Der klarer en ikke å møte de affekter som personen viser. Dette kan for eksempel være å ”sette ord i munnen” på noen, som objektivisering, der en sier ”nå er du sint” og lignende, dette vil få en subjekt-objekt-relasjon. I studien til Pitkänen et al. (2008) fortalte en pasient at det var godt å få muligheten til å fortelle om sitt eget liv og å få følelsen av at personalet hadde evnen til å sette seg inn i pasientens posisjon og følelser.

## ***2.6 Vitalitetsaffekt***

Begrepet vitalitetsaffekt introduserte Stern, dette kan beskrives som at man er helt og holdent samstemt med seg selv og kan beskrives som at man kjenner seg levende. Dette henger tett opp mot selvsammenheng, har en god vitalitetsaffekt gir dette god selvsammenheng. En opplever å føle seg hel, er seg selv og føler sammenheng i seg selv over tid. Urnes (1997) beskriver at vitalitetsaffekten gir et menneske mulighet til å kunne takle negative opplevelser som skjer i livet, for eksempel sorg. Har man god vitalitetsaffekt har man også muligheten til å kunne regulere sine affekter. Affektregulering er når en har evne til å uttrykke, regulere og håndtere følelsesmessige erfaringer som oppstår i livet.

## ***2.7 Forforståelse***

Man er nødt å sette sin egen forforståelse til side for å forstå den andre. Noe som er noe helt annet enn å forklare. Man må kunne leve seg inn i den andres opplevelsesverden for å



forstå den andre, en må kunne få kunnskap om mennesket en snakker med og om hensikter og motiver som ligger bak ulike handlinger. Atferden hos en pasient kommer først til syne og kan bli forståelig når en ser sammenheng rundt personen og handlingene. En må kunne skape en kontekst. Vår forståelse er basert på tidligere erfaringer, dette må vi være bevisst på at vi tar inn i relasjon i møte med andre mennesker, for vår forforståelse påvirkes av hva vi ser etter (Haugsgjerd et al. 2012). I lys av selvpsykologien ønsker vi ikke å synliggjøre en objektiv virkelighet, men vi søker etter det opplevelsensnære.

## ***2.8 Selvpsykologiens forståelse av psykopatologi***

I følge Karterud (2005) er det viktig å kjenne seg hel og å ha selvsammenheng, har man en god selvsammenheng har man lettere for å kunne være selvregulerende. Om det er svikt i selvobjektrelasjoner kan man få et fragmentert selv og der er kilde til all psykopatologi. I følge Hartmann (2000) ligger det patologiskapende i oppvekstmiljøet hos pasienten og i samspillet mellom individet og viktige andre. Pasienten blir ifølge dette synet en som ikke er blitt godt nok møtt, det vil si en som har lidd av savn og blitt skadelidende, og som handler deretter.

## ***2.9 Selvobjektsvikt***

Uansett hvor mye miljøarbeier anstrenger seg og hvor empatiske en enn måtte være, vil man noen ganger svikte pasientens behov for å bli tatt hensyn til og forstått.

I følge Karterud (2005) menes det i selvpsykologien at selvobjektsvikt inntreffer når ens selvobjekt(viktige andre) er uoppmerksom, misforstår, forledes av egne motoverføringer, er dårlige opplagte, tar ferie, timen hos terapeuten blir avlyst og lignende. Dette gjelder mennesker som en kan tenke ikke har utviklet sitt kjerneselv. Ved selvobjektsvikt kan negative følelser ta overhånd og mennesker kan føle seg fragmentert. Er selvobjektsvikten for stor kan det i verste fall få negative konsekvenser for relasjonen mellom pasient og miljøarbeider og alliansen kan bli truet. Reaksjoner på selvobjektsvikt er svært varierende, det kan være fra en knapt merkbar dreining av tema til følelsesmessig kaos. Igjennom behandling bruker man empatisk lytting, rett inntoning fra terapeuten sin side og fortolkning for å reparere pasientens selvobjektssvikt, og målet er at pasienten kan føle seg hel.

Kohut mente at riktig håndtering av selvobjektssvikt kunne føre til en forvandlende internalisering. Dette trer i kraft når pasienten opplever optimal frustrasjon, dette kan skje dersom selvobjektsoverføringen er tilstede og pasienten klarer å håndtere de skuffelsene i forhold til forventet selvobjektsfunksjon. Pasienten vil kunne gjøre denne selvobjektsfunksjonen til sin egen og internalisere den. Et eksempel som tidligere er brukt i selvpsykologien er det lille barnet som er vant til at mor leser litt hver kveld før det sovner, en kveld er mor vekke. Først vil barnet reagere med roping etter mor, urolighet og forvirring, for dette er noe barnet ikke er vant til. Etter en stund tar barnet opp boka og begynner å pludre med den for seg selv. En kan sammenligne dette eksempelet med måten psykisk struktur bygges opp på. Barnet har tilegnet seg økt psykisk robusthet og gjort til en del av barnets selv (Karterud 2005).

### ***2.10 Falskt og fragmentert selv***

Når en har et fragmentert selv er selvet hindret i å utvikle seg i et modent selvregulerende system, dette på grunn av at selvet har fått manglende adekvat respons og det kan noen ganger være i en kombinasjon av psykologisk og fysisk mishandling. Mennesker som er fragmentert har ikke fått oppleve gode relasjoner i barndommen og har ikke fått mulighet til å utvikle et selv på en god måte. Det kan dannes et underutviklet selv hvor pasienten har utilfredsstilte behov. Karterud (2005) beskriver at en dårlig affektinntoning kan ha gjort mennesker slik at de ikke har fått utviklet selvet sitt på en tilfredsstillende måte. En lager seg et falskt selv og vil beskytte seg så godt man kan. Der hvor pasienten føler seg truet og krenket kan en reagere med et narsissistisk raseri, eller voldsomt sinne. Der hvor en hadde hatt viktige andre som inntoner seg på en riktig måte ville vi ha klart å håndtere motgang og opplevelser av psykisk påkjenning, krenkelse og ydmykelse, dette på grunn av at vi hadde hatt et robust selvbilde. Det henger sammen med vår utvikling av selvet i samspill med viktige andre som er omsorgsfulle. Kohut sier at personer som opplever seg fragmentert forsøker å helbrede seg selv.

### ***2.11 Narsissistisk sårbarhet***

Når et menneske befinner seg i en grandios, umoden tilstand og som har mistet sin selvsammenheng, kan en reagere uventet og sterkt på krenkelser utenfra. Karterud (1997 og 2005) beskriver at når en har en lav terskel for krenkelser kan dette være et tegn på en

narsissistisk sårbarhet. Det er ulike grader av sårbarhet og den mest alvorlige betegnes under personlighetsforstyrrelse. Mennesker som dette som opplever krenkelser kan utøve en adferd preget av hevn og oppreisning og det kan utløse destruktiv atferd og sinne. Det kan være et sinne som ikke har blitt godtatt i barneår og som har ligget latent under overflaten. En slik narsissistisk sårbarhet kan i verste fall ramme andre mennesker i form av voldshandlinger, eller at en utøver destruktiv atferd i form av selvskading.

## 3.0 Empiri

### *Historien til "Nora"*

Pasienten i dette narrative kjenner jeg i gjennom jobb og har tilgang til døgnbemannet personal. For å holde konfidensialiteten er enkelte faktaopplysninger om pasienten og familie endret, dette i henhold til etiske retningslinjer og personvern.

Nora er 40 år gammel og har livslang historikk innenfor psykisk helsetjenester og barnevern. Nora fikk diagnosen paranoid schizofreni i tenårene, oppleves å ha noe manglende sykdomsinnsikt i perioder.

Nora er vokst opp i et hjem der hun beskriver far som en snill mann, hun forteller at han var alkoholiker og det var forferdelig å være barn i de situasjonene der han var full, hun understreker at hun aldri ble misbrukt av han. Mor forlot familien når Nora var lita jente. Nora kom tidlig på barnehjem, hun beskriver tiden på barnehjem som "et fengsel" og ble utnyttet seksuelt av ansatte, som skulle være hennes omsorgspersoner. I følge henne selv var denne overgriperen en kvinne, hun kan være svært mistenksom til andre mennesker og da spesielt kvinner. Hun kan ha oppfatninger om omverden som skremmende og truende. Hun kjenner seg utrygg sammen med ukjente mennesker.

Nora beskriver en ungdom og tidlig voksenliv som varierende, hun hadde mange forskjellige jobber og klarte ikke holde på dem. Hun forteller om noen "småkjærester" og "guttevenner", men har alltid trivdes best alene og følte at det ble mye med andre mennesker rundt seg hele tiden.

Det oppleves som Nora har vansker med å forholde seg til nærhet til andre mennesker, hun anses å ha et tydelig kroppsspråk når en skal holde avstand og hun har god selvregulering på dette. Personalet respekterer denne tydeliggjøringen på at hun har behov for avstand. Personalet oppsøker henne for å høre om hun trenger bistand til for eksempel handling, samtaler eller vasking. Hun kan svare nei der og da, men pleier ofte å komme tilbake til "basen" og ønsker bistand likevel.

I dårlige faser kan Nora være svært utspørrende om det for eksempel godtas å drepe mennesker som har gjort en vondt, og at det sprøytes slanger inn under huden når det settes depotsprøyte. Det har også vært hendelser der hun har slått etter personalet og gitt verbale trusler. Eller at hun ignorerer personal som om de er ”luft”.

I gode faser kan Nora sette seg ned å prate mye om seg og sitt, spør mye om ditt liv og har en vanlig samtale. Hun kan være med på bilturer og reiser til butikker sammen med personal og anskaffer seg varer hun har ønsket seg. Hun gir av og til blomster og sjokolade til personalet for å vise at hun er takknemlig over hjelpen hun får.

Nora pleier enkelte ganger å være svært spørrende ovenfor kvinner om de er gift eller ikke, og er opptatt av at man skal være i et hetro forhold. Hun forteller at man ikke skal ta på henne, dette ved for eksempel utlevering av medisinbeger der fingeren min kommer borti hånda hennes, eller ved tilfeller der jeg har bistått i å vaske hennes klær og skal levere de til henne. Da kan hun oppleves å være paranoid, spesielt om det er vasket undertøy og sengeklær. Jeg har i noen situasjoner opplevd at hun har ropet etter meg at jeg skal holde meg unna klærne og damer skal ikke ha nærgående kontakt med andre damer.

Nora er opptatt av at kvinner kan være venner med kvinner, men ikke noe mer en det, hun kan ofte sitere bibelvers og det virker for meg som hun kobler dette opp i mot at homofili er en synd.

Nora har ved et tilfelle spurt meg om jeg er lesbisk, jeg svarte da at jeg var gift med en mann. Nora virket da å roe seg i situasjonen sammen med meg og ønsket å ta meg i hånden på at vi kunne være venninner, hun strakk ut hånden sin og jeg min, og etter dette gikk hun hjem til sin leilighet. Nora har flere ganger etter jeg fortalte at jeg var gift tatt opp dette i ettertid med meg, hun sier hun synes det er så koselig og hun håper vi har det bra sammen, og kan noen ganger gå i en retning som for meg oppleves som alt for privat og der jeg har måttet stanse samtaletema ved å si ”det ønsker jeg ikke snakke om”, og da har hun bare ledd og sagt at hun oppfatter at jeg ikke vil snakke om det.

Hun virker å ha en vrangforestilling ovenfor en kollega av meg der hun flere ganger antyder at de var på institusjon sammen som barn, samtidig er hun inneforstått med at hun er personal nå og samtidig kommer med beskyldninger ovenfor min kollega at hun utsatte henne for overgrep i barndommen. Og har noen ganger vært voldelig mot personalet i form

av slag. Nora har flere ganger kommet tilbake etter slike situasjoner der hun har utført vold for å be om unnskyldning, da setter gjerne en av personalet seg ned sammen med henne og går igjennom hendelsen, hun ber som oftest om unnskylding direkte til personen hun slo.

Personalet lar det være opp til Nora å bestemme om hun ønsker kontakt eller ikke, om hun f.eks ignorerer meg en morgen så sier jeg ingenting tilbake, da tolker jeg det som at hun ønsker kun kontakt en til en og at det kan oppleves som mye om flere henvender seg til henne. Men enkelte dager oppleves hun smilende og blid, og kan si hei og god morgen til alle og enhver hun treffer på.

Nora forteller av og til at det står en mann i vinduet hennes, personalet spør om hun vet hvem det er, Nora sier da at en må passe seg for inntrengere og at andre ikke sniker seg innpå deg. Personalet spør om hun føler det slik? Nora kan da svare at hun ikke lar hvem som helst ta grep over livet hennes. Og at hun ønsker å ha følelsene og tankene sine for seg selv.

Nora står på faste, jevnlig antipsykotiske depotinjeksjoner. Hun misliker disse sterkt og jeg opplever at de paranoide vrangforestillinger øker i forbindelse med dette, hun vil helst ikke ha de men godtar alltid frivillig at personal setter de til slutt. Hun sier at depoten gir henne angst, og jeg opplever at hun har vrangforestillinger om hva sprøytene inneholder. Nora har blant annet sagt at hun ikke ønsker å få innsprøytet slanger og overvåkning. Jeg prøver så godt det lar seg gjøre at hun får medbestemmelsesrett i å avgjøre når depotsprøyten skal settes, om det ikke passer så ber jeg henne om å gi meg et tidspunkt som kan passe og da sier hun at jeg kan komme inn til henne når jeg er klar for det, eller at jeg kan bestemme, og at jeg kan komme inn når jeg er klar eller at legen skal bestemme.

I en hendelse der jeg skulle sette depot inne hos Nora sa hun at jeg bare kunne vente meg for hevnen ville komme når det var slik jeg skulle holde på, da tolket jeg det dit hen at hun siktet til depotsprøyten. Jeg spurte hva hun mente med det, men da svarte hun ikke. Jeg opplevde den situasjonen som litt utrygg og ubehagelig. Ubekvemt fordi at jeg tolket det slik at hun ikke satt noe pris på situasjonen og fordi hun virket å være vrangforestilt.

Av og til kommer Noras psykiater for å snakke med både Nora og personal, en gang da psykiateren satt inne på vaktrommet sammen med personalet og vi hadde en form for oppsummering siden forrige besøk, kom Nora inn på personalets vaktrom, og hun så sin psykiater sitte og snakke med oss. Denne situasjonen ble da uheldig fordi hun ikke slapp inn psykiateren sin til besøk i leiligheten i etterkant, det kan hende at hun ble paranoid over situasjonen og for eksempel fikk tanker om at vi baksnakket henne eller lignende. Hennes psykiater ble sittende en stund i etterkant av hendelsen for å se om hun kom tilbake for å hente han. Da psykiateren dro oppsøkte Nora vaktrommet og spurte om hennes psykiater fortsatt var der, da måtte jeg si at han hadde dratt. Det er ikke unormalt at Nora har lang latenstid på å ta i mot besøk og ta i mot annen form for hjelp og bistand.

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 *Selvobjektssvikt og konsekvensene av et fragmentert selv*

Nora har fortalt meg en del om sin barndom og oppvekst, ut i fra hennes historie kan det virke som hun har hatt manglende selvobjekter rundt seg i oppveksten. Karterud (2005) og Haugsgjerd et al. (2012) beskriver at vi som mennesker har behov for bekreftende selvobjekt i våre liv, fra fødsel til døden. Og Kohut mente at kilden til psykopatologi er ulike grader av selvobjektssvikt fra omgivelser som vi ser på som betydningsfulle og viktige, dette støttes av Hartmann (2000). Negative følelser kan ta overhånd og en kan oppleves som fragmentert.

Slik jeg ser det kan det virke som Nora ikke har hatt et slikt trygt selvobjektmiljø som beskrives i første avsnitt, hun har opplevd mye av det motsatte. Dette kan føre til at hun ikke har et tilstrekkelig utviklet kjerneselv og at hennes omsorgspersoner ikke har gitt henne en optimal utvikling, dermed dekkes ikke hennes grunnleggende behov i de tripolare ”grenene” (Bråten, 2014). Daniel Stern så på samspillet mellom mor og barn, og gikk bort i fra teorien om at barnet hadde drifter, men viktige behov for å bli speilet og oppleve en følelsesmessig samstemthet med omsorgspersoner (Haugsgjerd et al. 2009). Nora har kanskje gjentatte ganger blitt sviktet og opplevd flere brutte relasjoner til andre mennesker, som sin familie, venner og det kan også være mennesker i hjelpeapparatet. Dette selvobjektmiljøet kan ha påvirket Nora destruktivt og det kan føre til selvobjektssvikt som gjør at negative følelser tar overhånd og en kan føle seg fragmentert. Dette kan til slutt medføre psykoseutvikling.

Nora har fortalt meg at hennes far var alkoholiker og at barndommen var preget av uforutsigbarhet. Det kan muligens være slik at hennes far ikke møtte henne som barn med rett affektinntoning og hun fikk ikke oppleve en god relasjon til han, slik vi kan se for oss at et ”normalt” far-datter-forhold bør være. Det kan hende at Nora ikke har fått muligheten til å utvikle et selv på en god måte, selvet er utilfredsstilt. Hun blir i følge Urnes (1997) et ”offer” for farens selvobjektsbehov og hun utvikler et selv som preges av andres forventninger. Barnet kan da bli innesluttet og områder av ens opplevelsesverden og følelser hemmeligholdes, noe som kan ha ført til at Nora dannet et falskt selv. En kan se for seg at hennes far har hatt en selektiv inntoning til sitt barn.



Nora forteller at tiden på barnehjem føltes som et fengsel og hun har flere ganger fortalt at hun ble utsatt for seksuelle overgrep av en kvinnelig ansatt. Dette kan muligens være starten på et fragmentert selv. Karterud (2005) beskriver at utvikling av et fragmentert selv kan være på grunn av manglende adekvat respons og det kan være et en kombinasjon av psykologisk og fysisk mishandling. Slik jeg ser det har ikke selvet til Nora utviklet seg på en god måte. Nora beskriver gjentatte krenkelses og opplevelser som har vært av stor psykisk påkjenning. Ifølge Karterud (2005) vil en beskytte seg så godt man kan mot slike destruktive ytre påkjenninger og på denne måten lager man seg et falskt selv. Etter mitt syn kan det virke som om det er nettopp dette Nora har gjort. Det kan virke som Nora har opplevd en del vonde hendelser i livet sitt som fortsatt ikke er bearbeidet.

#### ***4.2 Relasjonsbygging og tillit***

I samspill med Nora må miljøarbeider hele tiden tilpasse sin formidling og inntoning etter pasientens dagsform, da pasienten i et øyeblikk kan virke å være reflektert og pratsom, til det i et annet øyeblikk kan virke som Nora oppleves å være paranoid og innesluttet. I samspillssituasjoner der Nora oppleves å være ufin i språk og formidling, kan det være vanskelig å opprettholde en selvpsykologisk empatisk inntoning. Miljøarbeider kan for eksempel ta det ufine språket som personlig ment og reagere med avvisning og irritasjon, samtidig kan det være lett å gå i forsvar og gi tilbakemeldinger som innvirker negativt på Nora. Ifølge Urnes (1997) kan feil inntoning gjøre at Nora skjuler enkelte typer følelsesopplevelser. Da kan man risikere at pasienten blir innesluttet og områder av Noras opplevelsesverden og følelser hemmeligholdes av henne selv, det kan da formes et falskt selv. Slik jeg ser det er det viktig å kunne opprettholde en empatisk holdning i slike situasjoner, der jeg må sette min egen forforståelse til side for å forsøke å forstå Nora. Er det en hensikt og motiver som ligger bak hennes handling? Haugsgjerd et al (2012) påpeker at atferden hos en pasient først blir forståelig når en ser sammenheng rundt personen og handlingene, en må kunne skape en kontekst. Så kanskje det var noe Nora reagerte på i samspillet, kanskje en i slike situasjoner er feilinntront og har manglende inntoning? En bedre inntoningsmulighet ville kanskje ha vært å sette seg ned sammen med Nora i slike situasjoner og si til henne at en føler på at hun er irritert, oppgitt eller sint. Ønske med dette spørsmålet er da å gi Nora muligheten til å reflektere over hendelsen, og hun kan få opplevelsen av å eie sine egne følelsesuttrykk, bli anerkjent og sett, dette kan

føre til at Nora opplever bedre selvsammenheng og det vil kunne styrke selvet (Haugsgjerd et al. 2012).

For meg så virker det som Nora er skeptisk til kvinnelige miljøarbeidere, antageligvis er dette på grunn av hennes tidligere overgrepshistorie. Samtidig har Nora en paranoid schizofreni og hun lever med kroniske vrangforestillinger, og det oppleves ofte som hun er på vakt og i beredskap. Kombinasjonen av disse faktorene kan gjøre at relasjonen er vanskelig og opprettholde, spesielt for meg som kvinnelig miljøarbeider. Ifølge Cullberg (2009) er psykotiske symptomer uttrykk for tapt virkelighetsoppfatning og en kan ha hørsel i form av nedsettende eller krenkende stemmer eller synshallusinasjoner. Jeg vet at Nora har hørselshallusinasjoner, de gangene jeg opplever at hun hører stemmer og forsøker å følge opp med spørsmål opplever jeg at hun føler at jeg er inngripende i hennes tanker og følelser og hun avslutter ofte samtalen med å si at tankene hennes vil hun ha for seg selv. Slik jeg ser det kan det hende at Nora opplever at jeg blir for nær, hun opplever en overinntoning av meg. Når en blir for nær kan hun oppleve en innvadering av personalet og hun kan misoppfatte signaler. Det ender ofte med at hun trekker seg tilbake eller at hun kommer med utsagn av paranoid art.

Nora har en vedvarende kronisk psykotisk lidelse, dette tenker jeg kan gi ulike utfordringer for miljøarbeider i relasjon med pasienten. Der Nora i en lengre tid er tilbaketrukket og virker å være i dårligere psykisk form oppsøker man ikke Nora med spørsmål om gjøremål og aktiviteter, det ville ha vært en feilinntoning og Nora ville kanskje opplevd det som invaderende. I slike perioder kan det være lett å glemme Noras bedre perioder. Det er viktig at personalet ikke blir fastlåst i dette mønsteret og forsøker hele tiden i møte med Nora og møte henne uten forutinntatthet. Man må hele tiden tilpasse seg her og nå-situasjonene i samspillet med Nora. Etter mitt syn må man være oppmerksom i de situasjonene der Nora er svært oppsøkende og pratsom. Det er viktig at pasienter ikke sykelliggjøres og at man vektlegger personen, det er noe friskt i alle.

Nora kan av og til være opptatt av at man skal være i et heterofilt forhold, hun snakker nedverdiggende om homofile og mener det er imot det kristelige samfunnet. I den forbindelse spurte hun meg en gang om jeg var homofil, jeg svarte da at jeg var gift med en mann. Nora aksepterte dette og for meg virket det som hun følte seg tryggere og kunne nærme seg meg. I følge selvpsykologien trenger man ikke alltid være enig i det pasienten

sier og uttrykker. Jeg fikk i etterkant av denne hendelsen en følelse av at ”kanskje Nora tenker at jeg har noe imot homofile også? At vi tenkte likt rundt dette temaet?”. Man skal vise empati med pasienten, men en god empatisk inntoning er ikke alltid å være enig i alt det pasienten sier og mener. En god empatisk inntoning er å kunne løftet sitt blikk, være redelig og tenke over hva som er en god moral og man må samtidig kunne balansere. En skal ha klargjort for seg hvilket grunnsyn man har i forhold til menneskesynet (Årseth og Johannessen, 2013). Jeg som miljøarbeider skulle heller ha akseptert hennes standpunkt, men forklart at jeg ser dette i et annet lys og vi kunne ”blitt enig i å være uenig”. Kanskje dette også ville ha vekket noe i Nora som kan se på personalet som et idealiserende selv og være med på opprettholdelse av hennes tripolare selv og hennes selvsammenheng (Karterud, 2005).

Samtidig virket denne hendelsen på meg i etterkant som noe privat, ”Hva har Nora med mitt private liv å gjøre? Hva spiller det for noen rolle hva min legning er i samspillet mellom meg og henne?”, man må kunne sette grenser og skille mellom det å være personlig og privat. Det kan også være viktig med tanke på å beskytte seg selv som fagperson da det kan senere bli brukt innhentet data mot personalet.

### ***4.3 Sykepleieroppgaver sett i lys av selvpsykologien***

Nora misliker sterkt depotinjeksjoner, jeg opplever at de paranoide vrangforestillingene øker i forbindelse med dette. Hun blir mistenksom og det oppleves som hun tror at jeg jobber imot henne. Det kan virke som Nora opplever depot som et overgrep, likevel godtar hun det. Jeg undres om det kan være en retraumatisering av overgrepene som skjedde i barndommen. Men at hun allikevel godtar å få depoten frivillig vil kanskje si noe om hvor skjør og fragmentert hun er. Jeg ville for eksempel aldri godtatt å gå frivillig inn i en retraumatisering gjentatte ganger. Ut i fra det jeg har opplevd i samspill med Nora, er dette noe man må være oppmerksom rundt. Alt som Nora uttrykker rundt depot er at det skal stanses, derfor er det viktig at miljøarbeider bærer hennes stemme og at hun føler seg hørt. Jeg stiller meg undrende til at dette aldri tidligere har vært tatt opp med lege og undersøkt videre om det er andre alternativer til depotinjeksjon. Ifølge selvpsykologien er dette et uheldig samspill der det er manglende empati og feil inntoning av personalet (Urnes 1997).

Selvpsykologien er en ikke-dirigerende tilnærming, hva når vi som miljøarbeidere opptrer dirigerende ovenfor pasienten? Miljøarbeider er med på å opprettholde fragmenteringen og psykosen. Det kan hende Nora opplever disse situasjonene som invaderende og krenkende

og kroppen reagerer med å gå inn i psykosen. Om jeg skal forsøke å forstå Nora tolker jeg det dit hen at dette kan gi en form for mistillit og hun har vansker med å opprette trygghet til sykepleier.

Når det gjelder depotsetting og at Nora sier til meg at jeg kan bestemme tidspunktet for depot vil jeg se dette i lys av hva Vatne (2006) beskriver som viktig i subjekt-subjekt-relasjonen. I denne hendelsen er det mulig at jeg som miljøarbeider blir subjektet som vurderer klientens opplevelser og behov. Denne posisjonen kan gi meg som miljøarbeider en uheldig myndiggjøring i situasjonen og en form for makt. En makt som ligger i at jeg bestemmer og definerer Noras behov.

Slik jeg ser det viser Nora til at hun ikke vil ha depotinjeksjon da hun til stadighet noen dager før depotsetting blir mer innestengt og oppsøker basen mindre og mindre når det nærmer seg depot. Det virker da som det er en svikt i selvobjektrelasjonen og Nora kan bli desto mer psykotisk og fragmentert. Det er ifølge Karterud (2005) og Hartmann (2000) der kilden til all psykopatologi ligger. Det kan derfor virke som om miljøarbeider er med på å bidra til opprettholdelse av psykosen. En opprettholdelse av den med mangelfull empati og inntoningssvikt.

Det er i følge selvpsykologien viktig at pasienten føler seg forstått. Nora ønsker at vi som personal skal kunne forstå henne med at depotinjeksjon gjør henne vondt og det virker for meg som om hun uttrykker at hun er redd den, hun vet kanskje ikke helt hva det er? Jeg kan ikke tenke ut i fra det jeg tenker om det å få sprøyte, da er jeg ikke empatisk inntonet i forhold til pasienten, men tenker ut i fra mitt eget synspunkt. Det er viktig at jeg setter meg selv utenfor og prøver å se Nora innenfra, hvordan og hvorfor føler hun det slik rundt depot? Det er jo noe som er ment for å hjelpe henne.

Jeg tenker ut i fra mine erfaringer, forforståelse og eventuelle bekymringer som kan dukke opp om Nora nekter sin medisin. Kohut mente at empatisk inntoning og lytting var viktig for at pasienten leges og at en måtte plassere seg i den andres utkikstårn. Derfor skulle jeg opparbeidet en likeverdig relasjon mellom Nora og meg, en relasjon der en bidrar like mye. Jeg kunne for eksempel ha satt meg ned hos Nora og tonet inn i de følelsene hun viser. Der hun forteller at depoten gir henne angst, det er slanger som sprøytes inn og så videre. I stedet er jeg der i ens ærend for å gjøre en oppgave jeg har fått utdelt av hennes

lege og jeg tenker at den hjelper henne. Jeg som miljøarbeider er ikke empatisk mot Nora og jeg er med på å opprettholde et dysfunksjonelt forhold mellom henne og personalet, der hun føler hun må være kontinuerlig på vakt og der en opprettholder hennes psykose og forverrer hennes psykopatologi, der det i verste fall kan bidra til at pasienten kommer inn i en kataton fase som er påvirket av miljøarbeiderens paternalistiske handlinger.

#### **4.4 Økt Vitalitetsaffekt**

Noen ganger klarer personalet å motivere henne til å være med på biltur og reiser til butikken sammen med miljøarbeider. Det virker som det har skjedd noe positivt i samspillet forut disse hendelsene, der personalet har møtt Nora med empati og affektinntoning, disse hendelsene sees på som vekstfremmende for Nora. Jeg opplever at hun får mer selvsammenheng og at man møter henne på det tripolare selvet og Nora får en selvobjektsoverføring (Karterud 2005). Igjennom empatisk lytting og affektinntoning ønsker man i følge Urnes (1997) at pasienten skal gradvis kunne føle seg mer hel og oppleve selvsammenheng.

Nora kan noen ganger sette seg ned og prate, og det kan tilsynelatende virke som hun fører en helt vanlig samtale. Det oppleves som hun synes disse stundene er givende og hun forteller mye om seg selv og spør helt vanlige spørsmål til meg. Nora kan også fortelle om en del vonde opplevelser fra barndommen. Nora kan være veldig skeptisk til andre og kan ha oppfatning om at omverdenen er truende og skremmende.

I disse samspillene kan det virke som om Nora opplever en grad av selvsammenheng, dette skal også gi vitalitetsaffekt. Jeg opplever at hun i disse stundene klarer å prate om sine negative opplevelser som har skjedd i livet hennes og det virker som hun klarer å regulere sine affekter og følelser (Urnes 1997).

Slik jeg ser det kan det hende miljøarbeider klarer å finne riktig affektinntoning i disse stundene med Nora, det handler om å akseptere hennes følelser, være i en lyttende posisjon og være tilstede og møte henne med empati og varme, en skal glemme sitt eget (Joe og Crosland, 2001 og Pitkänen et al., 2008). Personalet klarer kanskje å speile Nora, noe som igjen gjør at hun tør å gi av seg selv og føler at hun blir sett på som betydningsfull av andre objekt, og sammen så opplever man en form for felleskap. I disse samspillene kan det

hende Nora idealiserer miljøarbeider, hun kan få en følelse av å være med noen som gir henne trygghet, tillit og en hun kan stole på. Det kan muligens være slik at hun føler en viss grad av likhet med den andre, det tvillingsøkende selvet. Kanskje Nora føler en større forankring med seg selv og føler dermed tilhørighet.

Pasienten kan noen ganger spørre om bistand og hjelp til å vaske og lignende inne i sin leilighet, dette er også noe personalet pleier å spørre henne om. Det oppleves som om Nora har lang latenstid på å svare på slike spørsmål, men hun kan ofte komme tilbake en times tid etterpå å spørre om hun fortsatt kan få hjelp og bistand. Det er dessverre slik noen ganger at personalet blir opptatt med andre pasienter eller uforutsette hendelser i mellomtiden, en blir syke og så videre. Det har hendt seg at det har vært annet personal på basen når hun kommer tilbake for å takke ja for bistand. Jeg opplever det slik at Nora da blir litt forvirret og oppgitt over at det er nytt personal på basen, den som spurte henne om å bistå med hjelp er ikke der lengre. Kohut mente at riktig håndtering av selvobjektssvikt kunne føre til en forvandlerende internalisering, som når barnet pludrer med boka, som nevnt i teoridelen. Det kan tolkes slik at Nora ikke enda opplever optimal frustrasjon rundt disse situasjonene, om hun hadde opplevd det tror jeg at hun ville ha akseptert en ny person og tenkt at det nye mennesket kunne ha utført arbeidet på samme vis som den hun avtalte det med. Når Nora klarer å akseptere en ny person i slike uforutsigbare hendelser kan en sammenligne med at hun har fått bygget opp sin psykiske struktur rundt dette og økt sin psykiske robusthet (Karterud 2005).

## 5.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å se nærmere på ” Hvordan kan miljøarbeider skape en relasjon med pasient med utgangspunkt i en selvpsykologisk tilnærming?”.

Ved stor omsorgssvikt i barndommen og stor grad av selvobjektssvikt kan det føre til fragmentering og psykopatologi. At pasienten har tap av vitalitetsaffekt er en konsekvens av den kontinuerlige fragmenteringen. Det å i lengre tid oppleve mangel på nære relasjoner kan være en stor sammenheng i dette. Hjelpeapparatet er pasientens viktigste holdepunkt for å eventuelt gjenvinne selvsammenheng og finne vitalitetsaffekt. Dette kan for eksempel gjøres med at miljøarbeider må være hennes selvobjekt i samspillet.

Å ikke ha blitt møtt og anerkjent kan føre til at pasienten har store vansker med å uttrykke behov og gi uttrykk for sine vansker og problemer. Dette kan føre til konsekvenser som at pasienten stenger seg inne i seg selv, opplever omverden som lite empatisk og lyttende, dette kan føre til at personalet igjen ikke oppsøker pasienten som hun kanskje ønsker og pasienten vil få mindre bistand og oppfølging. Det utvikles en form for misforhold i mellom pasienten og hjelpeapparatet.

I samspillsituasjoner må en alltid tilpasse seg sin formidling og inntoning etter pasienten. En skal kunne høre på det pasienten har å si og skal ikke reagere med avvisning og irritasjon, dette kan føre til at pasienten skjuler enkelte typer følelseshistorier og tanker. Dette kan føre til at pasienten blir innesluttet og kan danne et falskt selv.

Det er viktig å legge sin forforståelse til side og være bevisst over den, dette for å kunne sette seg selv i pasientens utkikstårn for å mest mulig kunne forstå pasientens opplevelsesverden. Pasienten kan oppleve en større selvsammenheng og få en opplevelse av å kjenne på et styrket selv om man gir pasienten mulighet til å reflektere selv rundt hendelser og få følelsen av å eie sine egne følelsesuttrykk.

Det er viktig å høre og anerkjenne pasientens stemme. I de situasjonene hvor det kan virke som miljøarbeider har inntatt en dirigerende rolle kan dette være med å skape mistillit mellom pasient og personalet, samtidig kan dette være en destruktiv utvikling i forhold til pasientens selvsammenheng, da dette kan bidra til å opprettholde et fragmentert selv. Det

er viktig at jeg som sykepleier setter meg inn i historien til pasienten min og stiller meg undrende til hvorfor dette kan oppleves som en vanskelig situasjon å håndtere for pasienten, er det for eksempel noe bakenforliggende i pasientens liv.

Gjennom empatisk lytting og affektinntoning ønsker man at pasienten gradvis skal kunne føle seg mer hel og oppleve selvsammenheng. Det er viktig å hjelpe pasienten med å finne vitalitetsaffekt, dette kan for eksempel gjenvinnes ved hjelp av selvobjekter. Desto mer selvsammenheng pasienten opplever, desto mer vil pasienten føle på tilhørighet og en større forankring med seg selv.

For å kunne hjelpe mennesker med kroniske psykiske lidelser krever dette kontinuitet blant miljøarbeider. I helsesektoren i dag opplever man at det kommer nye vikarer og mennesker inn som skal jobbe eller praktisere i kortere perioder, det er viktig å ha med seg at en da praktiserer seg på sårbare mennesker som kan trenge lang tid til å bygge allianse og tillit til andre mennesker. Det kan også være viktig at en på samme arbeidsplass jobber mot felles mål og ut i fra samme tilnæringsmåter, der det i dag kan være en del diskontinuitet i dette, dette kan være på grunn av ufaglærte som trer inn i rollen hos en fast ansatt som er sykemeldt og lignende.

Dette kan være en pasientgruppe som ikke høres mest i samfunnet vi lever i. Derfor er det viktig at miljøarbeider oppfatter pasienten riktig og eventuelt bærer stemmen videre. Jeg ser helt klart at det trengs mer forskning på området, da dette er et tema det bør skapes mer kunnskap om.



## Referanseliste

- Bråten, Stein. 2014. *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. 2. utgave. Oslo. Universitetsforlaget.
- Cullberg, Johan. 2009. *Psykosser – et integrert perspektiv*. 2. utgave. Oslo. Universitetsforlaget.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2012. *Perspektiver op psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.
- Hartmann, Ellen. 2000. "Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi." I *Psykoterapi og psykoterapeileidning*, Arne Holte, Geir Høstmark Nielsen og Michael Helge Rønnestad, red., s. 17 – 44. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. 2011. *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kai, Joe og Ann Crosland. 2001. "Perspectives of people with enduring mental ill health from a community-based qualitative study". *British Journal of General Practice*, 51, 730-737.
- Karterud, Sigmund. 2005. "Heinz Kohuts selvpsykologi." I *Selvpsykologi – utviklingen etter Kohut*, Karterud, Sigmund og Jon T. Monsen (red). Kapittel 1. 4. Opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Malterud, Kirsti. 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utgave. Oslo: universitetsforlaget.
- Pitkänen, Anneli, Heli Hätönen, Lauri Kuosmanen og Maritta Välimäki. 2008. "Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of live in acute psychiatric ward: A qualitative study". *International journal of Nursing Studies*, 45, 1598-1606.
- Urnes, Ø. 1997. "Utviklingspsykologi og selvpsykologi." I. *Selvpsykologi*, Sigmund Karterud, og Jon T. Monsen, red., s. 64 – 89. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Årseth, Anne L. og Berit Johannessen. 2013. "Opplevelsen av å få og leve med en psykiatrisk diagnose". *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* vol.10: nr.1: 25-35.