



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan forstå og tilnærme seg pasient med spiseforstyrrelse ved bruk av det selvpsykologiske perspektivet?

Jeanette Hustadnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 16.04.2016



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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Solrun Brenk Rønning

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: 16.04.2016

Antall ord: 10126

Forord

Hun blir synlig ved å forsøke å gjøre seg usynlig.

Hun forsøker å bli noen ved å bli ingenting.

Hun viser en engels ansikt og en konsentrasjonsleirfanges kropp.

Hun er flinkest og hun er sykest.

Hun er svært interessert i mat, men spiser den ikke.

Hun kommer til behandling, men vet ikke om hun vil ha hjelpen.

Hun kan ta grådig for seg, for å så kaste det ut igjen.

Hun kan klamre lengselsfullt til moren, for å støte henne vekk igjen.

Hun ofrer seg for andre, for å redde seg selv.

- Finn Skårderud

Sammendrag

Denne oppgaven handler om mitt første møte med Kristin, en ung jente med en alvorlig form for spiseforstyrrelse som var innlagt på en ungdomspsykiatrisk sengepost hvor jeg hadde min praksis. Jeg hadde ingen kjennskap til Kristin før dette møtet og jeg hadde lite erfaring med behandling av spiseforstyrrede.

Jeg vil i denne oppgaven komme med litt teori om spiseforstyrrelser, her hovedsakelig om anoreksia nervosa, men oppgaven min vil til tross for dette først og fremst handle om mitt første møte med Kristin og hvordan jeg ved å bruke det selvpsykologiske perspektivet har forsøkt å forstå dette møtet. Grunnen til at jeg har valgt å benytte meg av selvpsykologien er at det perspektivet er opptatt av empati og inntoning for å oppnå en relasjon, og for å hjelpe pasienten til å få bedre innsikt til seg selv og sine relasjoner.

Jeg vil gå nærmere inn på ulike selvpsykologiske begreper som jeg synes er relevante for å belyse dette møtet, og som jeg synes er relevante for å finne ut av hva som kan være årsakene til at det gikk som det gikk. Jeg vil også forsøke å bruke det selvpsykologiske perspektivet for å finne ut hvilken relasjon maten kan være for Kristin, samt for å finne ut om hva de ulike anorektiske symptomene kan bety for henne. Dette for å kunne klare å forstå Kristin, og ut i fra det forsøke å finne ut hvordan jeg kunne tilnærmet meg henne for å få bygd opp en likeverdige og betydningsfull relasjon oss imellom.

Det jeg ønsker å finne svar på i oppgaven er, «*Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider forstå og tilnærme meg pasient med spiseforstyrrelse ut i fra et selvpsykologisk perspektiv?*»

1.0	Introduksjon	1
1.1	Redegjørelse av litteratursøk	3
1.2	Problemstilling	4
1.2.1	Avgrensing	4
2.0	Teori	5
2.1	Psykiske lidelser blant ungdom	5
2.2	Anoreksia Nervosa	5
2.3	Selvpsykologi	6
2.4	Empati	7
2.5	Affektinntoning	7
2.6	Vitalitetsaffekt	8
2.7	Selvet og kjerneselvet.....	9
2.8	Det tripolare selvet	10
2.9	Selvregulering og selvsammenheng	11
2.10	Selvobjekt	11
2.10.1	Selvobjektssvikt	12
2.11	Overføring og motoverføring	12
2.12	Motstand	13
2.13	Selvpsykologi og spiseforstyrrelser.....	14
2.14	Brukermedvirkning	15
3.0	Empiri	16
4.0	Diskusjon	18
4.1	Hvordan forstå det første møtet?	18
4.2	Hvordan få Kristin til å spise uten å være invaderende?	21
4.3	Hvordan forstå Kristins forhold til mat gjennom selvpsykologien?	22
4.4	Overføring og motoverføring	25
4.5	Motstand	27
4.6	Hva kunne jeg gjort videre?	27
5.0	Konklusjon	29

1.0 Introduksjon

Jeg arbeider til daglig med rusavhengige voksne, og jeg har i løpet av min arbeidshverdag lagt merke til at det er flere jenter/kvinner som har en form for spiseproblematikk. Jeg har oppdaget at mange synes at temaet spiseforstyrrelse er vanskelig å ta opp med de innlagte pasientene, noe som gjør at jeg har valgt å fordype meg i dette feltet. Selv om jeg har valgt å skrive om ungdom i oppgaven, da jeg fikk min erfaring rundt temaet i praksis, kan jeg likevel ta mye av tilnæringsmåten med meg tilbake til min arbeidshverdag.

Jeg har valgt å skrive denne oppgaven ut i fra et selvspsykologisk perspektiv. Grunnen til det er at jeg er opptatt av det relasjonelle, noe som står svært sentralt i selvspsykologien. Jeg forsøker i min arbeidshverdag å møte pasientene jeg omgås der de er den dagen, og selvspsykologien handler først og fremst om dette, det å komme inntil og forstå den andre gjennom inntonning og empatisk tilnærming.

I oppgaven tar jeg utgangspunkt i praksisperioden på videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg var på en ungdomspsykiatrisk sengepost som hovedsakelig tar imot ungdom mellom 12 og 18 år. Jeg møtte pasienter med forskjellige psykiske lidelser. Eksempler på dette var psykoser, spiseforstyrrelser, depresjon, schizofreni, suicidalitet og selvskading. Anoreksi som var den psykiske lidelsen som jeg møtte oftest. Dette var noe som satt i gang en del refleksjoner i meg, med tanke på hvor høyt kroppsfokus og hvor viktig det er å være perfekt i dagens samfunn.

I Haugsgjerd et al. (2009), kan man lese at når man arbeider med barn/ungdom som har psykiske vansker, kan det oppleves som vanskeligere å bruke de tradisjonelle diagnosene/kriteriene som en bruker hos psykiatriske diagnoser hos voksne, da årsakene til mange ungdommers psykiske lidelser gjerne er sammensatte av flere ulike årsaker. Eksempler på dette kan være samspillet mellom ungdommens sosiale strukturer, biologisk betinget sårbarhet og ulike psykologiske faktorer. Dette er noe jeg også opplevde i løpet av min praksisperiode. Jeg opplevde at ungdommene som var innlagt var i en svært sårbar fase av livet, gjerne i begynnelsen av tenårene, en fase hvor en skal gå fra barn til voksen.

Det finnes ulike forskningsartikler om spiseforstyrrelser, og en kan i artikkelen «mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders», lese at anoreksi er den dødsårsaken som ligger på tredje plass over vanlige dødsårsaker blant unge kvinner i Europa. Dette er noe som gjør det viktigere å sette fokus på denne problematikken, spesielt da en kan se at det er mange unge som lider av denne sykdommen. I artikkelen kan man lese at alvorlige spiseforstyrrelser har en betydelig forhøyet dødelighet, hvor anoreksi er den som ligger høyest. En kan se at det er selvmord, hjertesvikt og underernæring som er de mest vanlige dødsårsakene som er foranlediget spiseforstyrrelser.

Barn og ungdom med spiseforstyrrelser kan ofte oppleves som ensomme og de kan gi uttrykk for at de ikke ønsker den hjelpen de blir tilbudt (Hertz 2011), noe som jeg også opplevde i praksis. En pasient som jeg møtte i min praksis, og som jeg i denne oppgaven vil omtale som Kristin, ga stort sett hele tiden uttrykk for at alt var fint. Hun var pliktoppfyllende, men holdt seg mye for seg selv i den tiden hun ikke måtte være i fellesområdene i forbindelse med måltidene. Hun snakket lite om seg selv, og ønsket ikke si noe om hvordan hun hadde det eller om spiseproblematikken.

Dette er noe som gjør at jeg ønsket å skrive om dette temaet, for å prøve å finne alternative tilnæringsmåter som jeg kunne brukt for å få en trygg og god relasjon til Kristin.

I følge Andersson i Hertz (2011), består den anoretiske prosessen av flere motstridende tanker hos den spiseforstyrrede. En kan se at den syke på den ene siden ønsker en form for tilknytning, men at den på den andre siden føler en trang til å være uavhengig og ønsker selvkontroll. Vedkommende ønsker helst ikke at noen blander seg inn i deres situasjon, men på den andre siden så er der et ønske om å få så mye tillitt til andre at det er visst akseptabelt å slippe noe av denne kontrollen slik at ønsket om å få tilbake livet vender tilbake (Hertz 2011). På bakgrunn av dette kan man se at selvpsykologien kan være et godt perspektiv å bruke, for å forsøke å bli en «betydningsfull annen» for den syke, dette ved hjelp av inntoning og empatisk tilnærming.

1.1 Redegjørelse av litteratursøk

Jeg startet med å søke i databasen PubMed, hvor jeg først prøvde søkeordet Anorexia nervosa, jeg fikk da 13683 treff. Jeg innsnevret så søket ved å legge til self psychology and adolenscent, hvor jeg fikk snevret inn søket til 804 treff. For å finne den nyeste litteraturen søkte jeg på artikler lagt ut de siste 5 årene, noe som gjorde at det ble treff på 186 artikler. Jeg gikk videre med å legge til søkeordet therapeutic alliance, og det ble da funnet 5 artikler. Jeg gikk igjennom disse, men ingen av dem passet til min problemstilling.

Jeg forsøkte så databasen PsykInfo, hvor jeg startet med det samme søkeordet, Anorexia nervosa, med 9429 treff og self psychology som ga 2428 treff. Når jeg kombinerte disse ordene, fikk jeg frem 10 artikler. Jeg fant en artikkel som heter «The contributions of selv psychology to the treatment of anorexia and bulimia». Denne artikkelen er fra 1998, noe som gjorde meg usikker på om jeg skulle bruke den. Jeg kunne ikke finne noen artikkel om spiseforstyrrelse og selvpsykologi fra de siste årene, men jeg vurderte likevel at den var relevant å benytte seg av i oppgaven, da begrepene som ble brukt i artikkelen fremdeles er gjeldende og den er beskrivende når det gjelder spiseforstyrrelser sett fra et selvpsykologisk perspektiv.

Jeg søkte så på helsebiblioteket hvor jeg fant en artikkel som ble publisert 27.09.2011 av PsykNytt, som handler om dødelighet blant alvorlig spiseforstyrrede pasienter. Artikkelen heter «Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders», og er en studie som analyserte alle artikler som ble utgitt mellom 1966 og 2010, som rapporterte om dødsrater blant pasienter med en eller annen form for spiseforstyrrelser.

Dataene de samlet inn ble hentet fra flere ulike databaser, som for eksempel PsycINFO, MEDLINE/PubMed og Embase. Jeg valgte å benytte meg av denne artikkelen for å vise alvorligheten ved spiseforstyrrelser, noe som gjør at det er viktig å ha fokus på dette temaet. I følge helsebiblioteket er studien utplukket av McMaster – universitetet i Canada som en relevant og pålitelig forskningsartikkel innenfor dette feltet.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider forstå og tilnærme meg pasient med spiseforstyrrelse ut i fra et selvpsykologisk perspektiv?

1.2.1 Avgrensing

Spiseforstyrrelser kommer i flere former som bulimi og overspisning, men jeg har i denne oppgaven valgt å begrense meg til Anoreksia Nervosa. Grunnen til dette er at det er den formen for spiseforstyrrelse som jeg hadde mest med å gjøre i løpet av min praksis. Jeg har også valgt å forholde meg til ungdom som er innlagt på en ungdomspsykiatrisk sengepost. Jeg vet også at det er en økende andel av unge gutter/menn om også har denne problematikken, men jeg har i oppgaven valgt å fokusere på jenter, da det var jenter jeg møtte med denne problematikken i praksis.

Jeg har valgt selvpsykologien, da denne terapeutiske retningen først og fremst handler om å komme inntil og forstå den andre gjennom inntoning og empati.

2.0 Teori

2.1 Psykiske lidelser blant ungdom

Barn og ungdom kan av mange ulike årsaker komme i en situasjon i løpet av oppveksten sin komme i situasjoner hvor de kan oppleve en fastlåst situasjon hvor de kan få behov for støtte for å komme seg videre i livet sitt (Hertz 2011). I følge helsedirektoratet må psykiske lidelser blant ungdom grenses av mot det som kan være normale utviklingsvansker, vanlige livskriver og omsorgsproblematikk. Dette er også noe som støttes opp av folkehelseinstituttet. I rapport 2009:8 – Psykiske lidelser i Norge, et folkehelseperspektiv, fra nasjonalt folkehelseinstitutt kan man lese at det omtrent er 8 % av Norges barn og ungdom som lider av en psykisk lidelse som oppfyller diagnostiske kriterier. Det står også at det hele tiden er omtrent 15-20 % som har psykiske vansker i den grad at det går ut over skole, gjøremål, sosialt samvær og trivsel. Symptomene ved psykiske vansker er som regel midlertidige og er ikke så intense som de med psykiske lidelser. En kan se i rapporten at omtrent hver tredje 16 åring i Norge vil oppfylle kriteriene for en psykiatrisk diagnose en gang i løpet av oppveksten (rapport 2009:8 – Psykiske lidelser i Norge, et folkehelseperspektiv).

2.2 Anoreksia Nervosa

I følge Skårderud (2004), finnes det to typer anoreksia nervosa. Det er ikke bulimisk (restriktiv) type, som vil si at personen ikke har gjentatte episoder med overspising, og bulimisk type, hvor personen har flere episoder med overspising.

I følge Hertz (2011), vises anoreksien gjerne gjennom unngåelse av mat, en kan se at noen bruker brekningsmiddel og/eller avføringsmiddel, gjerne i kombinasjon med svært mye fysisk aktivitet. De som lider av anoreksi har en stor redsel for fedme eller de er redde for å legge på seg, denne redselen er gjeldende til tross for at anorektikeren kan være svært undervektig. Dersom en har et vekttap på 15 % under forventet normalvekt i forhold til høyde og alder, kan man si at pasienten er anorektisk (Skårderud 2004).

En anorektiker begrenser hva og hvor mye han eller hun spiser, og vedkommende har ofte en forvrent opplevelse av hvordan kroppen ens ser ut.

En kan ofte knytte selvfølelse opp mot vekt og utseende og det er mange som begynner å sulte seg på grunn av slanking, men som etter hvert begynner å miste kontrollen over situasjonen (Skårderud 2004). Det er mest vanlig at en utvikler en anoreksi i tenårene, selv om det fins mennesker som får anoreksi senere, ofte i forbindelse med at det skjer dramatiske endringer i livet (Skårderud 2004). Det er også svært vanlig at pasienter med spiseforstyrrelser har en svært lav selvfølelse, og spiseforstyrrelsen blir gjerne en bekreftelse og en forsterkning av denne dårlige selvfølelsen (Skårderud 2004). Til tross for at mange spiseforstyrrede har en lav selvfølelse, kan man se at mange av dem gjerne markerer seg ved å hele tiden forsøke å være gode i idrett og med skolearbeid, noe som kan gjøre at omgivelsene ikke klarer å se hvordan den spiseforstyrrede egentlig har det (Karterud og Monsen 2002).

En kan også se at spiseforstyrrede skårer høyere enn normalbefolkningen på skaler for alexithmi, som er «uten ord på følelser». Det er noe som ofte gjør at spiseforstyrrede har det spesielt vanskelig med å sette ord på det de kjenner på og at de ofte skjærer seg fra egne følelser, da de gjerne oppleves som ukjente (Karterud og Monsen 2002).

Jeg har i denne oppgaven valgt å skrive om Anoreksi eller nervøs spisevegring som det også kalles.

2.3 Selvspsykologi

Selvpsykologien tar utgangspunkt i at vi alle sammen er sosiale vesener som i forskjellig grad trenger andre for at vi skal oppleve oss som et selvsammenhengende selv, dette gjelder gjennom hele livet. Vi som mennesker trenger og bruker andre, både bevisst og ubevisst for å regulere vår egen selvfølelse, noe som gjelder i alle de relasjonene vi har til våre medmennesker (Røknes og Hansen 2002). Grunnleggeren av Selvpsykologien, Kohut mente at vi som mennesker først og fremst ikke er drevet av et ønske om behovstilfredstillelse, men heller av en indre kraft som jobber med å skape mellommenneskelige erfaringer som kan være med på å vedlikeholde og utvikle menneskets oppfattelse av å ha et helt og sammenhengende selv. Den viktigste drivkraften vi som mennesker har er det ønsket vi har om å føle oss hele, verdifulle og forstått av andre. Det behovet vi har for å etablere tilknytning og kontakt med andre blir vurdert som en grunnleggende kraft for motivasjon (Hartmann 2000).

2.4 Empati

Empati er et sentralt begrep innenfor det selvpsykologiske perspektivet, og er en form for tenking som setter terapeuten i stand til å sette seg inn i pasientens subjektive opplevelser. En kan se på empati som en evne til å kunne plassere seg så konsekvent som mulig, kognitivt og emosjonelt i den andres sko (Hartmann 2000).

Det handler om å se opplevelsen i sin helhet, det vil si ikke bare affektene som motiverer en atferd, men også konflikters art og kompromisser som til sammen utgjør den totale selvpplevelsen (Karterud og Monsen 2002).

Empati innebærer altså at terapeuten prøver å forstå pasienten følelsesmessig fra innsiden, slik at pasienten igjen sitter igjen med en opplevelse av å forstå seg selv og andre (Hartmann 2000). Empati er en prosess som er preget av prøving og feiling, og det kan til tider oppleves som strevsomt for terapeuten (Karterud og Monsen 2002), men målet vil hele tiden være å styrke pasientens selvfølelse, opplevelse av sammenheng og mening. Dette ved at terapeuten benytter seg av empatisk lytting og forståelse (Hartmann 2000).

2.5 Affektinntoning

I følge Karterud og Monsen (2002), kan en se på affektinntoning som det første steget i en empatisk prosess. Affektinntoning er den evnen terapeuten har til å skifte oppmerksomhetsfokus fra atferden, til motivet bak atferden. Dette er noe som skjer førbevisst og raskt, på samme måte som intuisjon. En kan se på affektinntoning som en av nøklene som åpner døren inn til den andre personens indre verden (Karterud og Monsen 2002).

Det fins fire patologiske inntoningsstyper:

Selektiv inntoning: En kan se på selektiv inntoning som en måte for foreldre å forme barnet etter eget ønske. Dette gjøres ved å selektivt bekrefte eller tone inn visse typer følelsesopplevelser, mens de ekskluderer andre.

Ved denne inntoningsstypen risikerer barnet å utvikle et selv som er avhengig av andres forventninger. En kan se at en nærmest laget et «falskt selv» (Karterud og Monsen 2002)

Overinntoning: kan oppleves som en invadering og at selvet blir innvadert av omgivelsene det har rundt seg. En vet ikke helt hvem man er, og en får ikke plass, da den andre er verre eller bedre enn deg. En blir møtt på følelsen en har, men den andre tar over (Karterud og Monsen 2002).

Feilinntoning: innebærer en inadekvat respons til de følelsene som blir vist. Dette er noe som kan resultere i at vedkommende mister evnen til å ha sine egne affekter eller å analysere disse. En slik inntoning kan føre til at vedkommen de trekker seg inn i seg selv, dette i frykt for å bli fratatt sine egne følelser. Det kan også føre til en tendens til negative terapeutiske reaksjoner (Karterud og Monsen 2002).

Manglende inntoning: dersom et barn blir utsatt for manglende inntoning, får ikke barnet bekreftet sitt følelsesliv eller sin egne indre verden. En kan se at enkelte personer med schizotype lidelser beskriver noe av dette, en grunnleggende alenefølelse og at en føler seg forskjellig fra alle andre i verden. Når en person ikke blir møtt på sine egne følelsesmessige reaksjoner, kan dette resultere i at personen bygger opp sin egen verden, en verden med sin egen logistikk og sosiale regler (Karterud og Monsen 2002).

2.6 Vitalitetsaffekt

Vi har alle emosjoner som kommer til uttrykk i for eksempel glede, frykt, sinne eller lignende. Til motsetning for disse klare uttrykkene, er vitalitetsaffekten, eller livsfølelsen vår litt mer uklar. Vitalitetsaffekt handler for eksempel om den gode følelsen vi får når vi er sammen med noen vi er glade i, den gode følelsen vi får når vi hører på en sang som vi liker eller lignende. Disse følelsene er ikke så klare og tydelige som de vi kjenner på når vi for eksempel er sinte, men er likevel reelle følelser (Bråten 2004). Vitalitetsaffekt er tilstede i alle opplevelser og i alle typer situasjoner, og samme type vitalitetsaffekt kan oppstå ved ulike situasjoner. Eksempel kan være at den samme gode følelsen/pirringen en får av å sette på en sang som en liker, kan dukke opp ved følelsen av beruselse når en tar narkotika (Stern 2004).

2.7 Selvet og kjerneselvet

I følge Karterud og Monsen (2002), refererer selvet opplevelsesmessig til en form for følelse av eierskap, opprinnelse og sammenheng mellom egne tanker, handlinger og emosjoner. I teoretisk forstand hevdet Kohut at man kan forstå selvet som hele summen av individets selvrepresentasjoner.

«Kjerneselvet er det «sentrum» i seg selv som opplevelsesmessig ligger til grunn for at jeg overhode kan snakke om et selv i betydning av meg selv, mitt selv, som noe distinkt, særegent, atskilt fra andre, som har en enestående historie og et enestående perspektiv på verden.» (Karterud og Monsen 2002, 22).

Kjerneselvet er imidlertid ikke noe som er der fra begynnelsen av livet, men det har noen røtter eller forløpere fra tidlig av (Karterud og Monsen 2002).

I artikkelen «the contributions of self psychology to the treatment of anorexia and bulimia» står det at selvet er hele senteret for menneskets psykologiske univers, og at vårt selv er det vi referer til de gangene vi for eksempel sier «jeg føler/jeg gjør». Et menneske med et sunt selv vil kjenne på en følelse av å være hel og sammenhengende.

En kan se at en person som opplever selvet sitt som helt og styrket ved å ha oppnådd følelsesmessig tilknytning til andre, vil ha en større evne til å gi seg selv eller andre omsorg, til å motta omsorg fra andre. En kan også se at personen vil ha en større evne til å være empatisk med seg selv og andre, samt ha en mer utforskende væremåte og ha mer håp (Hartmann 2000).

2.8 Det tripolare selvet

Det grandiose selvet:

Det grandiose selvet er i sin arkaiske form, som verdens midtpunkt, sultent på oppmerksomhet og avhengig av bekræftende svar fra omgivelsene på det det har å vise frem, og har et beredskap for narsissistisk raseri om det blir tråkket på og ydmyket (Karterud og Monsen 2002, 23)

Det grandiose selvet vil ha forskjellig utforming hos hver enkelt og det blir senteret for personens ambisjoner. Dersom det grandiose selvet får en slags svikt i modningen, kan dette resultere til at vedkommende for eksempel kan hengi seg til urealistiske prosjekter som samfunnet oppfatter som lite relevante. Denne grandiositeten kan enten tappe personen for energi ved at en hele tiden må forsøke å fortrenge den, eller den kan vise seg på en måte som vedkommende ikke tar ansvar for og som ikke hører sammen med resten av vedkommendes personlighet (Karterud og Monsen 2002).

Det idealiserende selvet:

Det idealiserende selvet handler om følelse av å bli holdt oppe av noe som er større enn seg selv. Noe som kan skape trygghet og tillitt. Det å kunne støtte seg til noen andres visdom og kunnskap, samt det å kunne vite at egne normer og idealer er forankret i ens identitet. Dersom det idealiserende selvet er modent, vil det idealiserende selvet fungere som ens etiske forankring. I arkaisk form vil det idealiserende selvet fremtre som et savn etter å ha noen å lene seg til og vedkommende vil lete etter ytre forankringspunkter som kan bekrefte ens verdier. For eksempel kan ulike religioner trekke til seg personer som har idealiserende behov (Karterud og Monsen 2002).

Det tvillingssøkende selvet:

Det tvillingssøkende selvet gjenspeiler det behovet vi mennesker har for å finne noen som kan bekrefte oss ved sin likhet, slik at en gjennom denne personen kan forankre viktige deler av seg selv. Kohut knyttet det tvillingssøkende selvet opp mot våre talent og ferdigheter. I det daglige kan dette behovet for eksempel vise seg gjennom nære venner eller kjæledyr (Karterud og Monsen 2002).

2.9 Selvregulering og selvsammenheng

I følge Schlüter og Karterud (2002), så handler selvregulering eller selvfølelsesregulering om det en person gjør for å føle seg selv mer beroliget, eller stimulert. Dersom en person skal kunne føle seg sammenhengende og ha en god selvfølelse, må personen sin atferd og tanker ikke være for avvikende fra egne ego-idealene (Schlüter og Karterud 2002).

2.10 Selvobjekt

Begrepet selvobjekt henger sammen med empati som observasjonsmåte. Et ytre objekt kan man observere, se og høre. Et selvobjekt kan ikke veies eller måles. En kan si at et selvobjekt er de viktige andre, de menneskene, dyrene, organisasjonene eller lignende som gjør at et menneske føler seg helt.

«Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idètradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv» (Karterud og Monsen 2002,18).

Selvobjektet er en blanding av indre og ytre objekter. Det vil si at et selvobjekt kan være noe helt fysisk, eller noen i den ytre verden som gjør noe for vedkommende, eller det kan dreie seg om en tilstedeværelse (Karterud 2002).

Det ifølge selvpsykologien finnes det tre typer selvobjekt:

Speilende selvobjekt: viser til de behovene vi som mennesker har for å få bekreftet vår selvstendighet. Dette handler blant annet om det å bli sett, bli anerkjent, bli likt og bli forstått (Røknes og Hanssen 2002). Dette kan for eksempel være foreldrene våre i oppveksten.

Alter – ego selvobjekt (tvillingssøkende): er et behov som vi mennesker har som kommer frem gjennom ønsket om å være lik noen andre, det å blant annet kunne dele likedannde tanker, erfaringer og opplevelser (Røknes og Hanssen 2002).

Det er noen som er lik deg og som gjør at en dermed kan oppleve en bekreftelse på egen eksistens gjennom dette.

Idealiserende selvobjekt: behov som viser seg gjennom ønsket om å søke trygghet ved å kunne lene seg til noen andres styrke, en styrke som en selv ikke har på det tidspunktet. En ønsker noen å se opp til, som ikke nødvendigvis er andre mennesker, men kan være religion eller ulike organisasjoner (Røknes og Hanssen 2002).

Dette behovet kan også komme til uttrykk i form av at vi ønsker tilbakemelding fra andre, blant annet i form av trøst, råd og vurderinger (Røknes og Hanssen 2002).

2.10.1 Selvobjektssvikt

Uansett hvor mye vi som terapeuter viser empati og anstrenger oss for å forsøkte å møte pasienten der den er, vil vi oppleve å svikte den andres behov for å bli forstått og tatt hensyn til. Dette kan skje ved at vi blir syke, tar ferie, er uoppmerksomme, misforstår eller lignende. Selv når vi er på vårt mest årvåkne og kreative, vil vi kunne oppleve at våre anstrengelser ikke er nok. Dette kan fra pasientens side oppleves som selvobjektssvikt, en opplevelse som kan variere mellom en knapt merkbar endring av tema, til stormende bebreidelser (Karterud og Monsen 2002). Vektleggingen og måten en håndterer selvobjektssvikt er nok det som skiller den selvpsykologiske terapiretningen fra andre former for terapi. Det som kan være sammenlignbart med andre terapiformer at selvobjektssvikt kan true alliansen mellom pasient og behandler, den kan lede til en negativ terapeutisk reaksjon og eventuelt også føre til brudd av behandlingen (Karterud og Monsen 2002).

2.11 *Overføring og motoverføring*

I følge Hartmann (2000), kan man se på overføring som et fenomen som man kan se i alle mellommenneskelige samspill. Overføring vil si alle de holdningene og følelsene som pasienten har ovenfor en terapeut, og som egentlig er gjentakelser av reaksjoner og følelser som ubevisst pasienten har hatt til personer som vedkommende har møtt tidligere i livet. Overføring handler dermed om at de relasjonene som pasienten har hatt tidligere i livet, og de følelsene pasienten har hatt knyttet til disse relasjonene, aktualiseres og utspiller seg «her og nå», i møtet med terapeuten (Zachrisson 2012).

Motoverføring handler på den andre siden om hvordan terapeuten forholder seg til pasienten. Det handler om de reaksjonene og følelsene, bevisste og ubevisste som pasienten vekker hos terapeuten. I den opprinnelige betydningen er motoverføring noe som forstyrrer terapeutens vanlige væremåte (Zachrisson 2012).

2.12 Motstand

I følge Hartmann (2000), er begrepet motstand sentralt i den selvpsykologiske teorien. Motstand kan vise seg på flere forskjellige måter, fra for eksempel bevisst tilbakeholdelse av informasjon, eller som en mer ubevisst fortrenging eller utagering. En kan se på motstand som pasientens beskyttelse mot å måtte møte ubehag (Hartmann 2000). Kohut var opptatt av at en ikke måtte se på motstand på som pasientens motstand mot å bli frisk, men at pasienten benyttet seg av motstand for å unngå retraumatisering. Det vil si at dersom terapeuten opplever at motstand oppstår og at det gjentar seg, så må man se på dette som et signal på at terapeut har aktivert følelser hos pasienten som oppleves som ubehagelige eller smertefulle. Eksempler på dette kan være skam, angst og skyld (Hartmann 200). Dersom en som terapeut opplever dette, vil vår oppgave være å utforske de faktorene som utløser dette ubehaget, og en kan se at ofte kan en slik motstand tyde på en svikt ved den empatiske tilnærmingen til terapeuten, noe som kan ha gjort pasienten utrygg. Det er for terapeuten her viktig å utforske denne svikten, slik at en sammen med pasienten kan gjenoppta den terapeutiske prosessen med mindre motstand fra pasienten. Slike oppklaringer er en viktig del av denne prosessen (Hartmann 2000).

2.13 Selvpsykologi og spiseforstyrrelser

Det selvpsykologiske perspektivet er svært aktuelt i møte med pasienter med spiseforstyrrelser. I følge Skårderud (2004) er kjernemetajoren i spiseforstyrrelser at den syke ikke kjenner seg som hel, og at vedkommende kan kjenne seg som en fremmed ovenfor seg selv. En kan se på symptomet på spiseforstyrrelsen som en form for relasjon, både til seg selv, men også som det som definerer vedkommende i forhold til andre. Selvpsykologiens begreper er hensiktsmessige å benytte seg av når en skal møte mennesker som har en form for spiseforstyrrelse. Grunnen til dette er blant annet at selvpsykologien sier at et grunnleggende behov for alle mennesker er selvfølelse og et sammenhengende selv.

Ved hjelp av selvpsykologien kan man forsøke å forstå symptomene som et forsøk på å fremme selvfølelse og som et forsøk på å bli «hel». Selvpsykologien vektlegger også i stor grad empati i det terapeutiske arbeidet, noe som er sentralt i møte med pasienter som har en spiseforstyrrelse. Dette fordi at empati i stor grad legger vekt på å forsøke å forstå pasientens egne opplevelser, noe som er en aktuell problemstilling i møte med den spiseforstyrrede, da de ofte trenger hjelp til å forstå sine egne subjektive opplevelser (Skårderud 2002). I artikkelen «The contributions of self psychology to the treatment of anorexia and bulimia», kan man lese at selvpsykologien er et godt perspektiv å bruke i møte med mennesker som har spiseforstyrrelser og det er et godt perspektiv å bruke for å forstå den sykes forhold til mat. I artikkelen står det at det som er spesielt med dette perspektivet i møte med den spiseforstyrrede, er at terapeuten er ute etter å være det selvobjektet som pasienten trenger der og da, og at terapeuten forsøker å møte pasienten med empatisk tilnærming.

En kan se at det for oss som helsearbeidere i møte med spiseforstyrrede kan finne det utfordrende å hele tiden være empatisk i møte med disse pasientene, spesielt med tanke på de destruktive mønstrene. Det kan være vanskelig for oss å vise empati ved de store gledene og triumfen den spiseforstyrrede gjerne føler når de har gått mer ned vekt. I følge artikkelen er det ikke naturlig at vi som terapeuter skal være empatisk ved absolutt alle følelser eller oppførsel hos pasienten.

Dersom den terapeutiske relasjonen er etablert ved hjelp av grunnleggende empatisk tilnærming, forståelse og anerkjennelse, bør dette være tilstrekkelig for at det skal kunne skape vekst hos pasienten, til tross for at det ikke er mulig for oss som psykisk helsearbeidere å være empatisk ved alle aspekter hos pasienten.

2.14 Brukermedvirkning

I arbeidet med mennesker som har en spiseforstyrrelse er det viktig å kunne hjelpe vedkommende innenfor de rammene som er satt. Dermed er brukermedvirkning sentralt for å kunne gjøre dette. Brukermedvirkning handler om at hver enkelt bruker selv skal kunne få være med på å virke inn på utformingen av behandlingstilbudet vedkommende får.

Hensikten med brukermedvirkning er at det tilbudet som brukeren får, skal være med på å fremme personens selvstendighet og være med på å gi brukeren en følelse av mestring (Storm 2009). Målet med brukermedvirkning er å sikre at pasienten får innflytelse på sin egen behandling, slik at vi retter fokuset mot pasientens ressurser, deltagelse og rettigheter, i stedet for å tenke at de ikke skal ha innflytelse på egen behandling (Storm 2009).

3.0 Empiri

Narrativet er hentet fra en ungdomspsykiatrisk sengepost, som hovedsakelig tar imot ungdom mellom 12 – 18 år.

I denne sengeposten møtte jeg «Kristin», en 15 år gammel jente med en alvorlig anoreksi. Kristin hadde vært innlagt ved sengeposten i omtrent to uker før jeg startet min praksis og det var første gang hun var innlagt ved sengeposten.

Kristin fremsto som en snill, rolig og pliktoppfyllende jente. Hun var opptatt av å være høflig, gjøre det bra på skolen, gjøre det bra i sport og hun fulgte det opplegget som var lagt for henne av behandlende lege. Hun oppholdt seg en del for seg selv, men var deltagende dersom ansatte ved sengeposten tok initiativ til rolige aktiviteter som for eksempel kortspill. Dette var min andre dag i praksis og jeg hadde liten kjennskap til henne, til sengeposten og hadde fra tidligere svært liten erfaring med spiseforstyrrelser.

Jeg fikk beskjed om at Kristin hadde en liste med oversikt over hva hun skulle spise til hvert måltid og at innholdet i denne listen hadde økt ved dette måltidet. Jeg fikk opplyst at Kristin var en pliktoppfyllende ung jente og at det ikke ville by på noen problemer med økt matinntak, da hun hadde fulgt opplegget til punkt og prikke tidligere. Dette var lunsjen, frokosten hadde gått fint. Det er viktig å få med at før dette måltidet så hadde Kristin blitt veid og hadde gått opp 500 gram siden sist veiing.

Det var kun Kristin og jeg som satt rundt bordet under dette måltidet, og Kristin spiste relativt raskt det som tidligere hadde stått på denne kostlisten.

Jeg: «Nå må du huske den andre halve brødiskiven også, siden inntaket ble økt i morges»

Kristin: «Jada»

Kristin snakket ikke mye under dette måltidet, som regel bare med enstavelserord, men hun ga uttrykk med nonverbal kommunikasjon om at hun ikke hadde det særlig bra i denne situasjonen. Kristin unngikk øyekontakt, var ansent og fiklet mye med maten.

Jeg forsøkte å snakke om «ufarlige» temaer som interesser og skole, mens jeg ventet på at Kristin skulle begynne å spise resten. Kristin svarte med enstavelser og viste tydelig at hun ikke ønsket å snakke med meg, mens hun begynte å fikle med en smørpakke.

Jeg: Hva er det du liker å holde på med når du er hjemme?

Kristin: Fotball

Jeg: «Bare det?»

Kristin: «Lese»

Situasjonen ble veldig låst grunnet at det første møtet vårt omhandlet noe som var svært ubehagelig for Kristin, og jeg var den som skulle følge opp at ubehaget ble gjennomført.

Jeg: «Nå har det snart gått en halvtime, du må smøre på den andre halve brødsken din»

Kristin: «Jeg vil ikke»

Situasjonen endte med at Kristin reiste seg opp og gikk fra bordet uten å fullføre hele måltidet og uten å si noe om hvorfor hun gikk.

4.0 Diskusjon

4.1 *Hvordan forstå det første møtet?*

I følge Karterud og Monsen (2002), kan en se på affektinntoning som det første steget i en empatisk prosess og nøkkelen for å åpne den andres verden. Jeg opplevde denne situasjonen som svært vanskelig, da jeg ikke hadde noen relasjon til Kristin. Jeg følte det ble feil for meg å skulle være streng mot denne jenta, som tydelig hadde det vanskelig og som synes at det var ubehagelig at en fremmed person satt sammen med henne og ga henne ordrer i en så sårbar situasjon som dette var for henne. Før vi skulle ha dette måltidet sammen, hadde vi kun hilst på hverandre dagen før. Kristin visste dermed ikke hvem jeg var, annet enn jeg var student.

Ut i fra selvsykologien skal man i det terapeutiske arbeidet møte den andre med empati og inntoning, noe som er sentralt i møte med pasienter som har en spiseforstyrrelse.

Empati legger i stor grad vekt på å forsøke å forstå pasientens egne opplevelser, noe som er en aktuell problemstilling i møte med den spiseforstyrrede, da de ofte trenger hjelp til å forstå sine egne subjektive opplevelser (Skårderud 2002).

Jeg forsøkte å treffe Kristin der hun var i situasjonen, men følte ikke at jeg traff på det, ved at jeg nesten med en gang i samhandlingen måtte grensesette Kristin i form av at måtte få henne til å spise. Jeg visste lite om spiseforstyrrelser og visste ikke hvordan jeg best mulig skulle møte denne jenta. Jeg forsøkte å snakke om ufarlige ting, som for eksempel hennes interesser. Dette var noe jeg følte at jeg ikke traff noe på. Jeg kan tenke meg at grunnen til dette var at Kristin ikke opplevde relasjonen vi hadde sammen som likeverdig og at hun ikke følte hun ble møtt på sin problemstilling rundt det å skulle spise mer.

I følge Hertz (2011), er det viktig å ikke skille behovet for kontroll over vekten, kroppen og maten, fra de psykososiale fenomenene. Dette er noe som gjelder i fra det første møtet med pasienten, og det er viktig at pasienten føler at de blir møtt på sine problemstillinger. Hvis en som fagperson uttrykker at ens oppgave i første omgang er å gjøre noe med pasientens vekt i den akutte fasen, og ikke gjøre noe med det bakenforliggende, kan man med dette risikere tillitten og tryggheten som er nødvendig for at pasienten skal kunne oppleve relasjonen til behandler/fagperson som tilstrekkelig.

Dette er noe som igjen kan påvirke pasientens lyst til å åpne seg og til å ta imot hjelp fra hjelpeapparatet, og ved å bare bli møtt med at vekten må økes, kan gjøre at pasienten trekker seg tilbake og ikke får en betydningsfull relasjon som kan hjelpe vedkommende videre.

Jeg var som nevnt tidligere helt ny og var veldig opptatt av at ikke praksisstedet skulle tro at jeg ikke taklet situasjonen, noe som gjorde at jeg valgte å være streng/bestemt mot Kristin som jeg hadde fått beskjed om på forhånd. Grunnet min egen usikkerhet, åpnet ikke jeg opp for samtale rundt hennes følelser i situasjonen og ut i fra selvsykologien kan man tenke at jeg brukte en form for dårlig inntoning, en selektiv inntoning. Dette ved å ikke la Kristin snakke om det hun synes var vanskelig ved å skulle øke matinntaket, men å bare snakke om andre ting som for eksempel interesser. Kristin viste ingen interesse for å snakke om hvordan hun hadde det, men jeg som fagperson ga henne heller ikke muligheten til å gjøre dette. En kan tenke at Kristin ikke opplevde at jeg møtte henne med empati og riktig inntoning siden hun ikke fikk mulighet til å snakke om hvordan hun hadde det.

Dersom jeg kunne gjort noe annerledes i dette tidlige møtet med Kristin, ved hjelp av den selvsykologiske tilnærmingen, så kunne jeg i begynnelsen av relasjonen møtt henne der hun var i situasjonen og gitt henne rom til å fortelle om hvordan hun hadde det. Siden jeg synes situasjonen var så ubehagelig som den var, har jeg i ettertid tenkt på at det måtte vært veldig vanskelig for henne også.

Jeg kunne kanskje spurt: «*Vil du si litt om hvordan du har det nå?*»

Her får Kristin selv velge ha hun vil trekke frem i samtalen og hun får en åpning til å snakke om hvordan hun hadde det i den situasjonen vi var i. Kristin kunne her følt at jeg som fagperson var genuint interessert i å høre på hennes side av saken, noe som igjen kunne vært starten på en relasjon for oss. Dette i stedet for at jeg skulle være streng og nærmest være sint på henne for at hun ikke klarte å møte behandlerens krav.

Det er som nevnt i teorien kjent at spiseforstyrrede ofte skårer høyere på alexithymi enn normalgruppen, noe som kan være en av årsakene til at Kristin har problemer med å snakke om hva hun kjenner på.

Ved å stille dette spørsmålet kunne Kristin fått muligheten til å fortelle meg at hun synes situasjonen var vanskelig, og ved at jeg viste genuin interesse kunne det kanskje gjort henne trygg nok til å forsøke å fortelle hvordan hun hadde det. På den andre siden fikk Kristin også rom for å fortelle at hun ikke ønsket å snakke så mye, noe som også hadde vært helt greit.

En skal i selvspsykologien ha fokus på det som skjer her og nå, men man kan likevel spørre om ting som har hendt tidligere, så lenge man vinkler dette inn til her og nå fokus.

Dersom Kristin hadde valgt å fortelle litt om hennes oppfatninger av situasjonen, kunne jeg spurt videre for å få litt mer informasjon om hennes forhold til mat og hvilke tanker hun hadde gjort seg rundt det å skulle øke matinntaket

«Nå har du spist en og en halv brødslike til måltidene tidligere, hva tenker du om at du nå skal spise to?»

Tanker og følelser, og de følelsesmessige reaksjonene på følge av ting som skjer står sentralt i selvspsykologien og jeg som fagperson ville med å stille dette spørsmålet få vite mer om hennes tanker rundt de avgjørelsene som behandler hadde tatt. En kan anta at Kristin hadde svart at hun ikke ønsket å spise denne ekstra halve skiven, da hun allerede hadde lagt på seg 500 gram siden sist veiing.

Dersom Kristin sa dette, skulle jeg som fagperson være med henne i denne tanken, møte henne på den, uten å bekrefte at hun har rett. Ved at Kristin selv får sette ord på hennes egne følelser, kan man tenke at hun selv kan finne egne løsninger for seg selv. Dersom hun ikke får snakke om det som er bakenforliggende, kan en tenke at det vil kunne blokkere disse løsningene.

I Karterud og Monsen (2002) står det at det er hensiktsmessig at terapeuten viser sin intensjon om å forstå og erkjenne den foreløpige forståelsen mellom fagperson og pasient, ved å benytte seg av ulike typer ytringer.

Eksempler på dette kan være: *«Har jeg forstått deg riktig når du sier at det å skulle spise to brødslike er svært vanskelig for deg, fordi du opplever at du har gått mye opp i vekt den siste tiden?»*

Hadde jeg brukt dette i samtalen med Kristin, kunne hun ha korrigert og gitt mer utfyllende informasjon om de oppfatningene jeg som fagperson hadde i situasjonen, men igjen kunne hun valgt å ikke svare meg dersom hun ikke ønsket det.

4.2 Hvordan få Kristin til å spise uten å være invaderende?

Kristin er innlagt på en ungdomspsykiatrisk sengepost, og har en alvorlig form for anoreksia. Det har den siste tiden ikke fungert å ha henne hjemme, da hun da har spist minimalt og trent mye. En kan lese i teorien om at det er viktig for spiseforstyrrede å være gode i idrett og på skole, dette gjerne for å skjule en svært lav selvfølelse. Hun gikk mye og raskt ned i vekt før innleggelsen. Det er på den ene siden helt klart at Kristin er alvorlig syk og at det er viktig at hun får hjelp til å gå opp vekt. Kristin har mistet menstruasjonen og var i perioder sengeliggende med svært lavt blodtrykk før min praksis. Som det står artikkelen «mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders», er anorexi den dødsårsaken som ligger på tredjeplass over vanlige dødsårsaker blant unge kvinner i Europa. Det er derfor ingen tvil om at det er svært viktig å få i Kristin mat, men hva kunne jeg gjort for å få henne til å spise, uten at Kristin opplevde at jeg overkjørte henne og gjorde at hun følte at hun mistet all kontroll over eget liv?

Jeg som psykisk helsearbeider hadde en jobb å gjøre ved å få Kristin til å spise. Dette er ikke bare for å få henne opp i vekt, men siden hun hadde en så langt utviklet spiseforstyrrelse, måtte dette gjøres for å redde hennes liv. Det var i sengeposten rammer og lovverk som jeg måtte følge, noe som kunne føre til at Kristin opplevde meg som korrigerende og avgrensende. Til tross for dette ønsket jeg å forsøke å benytte det selvpsykologiske perspektivet innenfor de rammene som var satt på forhånd.

Det kan tenkes at ved å møte Kristin med bruk av tvang eller makt, så kan man være med på å gjøre at hun skaper et falskt selv. Dette skjer ved at Kristin opplever at selvet hennes bli invadert av omgivelsene hun er omgitt av eller møtt bare på visse følelser. Kristin er innlagt på tvang, noe som i seg selv kan være med på å gjøre at Kristin mister kontrollen over seg selv og at hun føler seg invadert.

Ved at terapeuten er selektivt inntonende blir Kristin møtt på sine selvobjektsbehov, kun når hun spiser og gjør som hun får beskjed om, men at hun ellers sitter igjen med en følelse av at alle andre tar over hennes liv. På den måten kan det kanskje også oppleves som overinntoning fra Kristin sin side. Det kan gjøre at Kristin ikke lenger føler at hun får plass i sitt eget liv, og at hun ikke lenger kjenner seg selv, ved at alle andre rundt henne vet bedre om hva som er det riktige for henne, enn henne selv.

Ved å legge vekt på brukermedvirkning kan man legge til rette for at grensesettingen og korrigeringen blir så skånsom som mulig. En kan tenke at en måte å kunne gjøre dette på, var å gi Kristin mer valg innenfor de rammene som var satt på forhånd. Jeg kunne sagt til Kristin at det var forventet at hun økte inntaket med 200 kalorier denne dagen, men at hun selv kunne få velge hvordan hun kunne gjøre dette. Dette ved å kanskje gi henne mulighet til å velge når hun ville spise disse ekstra kaloriene, eller ved at hun selv kunne få velge hva hun ville spise for å få et tilstrekkelig kaloriinntak. Det var muligheter for utskiftninger av mat i kostlisten, men dette var ikke jeg klar over på dette tidspunktet. En annen fremgangsmåte som kunne gitt Kristin mer innvirkning på eget liv, kunne vært at hun fikk være med på planleggingen av kostplanen. Kanskje kunne det vært hensiktsmessig at Kristin fikk satt seg ned sammen med behandler hver gang noe skulle økes på listen, for å så få være med på å bestemme hva hun ønsket å spise og når hun ønsket å gjøre dette. Det er noe som kanskje kunne gjort det lettere for henne å takle at hun måtte spise mer enn hva hun hadde vent seg til.

4.3 Hvordan forstå Kristins forhold til mat gjennom selvpsykologien?

I situasjonen jeg var i sammen med Kristin, kom vi ikke inn på hva maten betydde for henne, men ifølge det Skårderud skriver om at kjernemetaforen i spiseforstyrrelser er at den syke ikke kjenner seg som hel, og at vedkommende kan kjenne seg som en fremmed ovenfor seg selv, kan det tenkes at Kristin også kjente det slik. En kan kanskje tenke at Kristin ikke kjenner seg hel, men at det oppleves for henne at det tripolare selvet hennes er fragmentert. En kan se på symptomet på spiseforstyrrelsen som en form for relasjon, både til seg selv, men også som det som definerer vedkommende i forhold til andre.

I følge Andersson i Hertz (2011), består den anoretiske prosessen av flere motstridende tanker hos den spiseforstyrrede. En kan se at den syke på den ene siden ønsker en form for tilknytning, men at vedkommende på den andre siden føler en trang til å være uavhengig og ønsker selvkontroll.

Dersom maten er et kontrollbehov for Kristin, kan dette støttes opp av det grandiose selvet, noe som gjør at hun har dette behovet for å ha kontroll over det hun spiser. En kan på den andre siden også tenke at maten er som et speilende selvobjekt ovenfor Kristin, at maten er den som «sier» til henne at hun ikke fortjener å spise, at hun blir tykk dersom hun spiser.

Kristin snakket lite i situasjonen og hun ga ikke noe uttrykk for hvilket selvobjekt hun ønsket at jeg skulle være for henne. Jeg forsøkte å møte henne der og da, uavhengig av hva jeg tenkte og mente selv. Jeg forsøkte å være et alter ego selvobjekt for Kristin, dette ved å være dagligdags i samtalen og forsøke å finne ut hva Kristin likte å gjøre på fritiden. Jeg forsøkte å finne en felles plattform, et tema hvor vi kunne fremstå som likeverdige og hvor vi blant annet kunne dele likedannde tanker, erfaringer og opplevelser. Jeg satt meg også ned ved bordet for å spise lunsj sammen med Kristin, noe som også var et forsøk på å skape en likeverdig og naturlig relasjon mellom oss. Ved at jeg ikke fikk noen respons på denne tilnæringsmåten, kan en på den ene siden tenke at Kristin ikke følte meg som likeverdig og inntonet. På den andre siden kan vi kanskje forsøke å forstå det ved å tenke at Kristin tidligere har opplevd flere relasjonsbrudd. Kristin visste at jeg var student og at jeg bare skulle ha praksis i noen få uker, og en kan med dette tenke at Kristin kanskje ønsket en likeverdig relasjon innerst inne, men at hun på den andre siden var redd for å utvikle denne nære relasjonen grunnet tidligere relasjonsbrudd.

Det kan tenkes at det eneste forutsigbare Kristin har i livet sitt på dette tidspunktet var kontrollen hun hadde over maten og at hun ved å miste denne kontrollen i situasjonen vi var i, gjorde henne usikker og redd.

Ved at jeg ikke traff Kristin «hjemme» ved å forsøke å være et alter-ego selvobjekt for henne, kunne jeg kanskje forsøkt å være en annen selvobjektsrelasjon. Jeg oppfattet ut i fra Kristins kroppsspråk at hun synes at det var vanskelig å spise mer mat enn hun var vant med, uten at hun faktisk sa det med ord. For at jeg ikke skal tilegne Kristin følelser som hun kanskje ikke hadde i situasjonen, velger jeg her å diskutere ut i fra at hun faktisk satte ord på at hun synes det var vanskelig å spise mer, dette for å kunne vise hvordan jeg kunne oppnådd å være en annen selvobjektsrelasjon til henne.

Dette kunne jeg da ha forsøkt ved å for eksempel si til Kristin:

«Jeg skjønner at du synes det er vanskelig å skulle spise mer enn du har gjort tidligere»

Ved å si dette kunne jeg forsøkt å bli en betydningsfull annen ved å forsøke å være et idealiserende selvobjekt. Dersom det hadde vært denne selvobjektsrelasjonen Kristin behøvde i situasjonen vi var i, kunne det tenkes at hun hadde behov for en trygghet og en styrke som hun selv ikke hadde på dette tidspunktet. Jeg kunne møtt henne på dette behovet ved å blant annet gi henne tilbakemeldinger i form av trøst og råd. På den andre siden kan man her tenke at Kristin kunne opplevd meg som nedlatende og som om at jeg var i en ekspertrolle ved at jeg ga henne råd og trøst. Det kan tenkes at dersom Kristin i utgangspunktet følte seg annerledes, kunne dette være med på å forsterke denne følelsen av å være annerledes og underlegen, ved at jeg forsøkte å være trøstende og rådgivende.

Noe annet jeg kunne forsøkt, var å møte Kristins behov for en speilende selvobjektsrelasjon, dersom det hadde vært noe hun hadde gitt uttrykk for at hun hadde behov for. Ved å møte henne på dette ville jeg møtt de behovene som vi mennesker har for å få bekreftet vår selvstendighet. Jeg kunne møtt henne på dette ved å anerkjenne Kristin i den situasjonen vi var i og ved å forsøke å vise Kristin at jeg ser henne og vise at jeg virkelig forsøker å forstå henne. Jeg måtte her vært forsiktig med å ikke være rosende eller tilegne Kristin egenskaper som hun selv ikke hadde satt ord på. Ved at jeg hadde gitt henne anerkjennelse og ros ved at hun spise, kunne dette blitt opplevd som provoserende og Kristin kunne opplevd meg som nedlatende. Dette er noe som kunne vært med på å øke avstanden mellom meg og Kristin. Kristin hadde vært pliktoppfyllende og hadde tidligere spist det som var forventet av henne. Det kunne her vært hensiktsmessig å la Kristin selv sette ord på den prosessen hun har vært igjennom og sette ord på den progresjonen hun hadde gjort.

Dette kunne for eksempel blitt gjort ved å stille spørsmålet:

«Sik jeg har forstått det, så har det som har vært på kostlisten frem til nå vært greit, er det noe nå som gjør det vanskeligere, bortsett fra at innholdet har økt?»

Kristin ville her fått muligheten til å si noe om hva som hadde fungert tidligere, om det for eksempel hadde vært noe mat som hun hadde fått spise tidligere, men ikke nå, som hadde gjort det lettere for henne å spise, om det var tidspunkt på døgnet det var lettere for henne å spise, eller om det var andre ting som tidligere hadde gjort at hun hadde klart å øke kaloriinntaket tidligere. Kristin hadde også fått muligheten til å ikke si noe, noe som også hadde vært greit.

Jeg nevner tidligere i oppgaven at det var vanskelig for meg å vite om jeg traff Kristin «hjemme» og at jeg greide å treffe med min inntoning. En annen årsak som kanskje kan være grunnen til at situasjonen gikk som den gikk, kan være at jeg faktisk traff med med inntoning, noe som kunne resultert i at hun så på meg som en selvobjektsrelasjon. Kristin kunne i samtalen observere at jeg stresset veldig for å få henne til å spise, og at hun derfor opplevde at jeg var uoppmerksom og ikke helt så tilstedeværende i situasjonen som jeg burde være. Dette er noe som kunne resultert i at Kristin kjente på en form for selvobjektssvikt.

Så hvordan kan vi tenke at maten betyr for Kristin? På den ene siden kan en tenke at Kristin bruker maten som en form for selvobjektsrelasjon, men en kan også tenke at hun bruker maten som en form for selvregulering. Selvregulering handler om å kunne regulere seg selv, slik at en føler seg hel. Det kan kanskje tenkes at Kristin føler at selvet hennes er fragmentert ved at hun ikke har kontroll over de relasjonene hun har i livet sitt, og at hun dermed bruker denne kontrollen over mat som en selvregulering. Da Kristin ikke sa noe om hva maten betyr for henne, er dette bare noe jeg kan tenke med. Det kan kanskje tenkes at Kristin har hatt mange brutte relasjoner i sin oppvekst, og at hun har hatt flere vanskelige opplevelser rundt dette.

En kan da tenke at denne kontrollen over maten er en form for selvregulering, en måte for henne å flytte fokuset på de vonde tankene over til noe mer konkret.

4.4 Overføring og motoverføring

Siden Kristin er veldig syk og er innlagt på grunn av dette, kan det tenkes at svært mange og muligens også alle som Kristin har møtt mens hun har vært innlagt, men også hjemme i form av familie og venner, gjentatte ganger har sagt til henne at hun må spise mer. En kan på bakgrunn av dette tenke at Kristin forventer at alle som henvender seg til henne er ute etter å kontrollere henne og at alle skal kommentere det hun spiser. Det kan også vær tenkelig at Kristin flere ganger tidligere har møtt andre fagpersoner som for eksempel har spurt henne om hvordan hun har det og forsøkt å bygge en relasjon til henne, uten at Kristin har opplevd disse tilnærmingene som oppriktige.

En kan på den ene siden tenke at Kristin innerst inne ikke spiser for at hun ønsker å bli sett, men en kan på den andre siden tenke at disse tidligere forsøkene på å kontrollere henne eller tilnærme seg henne kan resultere i at hun uansett hvordan jeg tilnærmer meg til henne i denne situasjonen, vil møte meg med overføring. Jeg må da forsøke å vise Kristin at jeg ikke er ute etter å kontrollere henne, men at jeg er ute etter å se henne og forsøke å forstå henne og hennes problematikk. Det kan også tenkes at det kan være andre grunner til at Kristin møtte meg på den måten som hun gjorde, at jeg kanskje minnet henne om noen hjemme, som for eksempel en lærer eller lignende som gjorde at hun allerede på begynnelsen av vårt møte kunne gjort at hun hadde tilegnet meg egenskaper som jeg ikke hadde. Det kan i en slik situasjon tenkes at jeg må bruke lang tid på inntoning før en kommer videre til en likeverdig terapeutisk relasjon.

Det var for meg i denne situasjonen svært utfordrende å vite om jeg var inntonet eller ikke, dette fordi at Kristin ikke snakket så mye. Det at hun ikke sa noe særlig, gjorde at jeg måtte prøve å feile. På den ene siden kunne jeg tolke Kristins kroppsspråk og blick som at hun var avvisende og irritert, da spesielt siden hun til slutt valgte å forlate måltidet. På den andre siden kan en kanskje tolke hennes atferd som at hun var redd for å miste den kontrollen hun hadde over maten, og at hun var redd for å bli retraumatisert.

Jeg personlig har ikke tidligere vært deltagende i behandling av spiseforstyrrelser, men har møtt voksne med spiseproblematikk tidligere. Motoverføring handler om at terapeuten er farget av møter med andre mennesker tidligere i livet, og tar dette med seg i møte med pasienten. Selv om jeg i situasjonen ikke bevisst kjente på noen form for motoverføring, kan det i etterkant tenkes at jeg ikke bare valgte å være streng fordi at jeg hadde fått beskjed om det, men også fordi at jeg tidligere har erfart at pasienter med spiseforstyrrelser gjerne lurar seg unna måltid. Jeg kan i etterkant tenke at jeg kanskje hadde med denne forforståelsen i mitt første måltid med Kristin, at jeg antok at hun var ute etter å lure meg ved å gjemme unna mat, bruke veldig lang tid eller lignende. Dette er noe som kan ha farget mitt første møte med Kristin og som kan ha bidratt til at min inntoning og væremåte ikke traff Kristin der hun var i den situasjonen vi var i.

4.5 Motstand

Dersom en tenker at Kristin møtte meg med overføring, ved å koble inn følelser og opplevelser hun har hatt i møte med andre tidligere, kan det være naturlig at hun bevisst eller ubevisst kjenner på et behov for å unngå videre ubehag ved hjelp av motstand. Dette kunne Kristin gjøre ved at hun valgte å ikke snakke med meg under måltidet, men også ved at hun bare gikk fra bordet før hun hadde fullført måltidet. En kan på den ene siden se på denne motstanden som hennes måte å beskytte seg selv mot å måtte kjenne på ubehag og smerte, men vi kan også se på det som at Kristin forsøkte å unngå å bli retraumatisert ved å miste den lille kontrollen hun kanskje følte at hun hadde i situasjonen og kanskje også ellers i hverdagen. En kan også tenke at hun gikk i fra bordet fordi at hun ikke ville spise, eller rett og slett fordi at også hun syntes at situasjonen vi var i var ubehagelig.

En skal ifølge Kohut ikke se på motstanden som en motstand mot å bli frisk, men det kan være at jeg ved å ikke klare å inntone meg riktig, og ved at Kristin ikke følte seg empatisk møtt, kanskje vekke vonde følelser i Kristin som for eksempel angst eller skyld. Det ville for meg som psykisk helsearbeider vært min oppgave å forsøke å utforske de faktorene som kunne utløst dette ubehaget hos Kristin, og finne ut av hva som kunne vært grunnen til at jeg kanskje gjorde Kristin utrygg i vårt samspill.

4.6 Hva kunne jeg gjort videre?

I den situasjonen jeg var i med Kristin, opplevde ikke jeg henne som særlig mottakelig og hun fremsto for meg som lite tilgjengelig. Til tross for dette så valgte Kristin å snakke litt til meg, og hun nevnte blant annet at hun var veldig glad i fotball og at hun likte å lese. Dette er noe jeg kunne brukt videre for å bygge opp en likeverdig relasjon til Kristin. I det neste møtet med henne kunne jeg blant annet sagt:

«Sist vi snakket sammen, så nevnte du at du likte godt å lese/spille fotball, hva er det som gjør at du liker det så godt?»

Her kunne jeg fått en mulighet til å finne ut hva disse aktivitetene betyr for henne i tillegg til at hun kanskje hadde fått en opplevelse av at jeg hadde sett henne og faktisk hørt hva hun sa.

Kanskje er fotballen en mulighet for Kristin til å finne tilhørighet med andre som liker fotball, som bygger på det alter – ego selvobjekts behovet, eller kanskje gjør bøkene at hun klarer å koble av/fokusere på noe annet som en form for selvregulering. Dersom Kristin åpnet for dette kunne jeg også fått muligheten til å snakke med henne mer om fotballen og bøkene, da dette er noe som også jeg liker å holde på med. Dette er noe som gjør at vi videre kunne hatt noe ufarlig å snakke om og som kunne gitt oss en likeverdige relasjon og en felles plattform, da Kristin kunne fått delt sine kunnskaper og interesser rundt temaene.

Når jeg tenker på empirien i ettertid, tenker jeg at jeg burde være mer åpen på praksisstedet. Jeg burde fortalt dem at jeg synes det var ubehagelig å bli satt i denne situasjonen uten noen kjennskap til Kristin og til deres måte å jobbe på. Ved at jeg ikke gjorde dette, var jeg med på å gjøre en allerede vanskelig situasjon for Kristin, enda verre. Det kan godt tenkes at Kristin mye lettere hadde spist, dersom det var noen som kjente henne som satt sammen med henne. Jeg burde også forsøkt å tenke mer over det jeg sa til henne, da jeg ser i etterkant at min fremgangsmåte med å være korrigerende og streng absolutt ikke var den rette måten å være på i en slik setting. Jeg skrev også noe om vitalitetsaffekt i teorien, men har ikke belyst dette noe særlig i diskusjonsdelen min. Jeg tenker at det hadde vært et fint begrep å bruke i det videre arbeidet med Kristin, for å finne ut hva som gjør at Kristin føler seg levende og ved å bruke det kunne skape en felles plattform og en relasjon til Kristin.

5.0 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven sett på hvordan det selvpsykologiske perspektivet er å bruke i møte med, samt for å forstå mennesker med spiseforstyrrelser. En kan se at en ved å bruke sentrale selvpsykologiske begreper som empati og inntoning, lettere kan komme innpå den andre på en god måte for å skape en god relasjon til vedkommende ved at en er forstående, lyttende og at en forsøker å være bevisst egen inntoning slik at pasienten føler seg forstått. Jeg har blitt bevisst noen av de utfordringene vi kan møte i samspill med andre ved hjelp av selvpsykologien, hvor vi hele tiden skal forsøke å møte den andre med en empatisk tilnærming, og jeg føler at jeg har fått mer innblikk i hva de ulike anorektiske symptomene kan bety for den syke. Jeg har tidligere tenkt at det å være spiseforstyrret bare handler om et behov for å være tynn, men etter min praksis og etter å ha sett på spiseforstyrrelsen gjennom det selvpsykologiske perspektivet, innser jeg at det handler om så mye mer enn det å være tynn og se bra ut, ved at kontrollen over matinntaket blant annet kan brukes som selvregulering og som ulike selvobjektsrelasjoner. Det er heller ikke mulig å finne en fasit på hvordan en kan forstå en spiseforstyrrelse, da det kan være svært mange ulike faktorer og årsaker til at en person utvikler og opprettholder en spiseforstyrrelse.

Jeg har hele tiden i mitt arbeid vært opptatt av det relasjonelle, og jeg har i løpet av denne oppgaven også fått bekreftet viktigheten av det i et behandlingsperspektiv. Det å klare å bygge opp en likeverdig relasjon til pasienten, til tross for at det kan være utfordrende til tider, det å være lyttende og tilstedeværende, er viktig for å kunne hjelpe pasienten ut av sine problemer. Dette er noe som jeg tenker er gjeldende i samspill med alle mennesker, ikke bare de som lider av en spiseforstyrrelse.

Når jeg søkte etter forskningsartikler om selvpsykologi i møte med spiseforstyrrede, kunne jeg som nevnt tidligere ikke finne nyere artikler enn fra 1998. Det har blitt skrevet en del om emnet, blant annet av Finn Skårderud, men jeg tenker at forslag til videre forskning kunne vært å finne ut noe mer om effekten av selvpsykologisk tilnærming i møte med pasienter som har spiseforstyrrelser, over et lengre behandlingsforløp.

Referanseliste

Bråten, Stein. 2004. *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Hartmann, Ellen. 2000. "Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi." I *Psykoterapi og psykoterapeiveiledning*, s 17-44. Arne Holte, Geir Høstmark Nielsen og Michael Helge Rønnestad, red. 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

Hertz, Søren. 2011. *Barne- og ungdomspsykiatri – Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Mykletun, Arnstein, Knudsen, Ann Kristin og Mathiesen, S. Kristin. 2009. *Rapport 2009:8 – Psykiske lidelser i Norge, et folkehelseperspektiv*, fra nasjonalt folkehelseinstitutt

Sigmund Karterud og Jon T. Monsen (red.). 2002. *Selvpsykologi – utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag as

Røer, Anne. 2009. *Spiseforstyrrelser – symptomforståelse og behandlingsstrategier*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Røknes, Odd Harald og Hanssen, Per – Halvard. 2002. *Bære eller bryte – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2. Utgave 2006. Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Skårderud, Finn. 2004. *Sterk og svak – Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: H. Aschehoug og Co.

Skårderud, Finn «vekten av et selv». I Sigmund Karterud og Jon T. Monsen.2002.
Selvpsykologi – utviklingen etter Kohut. S.228-265. 1. utgave 1997, 4. opplag 2005. Oslo:
Gyldendal Norsk Forlag as

Storm, Marianne.2009. *Brukermedvirkning I psykisk helsearbeid*. 1. Utgave, 1. Opplag.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Stern, Daniel. N.2004. *Her og nå – Øyeblikkets betydning I psykoterapi og hverdagsliv*
Oslo: Abstrakt forlag AS 2007.

Zachrisson, Anders 2012. “Terapeutens indre arbeid – Refleksjoner over motoverføring og
nøytralitet, metode og etikk”. S 81- 97 I *Psykoterapi i utvikling*. Anne Grethe Hersoug,
Tormod Knutsen, Randi Ulberg. Oslo: Akademika forlag 2012.

Artikler:

Bachar, Eytan «*The contributions of selv psychology to the treatment of anorexia and
bulimia*». American journal of psychoterapy 52.2. 1998.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727255?dopt=Abstract>