



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

En selvpsykologisk tilnærming til pasienter med bipolar lidelse i en akuttpsykiatrisk avdeling.

Thea Kaldhussæter

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 19.04.16



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: Kjell Erik Tveten

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: 19.04.16

Antall ord: 10855

Forord

BØNN (IKON)

Vi ber ikke om utskrifter

Forklaringer, diagnoser, prosedyrer

Vi ber ikke engang om overbevisninger

Vi ber om å bli sett av en annen

Vi ber om et ansikt

Stein Mehren

I Nattmaskin: dikt 1998

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er en selvpsykologisk tilnærming til pasienter med bipolar lidelse. Problemstillingen som er formulert i oppgaven er: *Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider, ut fra en selvpsykologisk forståelse, tilnærme meg pasienter med bipolar lidelse som er innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling på best mulig måte?*

Oppgavens empiri er hentet fra min praksisperiode ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Empirien består av to narrativ, to møter med «Tore». I teorikapittelet presenteres selvpsykologien som perspektiv. Jeg har også valgt å redegjøre kort om teori knyttet til bipolar lidelse og relasjoner.

Etter å ha presentert oppgavens teori og empiri, diskuteres problemstillingen opp mot mine to møter med «Tore». Her belyses sentrale poeng fra narrative ut fra presenterte selvpsykologiske begreper og mine refleksjoner rundt samhandlingen mellom meg og «Tore». Oppgaven forsøker å vise hvordan man kan tilnærme seg pasienter under et behandlingsforløp i akuttpsykiatrisk avdeling og hvordan man, ved å benytte en empatisk og affektinntonende tilnærming, kan bidra til at pasienten opplever et helt og sammenhengende selv.

Avslutningsvis belyser jeg hva jeg mener er de viktigste erfaringene jeg sitter igjen med etter møtene med Tore. Dette omhandler blant annet å tilstrebe en mest mulig likeverdig relasjon og å legge til rette for at pasienten opplever og føler seg forstått. I konklusjonen kommer jeg også med forslag til videre forskning og fagutvikling knyttet til hvordan man kan legge til rette for stabilitet og kontinuitet for denne pasientgruppen.

Innhold

1.0	Innledning	1
2.0	Teori	4
2.1	Bipolar lidelse.....	4
2.1.1	Maniske perioder.....	4
2.1.2	Depressive perioder.....	5
2.1.3	Relasjoner.....	5
2.2	Selvpsykologi	6
2.2.1	Empati	6
2.2.2	Affektinntoning	7
2.2.3	Selvobjekt og selvobjektrelasjoner	8
2.2.4	Selvet.....	9
2.2.5	Selvobjektsvikt.....	10
2.2.6	Selvsammenheng og vitalitetsaffekter	11
2.3	Selvpsykologi og bipolar lidelse	12
3.0	Empiri	13
3.1	Manisk fase.....	13
3.2	Depressiv fase.....	15
4.0	Drøfting	16
4.1	Tilnærming i manisk fase	16
4.2	Tilnærming i depressiv fase	20
4.3	Hva kunne vært gjort annerledes?	24
4.3.1	I manisk fase	24
4.3.2	I depressiv fase.....	25
4.4	Empati som observasjonsmetode?.....	25
4.5	Er psykoterapi nok?.....	26
5.0	Konklusjon.....	27
6.0	Litteraturliste.....	29

1.0 Innledning

«Jeg ønsker å være en hel person. Jeg ønsker ikke lenger å føle meg splittet, forvirret og redd til enhver tid. Våkner jeg opp i morgen og er glad eller trist?» Sitat «Tore»

Vi opplever alle humørsvingninger i løpet av livet. Det som kjennetegner personer med bipolar lidelse er at disse humørsvingningene er mer ekstreme. Berge m.fl. (2001) hevder at bipolar lidelse regnes som en av de mest alvorlige psykiske lidelsene. Helsedirektoratet (2012) mener at bipolar lidelse ofte er forbundet med alvorlige personlige utfordringer, sosiale problem og utfordringer i arbeidslivet. Likevel kan pasienter med bipolar lidelse oppleve at det tar mange år før de får riktig diagnose og behandling for sine utfordringer. Dette kan det ifølge Haver m.fl. (2012) være flere grunner til. De trekker blant annet frem at det kan henge sammen med manglende kunnskap i behandlingsapparatet. Samtidig hevder de at det også kan ha en sammenheng med at forløpet av sykdommen kan være preget av ulike tilstander og psykotiske symptomer, som kan føre til at tilstandsbildet lett kan forveksles med en rekke andre lidelser. Kringlen m.fl. (2001) fant i sin studie en livstidsforekomst for bipolar lidelse på 1,6%.

I min praksisperiode ved en akuttpsykiatrisk avdeling, møtte jeg flere pasienter som ble innlagt på grunn av maniske perioder, alvorlig depresjon, suicidale planer og psykotiske symptomer. Flere av disse pasientene var diagnostisert med bipolar lidelse. Blant dem var «Tore» som jeg ønsker å presentere i narrativet senere i oppgaven. Jeg undret meg stadig i praksisperioden over hvor ulike utfordringer pasientene hadde og over hvor ulike tilnæringsmåter som ble benyttet av personalgruppen. I tillegg undret jeg meg over hvordan hver enkelt pasient opplevde disse ulike tilnæringsmåtene.

Under innleggelsene var det flere av pasientene som fortalte meg hva de opplevde som urettferdig, galt og godt i våre møter. Dette kunne være faktorer som omhandlet vår relasjon og våre møter, men de satte også spørsmålstegn ved flere elementer i behandlingen. I noen av møtene med pasientene har jeg følt at jeg ikke har strukket til og jeg kjente flere ganger på en opplevelse av hjelpeløshet. Flere av pasientene uttrykte, slik som sitatet til «Tore» i starten av oppgaven viser, hvor fragmenterte og redde de følte seg. Dette rørte noe i meg, og det fikk meg til å undre. Hvordan kunne jeg bidra til at pasientene fikk en opplevelse av seg selv som hel og selvsammenhengende slik selvspsykologien omtaler det? Hvordan kunne jeg på best mulig måte møte dem i deres

sårbar livssituasjon? Hvordan kunne jeg etablere en god relasjon med pasientene i en akuttpsykiatrisk avdeling med relativt korte innleggelseser? Og hvorfor opplevde jeg det mindre utfordrende å etablere god kontakt med pasientene i deres depressive perioder kontra de maniske periodene?

Noen fasitsvar finnes nok ikke, men denne undringen førte meg til temaet for oppgaven «*En selvpsykologisk tilnærming til pasienter med bipolar lidelse*», og formulering av følgende problemstilling:

Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider, ut fra en selvpsykologisk forståelse, tilnærme meg pasienter med bipolar lidelse som er innlagt i en akuttpsykiatrisk avdeling på best mulig måte?

I denne oppgaven ønsker jeg å rette fokuset mot mine møter med Tore i narrativet, våre utfordringer i samhandlingen og hvordan jeg kan tilnærme meg han ut fra en selvpsykologisk forståelse. Jeg ønsker ikke å vektlegge hans diagnose i oppgaven, men har likevel valgt å gjøre kort rede for bipolar lidelse slik at leseren skal kunne få en helhetlig forståelse av Tores utfordringer, samt utfordringer i vårt samspill.

Når jeg i denne oppgaven har valgt å ta utgangspunkt i en selvpsykologisk forståelse er det fordi jeg i min arbeidshverdag er opptatt av å ha gode relasjoner til pasientene. Det å forsøke å se hele mennesket og etablere et samarbeid basert på gjensidighet og likeverd ser jeg på som viktige faktorer i mine møter med dem. Selvpsykologien er ifølge Hartmann (2000) en helhetlig tilnærming, hvor mange av de terapeutiske prinsippene har til hensikt å vise stor respekt for pasientens subjektive opplevelse. I en akuttpsykiatrisk avdeling hvor man er i daglig kontakt med pasientene, kan man ved å benytte seg av denne tilnærmingen vende fokuset mot et gjensidig samarbeid hvor begge bidrar aktivt. Dette kan, ifølge Hartmann (2000), være medvirkende til å dempe opplevelsen av terapeuten som ekspert. Gjennom vektlegging av likeverdige relasjoner og en respekt for pasientens subjektive opplevelse, kan man legge til rette for etablering av en god relasjon samt en opplevelse av å bli forstått for den man er. Dette er ifølge henne den viktigste terapeutisk erfaringen.

I starten av arbeidet med denne oppgaven søkte jeg i databasen Psycinfo. Ved å søke på begrepet "bipolar disorder" fikk jeg 21781 funn. Deretter søkte jeg på begrepet "self-

psychology" og fikk da 2429 funn. Når jeg kombinerte disse søkene fikk jeg 3 resultat. En av disse artiklene, «A self-psychological approach to the bipolar spectrum disorders», fanget min interesse og var aktuell for min problemstilling. Selv om denne artikkelen var publisert for over 20 år siden, mener jeg likevel at den har relevans for noen sentrale elementer fra selvpsykologien. Jeg valgte å ikke legge vekt på denne artikkelen i forhold til informasjon om bipolar lidelse, da det finnes nyere kunnskap og forskning omkring dette. I samme database søkte jeg på begrepene «bipolar disorder» og «therapeutic alliance» (3555 funn). Ved å kombinere disse begrepene fikk jeg 20 funn. Jeg leste en jeg fant interessant, «Association between therapeutic alliance, care satisfaction, and pharmacological adherence in bipolar disorder». Jeg har også benyttet meg av pensumlitteratur og noe selvvalgt litteratur.

Videre i oppgaven vil jeg presentere teori som er relevant for min problemstilling og diskusjon. Jeg har her valgt å gjøre rede for relevante selvpsykologiske begreper og bipolar lidelse, samt noe teori knyttet til relasjoner. Deretter ønsker jeg å presentere empirien i oppgaven. Den tar utgangspunkt i to av mine møter med Tore. Med utgangspunkt i problemstillingen og presentert teori vil jeg videre diskutere mine to møter med Tore. Avslutningsvis vil jeg forsøke å trekke en konklusjon utfra mine viktigste erfaringer i møte med Tore, samt mine tanker knyttet til videre forskning og fagutvikling.

2.0 Teori

2.1 *Bipolar lidelse*

F31 Bipolar affektiv lidelse

Lidelsen kjennetegnes av to eller flere episoder der pasientens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Forstyrrelsen består noen ganger i hevet stemningsleie (oppstemthet) og økt energi og aktivitet (hypomani og mani) og andre ganger i senket stemningsleie (nedstemthet) nedsatt energi og aktivitet (depresjon). Gjentatte episoder av bare hypomani eller mani skal klassifiseres som bipolar lidelse. (Helsedirektoratet 2016, 159)

Eknes (2006) hevder at bipolar lidelse har betydelige arvelighetskomponenter og regnes som livsløpslidelser. Han poengterer at det likevel er store individuelle forskjeller i alvorlighetsgraden og utfordringer knyttet til bipolar lidelse. Forfatteren mener at noen kan oppleve å hovedsakelig være oppstemte og energifulle med relativt få og kortvarige depressive perioder, mens andre kan rammes av gjentatte voldsomme stemningssvingninger. Noen kan være fornøyd med tilværelsen og gleder seg over de positive forholdene knyttet til sykdommen, mens andre kan i overveldende grad oppleve tilstandens mørke sider og invalidiseres av lidelsen. Avslutningsvis hevder han at en psykose kan representere ytterpunktene av både manisk og depressiv periode.

2.1.1 **Maniske perioder**

Haver m.fl. (2012) hevder at maniske perioder kan kjennetegnes ved hevet stemningsleie i form av økt glede, oppstemthet, økt grad av irritabilitet og emosjonell ustabilitet. I tillegg mener forfatterne at man kan oppleve å ha grandiose forestillinger om seg selv, økt psykomotorisk aktivitet med redusert søvnbehov, samt økt engasjement i aktiviteter som krever selvtillit og tro på egne ferdigheter. Følelsen av oppstemthet og grenseløse muligheter kan øke i intensitet til et nivå der de får dimensjoner av grandiose eller paranoide vrangforestillinger. Forfatterne mener dette kan være vrangforestillinger av religiøs karakter eller en forestilling om at man blir forfulgt eller overvåket. Videre hevder de at endringer i kognitiv fungering kan være et kjennetegn, ved at manien påvirker konsentrasjonsevnen og gir økt distraherbarhet, tankeflukt og talepress. Dette kan føre til en opplevelse av at tankene «raser» gjennom hodet, og at man ikke klarer å kontrollere dem. Avslutningsvis hevder de at samtalepartneren kan oppleve det som vanskelig å komme til orde og å følge tankerekken, og ofte kan samtalen inneholde hyppige tankesprang og innskutte assosiasjoner.

2.1.2 Depressive perioder

Haver m.fl. (2012) viser til depresjonssymptomer som innebærer senket stemningsleie, kognitive forandringer og psykomotoriske endringer, i tillegg til endringer i kroppslig funksjoner som søvn og appetitt. Forfatterne hevder at senket stemningsleie kommer til uttrykk som en vedvarende gjennomgripende tristhet og manglende evne til å engasjere seg eller glede seg over tidligere interesser. Kognitive forandringer kan ifølge forfatterne handle om at tankehastigheten går kraftig ned og i noen tilfeller kan det være så alvorlig at pasienten opplever tankeblokkering. Avslutningsvis hevder de at man også kan ha problemer med å konsentrere seg, kommunisere med andre og evnen til å observere eller treffe beslutninger kan også reduseres sterkt.

2.1.3 Relasjoner

Mitchell m.fl. (2004, sitert i Eknes 2006, 210) fant i sin undersøkelse at personer med bipolar lidelse hadde omlag fem ganger flere brutte relasjoner enn resten av befolkningen. Dette kan ifølge Eknes (2006) komme av at lidelsen utgjør en belastning for nærpåsoner, både i forhold til følelsen av hjelpeløshet og å være utslitt ved maniske faser, samt belastningen av å ikke få positiv respons og anerkjennelse i depressive faser. Samtidig hevder han at personer med bipolar lidelse kan fremstå som spennende og interessante mennesker som har mye å by på utover de utfordringene sykdommen kan skape for dem.

Haver m.fl. (2012) mener at det er viktig at pasienter med denne livsvarige tilstanden opplever stabilitet og gode, trygge relasjoner de kjenner tillit til. Det å finne frem til riktig behandlingsmetode og riktig medisineriing krever tålmodighet fra pasientens side. Det samme gjelder for å finne en behandler hvor kjemien er god. Videre hevder forfatterne at et skifte av behandler kan utgjøre en kritisk fase i pasientens liv, som kan utløse en ny episode. Avslutningsvis mener de dette er et alvorlig tankekors med dagens system i psykiatrien, hvor pasientene ofte sendes fra det ene behandlingssystemet til et annet.

Sylvia m.fl. (2013) viser i sin studie til viktigheten av den terapeutiske relasjonen som en positiv medvirkning til at pasientene godtar medisineriing for sin bipolare lidelse. Forfatterne fant her resultater som viser at pasientene var opptatt av samarbeid, empati, medfølelse og tilgjengelighet til behandleren som viktige faktorer i denne prosessen. Pasientene vektla følelsen av å bli forstått, ha en god relasjon, ha meningsfulle

utvekslinger og en stor grad av samarbeid knyttet til at de skulle godta medisiner som en del av sin behandling.

2.2 Selvpsykologi

Ifølge Haugsgjerd m.fl. (2009) ble selvpsykologien grunnlagt av Heinz Kohut på begynnelsen av 1970 tallet. Dette var i utgangspunktet en retning innenfor psykoanalysen, som i høy grad tok vare på samspillaspektet i utviklingen. Etterhvert tok Kohut farvel med de klassiske psykoanalytiske begrepene og dannet sine egne, med selvets utvikling som det sentrale. Kohut sitt utgangspunkt var ifølge forfatterne hans interesse for hvordan analytikerens forståelse av pasienten formes. Han var opptatt av empati, selvet og det han kalte stedfortredende introspeksjon, som handler om å spørre seg selv: Hvordan ville jeg følt det om det var meg?

Hartmann (2000) hevder at Kohut utviklet en ny motivasjonsteori for hvordan psykisk struktur utvikles og opprettholdes og hvordan psykiske forstyrrelser oppstår. Ifølge henne mente Kohut at individet er drevet av en indre kraft som strever etter å skape mellommenneskelige erfaringer som kan vekke, vedlikeholde og utvikle individets opplevelse av å ha et sammenhengende selv. Den viktigste drivkraften er ønsket om å føle seg hel, vital, verdifull og grunnleggende forstått av betydningsfulle andre. Avslutningsvis hevder hun at behovet for tilknytning og mellommenneskelig kontakt blir vurdert som en grunnleggende motivasjonell kraft i selvpsykologien.

2.2.1 Empati

Hartmann (2000) hevder at det står en sterk tiltro til den empatisk-introspektive metode i all selvpsykologisk terapi. Hun definerer empatibegrepet på følgende måte:

Empati blir definert som evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg, så konsekvent som mulig, i den andres sko. Det innebærer å prøve å observere og følelsemessig forstå klienten fra innsiden, slik klienten opplever og forstår seg selv og andre. (Hartmann 2000,30)

Ifølge Karterud og Monsen (2002) hevdet Kohut at empati var psykoanalysens viktigste observasjonsmåte. Han mente at det kun var gjennom empati og introspeksjon vi får tilgang til den andres indre verden. Axelsen og Hartmann (1999) mener Kohut anbefalte en empatisk og aktiv terapeutrolle i motsetning til den klassiske psykoanalysen. Kohut mente

at empati ikke var forenelig med passivitet, og understreket at empati krever langvarig anstrengelse og fordypning. Forfatterne hevder videre at det ikke alltid er slik at terapeuten oppnår at pasienten føler seg møtt og forstått og terapeuten må innse at uansett hvor tydelig man orienterer seg mot pasientens opplevelsesverden, forblir ens observasjon utenfra og inn. Ifølge dem er den empatiske forståelsen hos terapeuten også begrenset av både personlige erfaringer, evnen til å være følelsesmessig tilstede, samt egne forventninger. Som terapeut må man være åpen for å korrigere seg selv og kunne innrømme egen utilstrekkelighet, hevder Axelsen og Hartmann (1999) avslutningsvis.

2.2.2 Affektinntoning

Ifølge Karterud og Monsen (2002) har Daniel Stern hentet betydelig inspirasjon fra Kohuts tenkning i sitt arbeid om forholdet mellom barn og betydningsfulle andre, noe som har bidratt til på å knytte forbindelser mellom affektteori og selvspsykologi. Stern har på denne måten gitt selvspsykologien viktige begreper og teorier som gjør det mulig å tenke om den aller tidligste barndommen på en helt annen måte enn tidligere, blant annet teorien om utviklingen av selvet og de ulike følelsesmessige inntoningsvariantene. Karterud og Monsen (2002) beskriver ulike typer inntoninger:

Affektinntoning handler om å stille seg inn på hverandres følelsesuttrykk. Det handler om et forsøk på å oppnå følelsesmessig samstemthet. Affektinntoning kan betraktes som det første steget i en empatiske prosess. Det handler, ifølge forfatterne, om evnen til å skifte oppmerksomhetsfokus fra en bestemt atferd til motivet for atferden.

Manglende inntoning handler om at barnet ikke får bekreftet sitt eget følelsesliv eller sin indre verden. Dette hevder Karterud og Monsen (2002) kan knyttes til en grunnleggende alenefølelse, en følelse av å være forskjellig fra alle andre i verden. Når man ikke får bekreftet sine egne følelsesmessige reaksjoner, vil vedkommende bygge opp en privat verden som senere kan bli en fantasiverden med sin egen logikk og sine egne sosiale regler.

Selektiv inntoning handler om å bekrefte eller tone inn på visse typer følelsesopplevelser og ekskluder andre. Forfatterne hevder at det er en måte for foreldre å forme barnet på i deres bilde. Barnet risikerer med dette å utvikle et selv som er knyttet til andres forventninger, et «falskt selv».

Feilinntoning handler ifølge forfatterne om en utilstrekkelig respons i forhold til det følelsesuttrykket barnet viser. Dette kan resultere i at barnet etterhvert mister evnen til å ha sine egne affekter, noe Stern kaller «emosjonelt tyveri». Senere kan dette føre til at vedkommende holder ting hemmelig og tendens til negative terapeutiske reaksjoner, man trekker seg inn i seg selv i redsel for å bli fratatt sine egne følelsesmessige reaksjoner.

Overinntoning handler om å bli følelsesmessig invadert av den andre. Schibbye (2009) forklarer overinntoning ved å vise til en mor som er invaderende og overidentifisert med barnet.

2.2.3 Selvobjekt og selvobjektrelasjoner

Karterud og Monsen (2002) definerer et selvobjekt på følgende måte:

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

Videre mener forfatterne at selvobjekter ikke kan veies eller måles og er helhetlig subjektivt, en erfaring som nødvendigvis ikke er bevisst. Forfatterne nevner at selvobjektsfunksjoner er noe terapeuter ikke har monopol på, da dette er behov man tar med seg fra vuggen til graven. Det er altså noe man ikke vokser ut av eller kan frigjøre seg fra. Forfatterne hevder at selvobjektsfunksjoner er en forutsetning for selvets vekst og modning. Det som ifølge dem hindrer selvet i å utvikle seg til et modent, selvregulerende system er mangel, fravær og inadekvat respons fra selvobjektene i tillegg til psykologisk og fysisk misbruk og mishandling.

Røkenes og Hanssen (2012) skisserer tre typer selvobjektsrelasjoner som mennesket har behov for:

Idealiserende selvobjektrelasjon: I denne relasjonen har individet behov for å søke trygghet ved å «lene» seg til den andres styrke. Behovene kan komme til uttrykk i form av ulike grader av avhengighet samt ønsker om at den andre skal gi oss sine vurderinger, sine råd, sin trøst, og at vi skal få del i vedkommendes beroligende væremåte.

Tvillingsøkende selvobjektrelasjon: I denne relasjonen opplever individet å være grunnleggende lik den andre. Individet har et behov for å kunne dele like opplevelser, erfaringer, tanker og ideer.

Speilende selvobjektrelasjon: I denne relasjonen har individet behov for å bli sett, likt, beundret, anerkjent, verdsatt og forstått og å få bekreftet sin selvstendighet og styrke.

2.2.4 Selvet

Haugsgjerd m.fl. (2009) hevder at selvet er det sammenhengende system av opplevelsen av «hvem jeg er». De hevder at Kohut interesserte seg for selvet som en psykisk instans, atskilt fra jeget. Selvet er opplevelsesnært og utvikler seg langs sin egen utviklingslinje i samspill med objektene. Ifølge Karterud og Monsen (2002) beskriver Kohut selvet som et tripolart selv, et dynamisk system med tre «poler»: Det grandiose selvet, det tvillingsøkende selvet og det idealsøkende selvet. Disse tre polene er forankret i dybden i den han kaller kjerneselvet.

Kjerneselvet er det «sentrum» i en selv som opplevelsesmessig ligger til grunn for at jeg overhodet kan snakke om et selv i betydningen 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)

Videre hevder forfatterne at et intakt kjerneselv og et rimelig empatisk kompetent selvobjektmiljø vil legge til rette for utvikling av det tripolare selvet:

Det grandiose selvet er i sin arkaiske form, som verdens midtpunkt, sultent på oppmerksomhet og avhengig av bekreftende svar fra omgivelsene. Samtidig har det et beredskap for narsissistisk raseri om det blir tråkket på og ydmyket. Ifølge Schlüter og Karterud (2002) utvikler det grandiose selvet seg gjennom speilende selvobjekter. De hevder at dersom det skjer en svikt i den speilende selvobjektrelasjon, kan blant annet grandiose fantasier fortsette med å drive individet etter opplevelser av storhet, fullkommenhet, makt og beundring. Individets oppmerksomhetsbehov vil da gå på bekostning av andres. Forfatterne skriver også at mangelfull speiling av det grandiose området av selvet vil resultere i mangelfull selvfølelsesregulering, noe som blant annet kan gi en følelse av tilkortkommenhet og konstant behov for bekreftelse.

Det idealiserende selvet utgjør ifølge Karterud og Monsen (2002) den andre polen av selvet, og inkluderer blant annet følelsen av å bli holdt oppe av noe større enn seg selv,

samt lene seg til en annen som forvalter kunnskap og visdom. Schlüter og Karterud (2002) mener at dette gir grunnlag for en stabil og indre opplevelse av trygghet og tillit.

Mishandling, omsorgssvikt, langvarig fravær, tap eller annen utilgjengelighet samt uforutsigbarhet hos idealiserte selvobjekter, kan ifølge forfatterne føre til skader i det idealiserende selvet. Individet vil da ha liten evne til å trøste og berolige seg selv.

Schlüter og Karterud (2002) hevder at det tvillingsøkende selvet har behov for å bli bekreftet av en annen som ligner seg selv. Det handler om å få sin menneskelighet bekreftet, føle at en er lik andre og en del av et fellesskap. Det tvillingsøkende selvet utvikles gjennom tvillingselvobjekter. Ifølge forfatterne er det ikke bare mennesker som kan fungere som et tvillingsselvobjekt, men refererer til at både felles språk og kultur, felles oppfatninger, kjæledyr og fantasiledsagere kan gjøre samme nytten. Videre hevder de at individer vil kunne føle seg isolerte, annerledes og fremmede dersom man har et ubekreftet tvillingbehov.

2.2.5 Selvobjektsvikt

Haugsgjerd m.fl. (2009) hevder kilden til all psykopatologi er ulike former for og grader av selvobjektsvikt. De beskriver selvobjektsvikt som empatisvikt fra våre betydningsfulle omgivelser, hvor vi vil føle oss fragmentert og negative følelser vil ta overhånd. Gjennom empatisk lytting og fortolkning hevder forfatterne at man kan reparere denne selvobjektssvikten, slik at pasienten kan eie hele sin følelsesfylde og dermed føle seg hel, uten skam og skyld.

Karterud og Monsen (2002) hevder at vektlegging og håndtering av selvobjektsvikt er noe av det som skiller selvpsykologien mest fra andre psykoterapiformer. Ifølge forfatterne kan man likevel finne enighet om at selvobjektsvikt kan true alliansen, lede til negativ terapeutisk reaksjon og eventuelt også føre til brudd i alliansen. Som terapeuter vil man ifølge forfatterne med nødvendighet ofte svikte den andres intense behov for å bli eksakt forstått, besvart og tatt hensyn til. Dette vil skje uansett hvor mye vi anstrenger oss og hvor empatiske vi enn måtte være. Vi tar ferier, avlyser timer, blir syke, kan være dårlig opplagt, misforstår og er uoppmerksom. Videre hevder de at dette fra pasientens side kan oppleves som selvobjektsvikt. Hvordan pasientene reagerer på selvobjektsvikt vil være ulikt, og kan variere fra en knapt merkbar dreining av tema til stormende bebreidelser.

2.2.6 Selvsammenheng og vitalitetsaffekter

Karterud og Monsen (2002) hevder at selvpsykologien har som en overordnet forståelse at utviklingen av et sammenhengende selv skjer i et «godt nok» empatisk selvobjektmiljø. De mener normalutviklingen av selvet er avhengig av tilfredsstillende inntoning og bekreftende responser på barnets behov. En slik empatisk respons vil ifølge dem bidra til å styrke opplevelsen av et sammenhengende selv og til en gradvis utvikling av evner til regulering av selvfølelse, til selvtrøst og innsikt. Videre hevder de at man uten slike evner vil kunne oppleve følelsesmessige erfaringer som truende og som en risiko for fragmentering. Barn som ikke er tilfredsstillende bekreftet vil strekke seg etter det og kan på denne måten begynne å bevege seg bort fra seg selv. Utad kan barnet fremstå som velfungerende, men ifølge forfatterne vil barnet selv ha en indre opplevelse av manglende vitalitet. Terapeuters empatiske og inntonende nærvær kan ifølge dem ses på som en funksjon som forsyner selvet med en manglende kapasitet og som fremmer en følelse av større helhet og selvsammenheng.

Schibbye (2009) beskriver vitalitetsaffekter på følgende måte: «Vitalitetsaffekter er knyttet til å være i live, å være i sin kropp og kjenne at følelser veller opp og avtar» (Schibbye 2009,71). Videre viser hun til at typiske vitalitetsaffekter eksempelvis kan være å føle seg «levende», «fallende», «flytende». På denne måten får hver opplevelse sin egen følelseskvalitet. Hun nevner også at vitalitetsaffekter kan hemmes og stimuleres i utviklingsprosessen, og at en hemming kan føre til en følelse av livløshet og tomhet. Det «tunge» og «livløse» i en depresjon mener hun delvis kan skyldes at personen ikke har tilgang til vitale affektive prosesser.

Schlüter og Karterud (2002) hevder at lettere fragmenteringstilstander er noe de fleste vil oppleve i livet, for eksempel ved reaksjoner etter tap. Følelser av forvirring, kaos, sårbarhet, og indre ubalanse kan da i en periode sette en tilbake i funksjon. Videre skriver forfatterne at en person med et svekket selv til stadighet vil kunne oppleve slike fragmenteringstilstander. De mener det nærmest vil være personens normale tilstand eller vanlige reaksjonsmønster. Hartmann (2000) hevder at dersom man får en genuin opplevelse av å bli forstått, kan det føre til en «reparasjon» av selvet og til oppbygging av ny psykisk struktur. Hun mener at dette vil være med på å gi vedkommende en opplevelse

av selvsammenheng og et sterkere selv, og derved få en ny sjanse til å realisere sine utviklingsmuligheter.

2.3 Selvpsykologi og bipolar lidelse

Deitz (1995) hevder at Heinz Kohut relaterte endringene i stemningsleiet hos pasienter med bipolare lidelse til en menneskelig utvikling preget av mangelfull empatisk inntoning fra foreldre og omsorgsgivere. Kohut hevdet at foreldrenes selvobjektsfunksjon enten var overstimulert eller underutviklet til det aldersadekvate selvobjektsbehovet til barnet. Ifølge forfatteren har det selvpsykologiske teoretiske synspunktet store implikasjoner til utføringen av mange aspekter ved terapi hos bipolare pasienter, inkludert en klar formening om behovet for psykofarmalogisk behandling knyttet til stemningsregulering. Han hevder videre at psykoterapi alene ikke er nok til å behandle og tilnærme seg pasienter med bipolar lidelse, uansett hvilken psykoteraeutisk forståelsemodell man stiller seg bak som terapeut. Dette begrunner han med at pasienter med utfordringer knyttet til denne lidelsen ofte presenteres for behandlingsapparatet i en allerede vanskelig livssituasjon og at psykoterapi alene ikke kan reparere den manglende psykiske strukturen og funksjonen som allerede har oppstått i utviklingen.

Ifølge Myklebust og Bjørkly (2011) er ikke selvpsykologien en terapeutisk teknikk, men en helhetlig tilnærming der det terapeutiske virksomme er å møte pasienten på en affektinntonende og empatisk måte. Det handler om å komme nær inntil og forstå den andre gjennom inntoning og empati. Forfatterne hevder at det grunnleggende behovet for relasjoner til andre, gjennom hele livet, er sentralt i forståelsen av mennesket. Karterud og Monsen (2002) hevder at personer med en alvorlig psykisk lidelse kan ha et intenst selvobjektbehov som kan medføre en enveistrafikk som fører til at andre mennesker fort blir «brukt opp». De mener det kan oppstå et misforhold mellom å få og gi og at langvarige og konstruktive mellommenneskelige forhold på denne måten kan smuldre opp.

3.0 Empiri

Under min praksisperiode møtte jeg en mann i 40 årene som ble innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling. Jeg velger å kalle han for Tore. Konteksten er også noe forandret i forhold til å ivareta anonymiteten. Tore er diagnostisert med bipolar lidelse og har den siste tiden hatt flere hyppige tilbakefall i både maniske- og depressive faser. Han har flere innleggelser bak seg og kjenner godt til avdelingen. Jeg ønsker her å presentere to forskjellige møter. I det første møtet er Tore innlagt på grunn av at han blir opplevd som økende manisk. I det andre møtet er Tore innlagt igjen på bakgrunn av en depressiv periode hvor han har hatt tanker om å ta sitt eget liv.

3.1 Manisk fase

Jeg tar imot Tore ved avdelingen. Dette er første gangen vi møtes. Vi håndhilser og går inn på kontoret for å gjennomføre innkomstsamtalen sammen med legen som er på vakt. Han har med seg kona si og begge smiler forsiktig. De er brune i huden og forteller at de nettopp har kommet hjem fra sydentur. Vi snakker løst og fast om hvor de har vært og hvordan været har vært.

Legen kommer inn i rommet og jeg opplever at stemningen endrer seg. Tore sitter urolig i sofaen, beveger hendene ned i sekken, som om han leter etter noe. Kona forteller at de måtte avbryte sydenturen da hun opplevde at Tore ble økende manisk. Tore rister på hodet og sier: *«Nå lyver du igjen. Si det som det er! Vi har blitt forfulgt og overvåket!»* Jeg opplever Tore som agitert. Han sitter med knyttede never, setter seg lengre vekk fra kona og jeg opplever at han snakker usammenhengende. *«Sjefen min har overvåket oss. Han har vært inne i PC-en min gjennom hele turen og fortalt meg hva jeg skal gjøre for å unngå at firmaet går konkurs. (ler) Hva er det som henger utenfor vinduet her? Janei, han er akkurat som djevelen som sitter her, men heldigvis har jeg en engel som passer på meg. Hvor er PC-en min forresten?»* Han begynner å vandre rundt i rommet, ler og smiler. Legen velger etterhvert å avslutte innkomstsamtalen.

Jeg følger Tore inn i avdelingen. På vei inn døren på rommet kan jeg høre at han prater med noen. *«Det er bare sjefen som har noe han vil si meg»* sier Tore i det jeg vender meg mot han. Tore setter seg i sengen sin, med ansiktet inn mot veggen. Jeg beveger meg ut av rommet og forteller han at jeg kommer tilbake om et lite øyeblikk. Jeg får ingen svar, han

fortsetter å stirre inn i veggen og snakker videre: «Ååå? Er hun ute etter å lure meg altså? Takk for informasjonen, jeg skal være på vakt».

Inne i avdelingen gjemmer Tore seg bak gardiner og i gangene. Legen beslutter etter hvert å sette han på skjerming som tiltak for å begrense ytre stimuli. Jeg og en kollega gjennomgår bagasjen hans. Vi går inn på rommet hans hvor han sitter i sengen. Jeg spør han om vi skal ta oss en prat. Han ler og svarer: «*Hvorfor skal vi det?*» Jeg forklarer at jeg tenkte det kunne være noe han lurte på rundt innleggelsen og informerer om at vi må gå gjennom bagasjen hans. Han ser på meg. Jeg opplever blikket som strengt og han svarer: «*Nei, det eneste jeg trenger er PC-en min. Den er viktig for meg, jeg har noe jeg må se over. Og at dere ikke medisinerer meg, jeg tåler de tablettene så dårlig*». Med det samme tenker jeg at det ikke er noe jeg kan møte han på. Reglene på avdelingen sier at PC-en skal være innelåst. «*PC-en din er viktig. Hva er det du må se over?*» svarer jeg. Tore svarer ikke. Videre prøver jeg på en forsiktig måte å si at han vil få tilgang til PC-en sin når han skrives ut men at den må låses inn og viser til reglementet han er kjent med fra før. «*Det med medisinene må du ta opp med legen.*» sier jeg videre, ganske bestemt. Tore reiser seg raskt fra sengen og står nå midt på rommet. «*Dere er en gjeng politi, Gud ser dere! Og han er den eneste som godtar meg for den jeg er. Han forstår og hører. Husk på det! Dere burde ikke få lov å jobbe her slik som dere driver på. Jeg trenger ikke medisiner hører du!*» uttrykker han med ganske høyt stemmeleie. Jeg tar et skritt tilbake og det andre personalet trekker seg mot utgangsdøren.

Usikkerheten på hva som kommer til å skje videre treffer meg ganske raskt. «*Jeg forstår..*» sier jeg før jeg blir avbrutt. «*Du forstår ingenting!*» roper Tore. Han ler og knytter håndneven før han tar et skritt nærmere meg. Jeg står nå ved inngangsdøren. Jeg ser på kollegaen min som er i ferd med å utløse alarmen hun går med før jeg rekker å si «*Jeg opplever at du er sint nå og jeg opplever det som ubehagelig. Jeg velger derfor å gå nå og komme tilbake senere. Hva tenker du om det?*» «*Greit!*» svarer han høylytt før han går å setter seg i sengen igjen og vi trekker oss ut av rommet.

3.2 *Depressiv fase*

Tore kommer etter en måneds tid tilbake til avdeling etter å ha vært hos fastlegen sin. Han har uttrykt ønske om å avslutte livet. Han har sykemeldt seg og ligger for det meste hjemme i sengen sin.

Jeg møter Tore i gangen og veileder han inn på rommet han har fått tildelt i avdelingen. Jeg prøver å hilse på ham, han sier ikke et ord. Tore setter seg på sengekanten med blikket ned i bakken. Jeg setter meg på en stol i nærheten og spør Tore: *«Hva har skjedd siden sist?»* Tore er stille. Det tar lang tid før han svarer. *«Den siste tiden har det vært mye, jeg ønsker ikke å være på jorden noe mer. Jeg vil ikke være en påkjenning for de rundt meg.»* Han forteller videre *«Jeg er en dårlig far og mann. Jeg er en dårlig sønn, bror og arbeidstaker. Jeg klarer ikke å snakke med noen av dem, jeg bare eksisterer. Hvilket liv er det? Jeg har heller ikke dårlig samvittighet for disse tankene, det skremmer meg.»* Det Tore fortalte berørte noe i meg. Etter en stund med stillhet kommer det sakte men sikkert fra meg: *«Det skremmer deg...»*

Tore forteller videre at han har mistet flere han har vært glad i siste tiden, deriblant moren som gikk bort for noen uker siden. Han forteller om gode minner, gråter litt, og forteller litt om henne. *«Hun betydde alt for meg og nå er ikke hun heller her lengre»*. Jeg svarer: *«Det var trist å høre, Tore. Kondolerer. Da er det godt at du er her nå.»* Et annet personal kommer inn og spør om jeg kan hjelpe henne med noe. *«Jeg skal gå å finne deg noe å spise, så kommer jeg tilbake om en stund»* sier jeg til Tore før jeg gikk fra rommet.

Jeg var inne hos ham flere ganger under vekten for å se til at han hadde det greit. Tore sov store deler av tiden. Han hadde ikke spist noe siden han kom, og jeg kjente uroen i meg vokste. *«Nå må du spise det jeg har laget til deg, i alle fall få i deg noe å drikke»* sier jeg tydelig og klart. Tore ser på meg, sier ingenting. Det er stille lenge før Tore svarer: *«Jeg er ikke sulten og jeg vil ikke stå opp. Nå må du slutte å mase. Jeg vil bare være i fred.»* Jeg trakk meg stille ut av rommet og gikk hjem etter endt vakt.

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å diskutere min tilnærming til Tore ut fra våre to møter. Først ønsker jeg å belyse sentrale poeng fra narrative ut fra presenterte selvpsykologiske begreper, se på hva jeg opplevde som utfordrende og hvordan dette kan ha påvirket vårt samspill. Deretter ønsker jeg å reflektere rundt hva som kunne vært gjort annerledes, før jeg avslutningsvis drøfter selvpsykologien som forståelsesmodell og om psykoterapi er nok i møte med pasienter med bipolar lidelse.

4.1 Tilnærming i manisk fase

Å plassere meg i Tores sko

Under inntakssamtalen hadde Tore et stadig endrende fokus og jeg opplevde det som utfordrende å komme til orde. Ut fra dette kan det tenkes at det ble en del misforståelser i vår samhandling siden jeg opplevde at jeg ikke klarte å følge hans tankerekker. Svarene mine ble ofte svar på noe han hadde snakket om tidligere. På denne måten opplevde jeg det som utfordrende, som Hartmann (2000) skriver, å plassere meg kognitivt og emosjonelt så konsekvent som mulig i hans sko.

Da jeg og en kollega skulle gå gjennom Tore sin bagasje, kan det tenkes at min empatiske tilnærming til Tore var begrenset som følge av flere faktorer. Det kan være, som Axelsen og Hartmann (1999) nevner, begrensninger knyttet til egne forventninger og evnen til å være følelsesmessig tilstede. Jeg husker at dette foregikk sent på dag, og at vekten snart var over. Det streifet meg at jeg ikke hadde rukket å skrive rapport og hadde et møte etter jobb jeg måtte rekke. Med utgangspunkt i disse tankene, kan det være mulig at dette påvirket min følelsesmessige tilstedeværelse, at jeg bare ønsket å få det raskt overstått og bli ferdig for dagen. På denne måten ville jeg kanskje ikke tatt meg tid til å forklare hva som skulle skje, slik at Tore opplevde det forutsigbart. Kanskje ville jeg heller ikke opplevd å ha god nok tid til å lytte til han, eller brukt den tiden vi hadde til å forsøke å bli bedre kjent og å starte etableringen av en god relasjon. I forhold til mine egne forventninger, kan det også tenkes at min forståelse av Tore som agitert i inntakssamtalen påvirket min væremåte ovenfor han i denne settingen. Hadde jeg en forventning om at Tore fortsatt ville være agitert? På denne måten kunne i så fall min forforståelse bidra til at jeg ikke klarte å tone meg inn eller være nøytral i møtet med Tore.

Ifølge Karterud og Monsen (2002) handler affektinntoning om å stille seg inn på hverandres følelsesuttrykk og om evnen til å skifte oppmerksomhetsfokus fra en bestemt atferd til motivet for atferden. Tore sin aggresjon som et eksempel, hva var det et uttrykk for? På den ene siden kan det tenkes at det var hans økte stemningsleie som gjorde han agitert. På den andre siden kan det tenkes at dette var et uttrykk for at han ikke opplevde å bli forstått. Det kan også være mulig at Tore opplevde å bli tråkket på og ydmyket under inntomstamtalen, ved at han opplevde det kona sa om å avbryte sydenturen som løgn. Kan det dermed tenkes at det var, som Karterud og Monsen (2002) nevner, hans beredskap for narsissistisk raseri som kom til uttrykk?

Tore uttrykte at det eneste han trengte var PC-en sin og at han ikke ble medisinerert. Her kan det tenkes at Tore opplevde min inntoning som selektiv, ved at jeg forsøkte å møte han på opplevelsen og følelsen knyttet til viktigheten av PC-en hans, samtidig som jeg henviste spørsmålet om medisinerer direkte videre til legen. Det kan være mulig at dette bidro til at Tore følte at hans opplevelse og følelse knyttet til medisinerer ikke ble tatt på alvor og dermed ble ekskludert. Kan det tenkes at dette var med på å skape en usikkerhet, kanskje også opprettholde hans opplevelse av at jeg var ute etter å lure han? Var jeg på denne måten med på å opprettholde, som Karterud og Monsen (2002) beskriver, «et falskt selv» for Tore knyttet til mine og andres forventninger av han?

I situasjonen hvor Tore forteller refererer til personalet som en gjeng med politi, svarer jeg «jeg forstår». Jeg tenker at dette kan oppleves som en feilinntoning, da dette viser at jeg ikke tonet meg inn på Tores følelse, men kanskje mer på meg selv. For hvordan kan jeg forstå hvordan han opplever det eller hvordan han har det? Jeg kan forsøke å forstå og anerkjenne hans opplevelse, men som Axelsen og Hartmann (1999) skriver vil min observasjon bli utenfra og inn, uansett hvor tydelig jeg orienterer meg mot Tore sin opplevelse.

Brutte relasjoner

Tore uttrykker at det er mange i det sosiale nettverket hans som trekker seg unna han i de maniske periodene og forteller også om mange brutte relasjoner gjennom årene som har gått. Dette kan være forenlig med forskningen til Mitchell m.fl. (2004, sitert i Eknes 2006,210) hvor de fant at personer med bipolar lidelse har omlag fem ganger flere brutte relasjoner enn resten av befolkningen. Å etablere en god relasjon til Tore opplevde jeg

som en utfordring ved denne innleggelsen. Det kan tenkes at dette var utfordrende med tanke på alle de brutte relasjonene Tore forteller om, at han har vansker med å stole på andre og slippe personer nært inntil seg på grunn av tidligere opplevelser. Etableringen av en relasjon kan også være utfordrende fordi det er mange fagpersoner å forholde seg til under en innleggelse, og man får kanskje ikke den kontinuiteten som er nødvendig for å etablere en god arbeidsallianse. Tore har også kjennskap til denne psykiatriske avdelingen fra før. Det kan være at Tore opplever dette som en trygghet. Han kjenner til dem som jobber her og vet hvilke regler og normer som finnes der og hva han kan forvente i forhold til behandling. Samtidig vet Tore at dette er en avdeling han kun vil være i kort tid noe som kan tenkes å være til hinder for etableringen av en god relasjon. Som nevnt tidligere hevder Haver m.fl. (2012) at det kan være kritisk med skifte av kontaktpersoner for pasienter med bipolar lidelse, da dette kan bidra til å utløse en ny episode. Dette er ifølge forfatterne et alvorlig tankekors, med tanke på at pasientene ofte sendes fra det ene behandlingssystemet til det andre. Det at Tore ble satt på skjerming er kanskje heller ikke heldig med tanke på kontinuiteten i kontakten. Dette tiltaket ble satt i gang fordi legene mente det ville være nødvendig å begrense ytre stimuli og for at han skulle få ro. Samtidig kan det være nærliggende å tro at Tore ikke opplevde å få ro, fordi personalet i skjermingsavdelingen ble byttet ut hver time og han dermed måtte forholde seg til mange forskjellige personer i løpet av skjermingsperioden.

«Han er den eneste som godtar meg for den jeg er»

Sett i lys av selvspsykologien, burde jeg møte Tore slik han ønsker å bli møtt i en av de tre selvobjektrelasjonene som jeg har beskrevet tidligere i oppgaven. Hvilken selvobjektrelasjon er det Tore trenger her og nå? Og hvordan kan jeg gi Tore gode selvobjektopplevelser slik at han føler seg hel og vital?

Tore fortalte at han i de maniske periodene ikke var redd for noe og at han opplevde seg selv som verdens midtpunkt. Slik jeg opplevde det, var det grandiose selvet til Tore sterkt fremtredende i maniske perioder og han bevegde seg mot ytterpunktet i polen ved å ha grandiose tanker om seg selv. Ifølge Schlüter og Karterud (2002) kan dette komme av manglende speilende selvobjekter eller en svikt i den speilende selvobjektrelasjonen. Mangelfull speiling av det grandiose området av selvet eller svikt i speilende selvobjektsrelasjon vil, ifølge Schlüter og Karterud (2002), kunne resultere i mangelfull selvfølelsesregulering. Burde jeg med utgangspunkt i dette møte Tore i en speilende

selvobjektsrelasjon? Som Røkenes og Hanssen (2012) skriver opplever individet i en speilende selvobjektrelasjon å bli anerkjent for den man er, bli verdsatt og forstått. Tore forteller meg at han føler at ingen tror på han, at han er forskjellig fra alle andre. Det kommer også frem at han har blitt fortalt av «sjefen» at jeg er ute etter å lure han. Hvordan kan jeg gjennom min tilnærming vise Tore at jeg anerkjenner han og at han føler seg forstått? Kanskje kunne jeg spurt han om hvordan han opplevde det og hvordan han ønsket å bli møtt av meg? Kunne vi kanskje snakket om det å ikke bli trodd på å og om opplevelsen av å føle seg lur, og på denne måten fått en felles forståelse?

Et annet eksempel på hvordan jeg kunne gjøre dette gjennom min tilnærming, kan være i situasjonen hvor jeg og et annet personal skulle gå gjennom bagasjen til Tore. I denne situasjonen opplevde jeg han som agitert. Ved å fortelle han om min opplevelse av han ønsket jeg å speile hans følelsesuttrykk, samtidig som jeg ønsket å selvavgrense meg selv, ved å fortelle at jeg opplevde det som ubehagelig. Her kan det tenkes at Tore ikke selv opplevde at han var sint og det kan tenkes at det ville vært hensiktsmessig å spurt om han opplevde det på samme måten. På denne måten kunne jeg fått bekreftet eller avkreftet om jeg forstod hans følelsesuttrykk og Tore ville kanskje følt seg forstått.

Tore forteller at han ser opp til Gud og til engelen som passer på han. Dette kan være viktige idealiserende selvobjektrelasjoner som er med på å støtte han og bygge han opp. Samtidig kan det tenkes at Gud er en speilende selvobjektrelasjon, for som Tore uttaler det: «*Han er den eneste som godtar meg for den jeg er. Han forstår og hører.*» For Tore som har så mange brutte relasjoner kan det tenkes at en slik selvobjektrelasjon kan bidra til at han opplever selvsammenheng.

Det kan tenkes at djevelen, sjefen, engelen og Gud som han snakker om flere ganger under innleggelsen, er viktige selvobjekter for Tore, og kan være med på å bidra til en følelse av å bli eksakt forstått og trodd på. På denne måten kan det være at disse selvobjektene bidrar til at Tore opplever en viss grad av helhet og selvsammenheng i den maniske perioden. Ut fra en selvpsykologisk tilnærming vil det være viktig at jeg ikke realitetsorienterer eller prøver å vise Tore at han tar feil angående disse selvobjektene, da dette kan være med på å opprettholde Tore sitt fragmenterte selv, men også fordi han kan oppleve dette som empatisvikt. Slik jeg ser det vil det være hensiktsmessig å anerkjenne hans opplevelse og følelser knyttet til disse selvobjektene, da de er reelle for han.

Røkenes og Hanssen (2012) hevder at individet opplever å være grunnleggende like den andre ved en tvillingssøkende selvobjektrelasjon. Det at Tore skulle oppleve at relasjonen

vår var likeverdig og jevnbyrdig, opplevde jeg som viktig. På den ene siden kan det tenkes at Tore vil oppleve en likhet og en opplevelse av fellesskap ved at jeg forsøker å tilstrebe en likeverdig relasjon. Kanskje kunne også en samtale rundt vår felles interesse for PC bidra til å styrke følelsen av likhet og fellesskap? Var PC-en hans kanskje et viktig selvobjekt? På den andre siden tenker jeg at uansett hvor mye jeg tilstreber en likeverdig relasjon, vil min rolle som psykisk helsearbeider og hans rolle som pasient utgjøre en forskjell.

4.2 Tilnærming i depressiv fase

Å skille mellom egne og andres følelser

Da Tore ble innlagt for andre gang, i en depressiv fase, uttrykte han at en innleggelse ville være siste utvei for å kunne få det bedre. Han opplevdes trist og uttrykte også dette. Det å skulle fortelle om sine triste tanker, gjøre seg sårbar ovenfor ukjente mennesker er sikkert ingen lett oppgave. Om jeg prøver å sette meg selv i den situasjonen, det som Kohut ifølge Karterud og Monsen (2002) refererte til som stedfortredende introspeksjon, er det lett å kjenne på ubehag.

Selv om Tore var ganske taus under denne innleggelsen, opplevde jeg han som mer åpen rundt sin egen situasjon, opplevelser og følelser. Jeg opplevde at det var mindre utfordrende å inntone meg på hans følelsesuttrykk og å sette meg i hans sko denne gangen, enn ved forrige innleggelse. Hvorfor opplevde jeg det på denne måten? Det kan være flere grunner til dette. Kan det tenkes at jeg opplevde det mindre utfordrende fordi dette var mot slutten av praksisperioden og jeg følte meg tryggere på meg selv og min rolle? En annen mulig forklaring kan være at jeg lettere kunne identifisere meg med disse følelsene. Var triste, sårbare og hjelpsløse følelser noe jeg kjente meg mer igjen i enn følelser som sinne og frykt? Uansett grunn, vil det være viktig at jeg klarer å skille mellom mine egne og Tores følelser. Jeg vil ikke kunne være affektinntonende og stille meg inn på Tores følelsesuttrykk dersom jeg ikke klarer å skille mine følelser fra hans. Min rolle som psykisk helsearbeider kan da også bli utydelig for Tore og vil kunne føre til ytterligere fragmentering.

«Da er det godt at du er her»

Under innleggelsen var jeg opptatt av at Tore skulle få det bedre. At han skulle få en opplevelse av å føle seg hel, sammenhengende og verdifull. Dette står i kontrast til det Tore uttrykte i det han kom til avdelingen. Flere ganger under vaktene foreslo jeg aktiviteter vi kunne finne på og passet på at han fikk i seg nok mat og drikke. Det kan tenkes at jeg ut fra situasjonen gjorde det i beste mening for å vise han omsorg. Likevel kan det være at Tore opplevde dette som invaderende og at jeg overinntonet meg på hans følelsesuttrykk. Befant jeg meg med dette ønske i en tyverisituasjon i forhold til hans følelse? La jeg med dette føringer for hva han skulle føle og mene og hvilken sinnsstemning han burde være i? Jeg tenker også på da Tore fortalte meg om sin mors bortgang. «Da er det godt at du er her» svarte jeg. Jeg tenkte at dette var en trygg plass for Tore hvor han kunne få snakket og bearbeidet den sorgen han opplevde. Imidlertid kan det være at Tore ikke opplevde det som godt å være i avdelingen, og at jeg på denne måten la føringen for han.

Som Eknes (2006) skriver kan man i depressive perioder oppleve å ha tankeblokkeringer og utfordringer med å kommunisere med andre. Når Tore var taus og ikke ga respons eller svar på mine spørsmål, kan det tenkes at dette var et uttrykk for disse depressive symptomene. Samtidig kan det tenkes at jeg manglet inntoning og ikke klarte å bekrefte eller validere Tores følelsesmessige reaksjoner, og at han dermed som Karterud og Monsen (2002) skriver får en opplevelse av å være alene og å være annerledes fra resten av verden. Når Tore forteller meg om morens bortgang, og jeg går ut av rommet hans for å finne han noe å spise, kan det også tenkes at jeg manglet inntoning. Jeg gikk ut istedenfor å ta meg tid til å høre på hans opplevelse av tapet. Forstod Tore at jeg var ansvarlig for kjøkkenet og måtte ordne lunch til de andre pasientene? Eller trodde han at jeg gikk fordi jeg ikke ville høre? Dersom Tore opplevde dette som manglende inntoning, kan det tenkes at det vil være et hinder i våre neste møter. Det kan tenkes at jeg burde forklare situasjonen for Tore, slik at vi unngikk eventuelle misforståelser.

Selvpsykologien utforsker langs relasjoner og utfra en selvpsykologisk forståelse vil det å kartlegge selvobjekter være viktig. I mitt møte med Tore var jeg opptatt av å finne ut hvilke selvobjekter han hadde, og hvilke selvobjektsrelasjoner han trengte eller manglet. Samtidig tenker jeg at det er viktig å huske på at det å kartlegge selvobjekter bør oppleves naturlig av begge og konteksten og timingen bør oppleves riktig. Dersom jeg hadde

kartlagt dette i samtale med Tore uten at han opplevde det som naturlig, kan det tenkes at han ville opplevd det som feilinnstilling.

«Jeg ønsker å være en hel person»

Tore sitt senkede stemningsleie i den depressive fasen, førte med seg en rekke negative tanker om seg selv, om verden og fremtiden. Som sitatet i innledningen av oppgaven viser, ønsket Tore å føle seg hel. Haugsgjerd m.fl. (2009) hevder at mennesker vil føle seg fragmenterte og at negative følelser vil ta overhånd dersom man opplever empatisvikt fra betydningsfulle omgivelser. Sett i lys av en selvpsykologisk forståelse kan det tenkes at Tore ikke har opplevd å bli tilfredsstillende bekreftet av betydningsfulle andre og at han har prøvd å strekke seg etter dette og på denne måten begynt å bevege seg bort fra seg selv. Slik Karterud og Monsen (2002) beskriver dette, kan Tore utad oppleves som velfungerende, men selv ha en opplevelse av manglende vitalitet. Som Schibbye (2009) hevder, kan det «tunge» og «livløse» i en depresjon delvis skyldes at man ikke har tilgang til vitale affektive prosesser. Så hvordan kan jeg bidra til at Tore får tilgang til vitalitetsaffekter? På den ene siden kan det være at Tore vil få kontakt med sine egne vitale affekter, gjennom at jeg inntoner meg på hans følelsesuttrykk til enhver tid. Ved å prøve å få tak i hans følelser i det han snakker om, kan det tenkes at Tore vil føle seg forstått. Når Tore snakker om opplevelsen av å være en dårlig far, sønn, bror og arbeidstaker. Hva vil det si for han? Hvilke følelser oppstår i han? Som Hartmann (2000) skriver kan pasienten få en «reparasjon» av selvet og oppbygging av ny psykisk struktur ved at vedkommende får en genuin opplevelse av å bli forstått. Hvordan kan jeg bidra til at Tore opplever dette? Kanskje kan jeg spørre han om jeg har forstått han riktig? Hartmann (2000) hevder at en slik genuin opplevelse kan være med på å gi pasienten en opplevelse av selvsammenheng og et sterkere selv, og dermed få en ny sjanse til å realisere sine utviklingsmuligheter. På den andre siden kan det tenkes at Tore vil kunne få tilgang til sine vitale affekter gjennom stabile selvobjekter. Ved å ha gode, trygge selvobjekter rundt seg, kan det tenkes at selvet hans har muligheter for å utvikle seg normalt.

«Hun betydde alt for meg»

Tore mistet et viktig selvobjekt noen uker før innleggelsen. Som Schlüter og Karterud (2002) skriver kan et slikt tap føre til lettere fragmenteringstilstander og følelser som forvirring, kaos, indre ubalanse og meningsløshet kan sette vedkommende tilbake i funksjon. Tore har hatt flere slike selvobjektstap gjennom livet og det kan tenkes, som

Schlüter og Karterud (2002) skriver, at dette har ført til en fragmentering av selvet. Kan det tenkes at denne opplevelsen av å ha et fragmentert selv etter tap av et viktig selvobjekt, har vært medvirkende til Tores depressive episode? Og hvordan kan jeg bidra til at Tore kunne føle seg hel igjen?

Slik jeg så det, var moren til Tore et idealiserende og speilende selvobjekt for han. Tore refererte til moren som en dame som betydde alt for han og som aksepterte han for den han var. Det kan tenkes at dette tapet og utilgjengeligheten til moren, har ført til skader i det idealiserende selvet. Som Schlüter og Karterud (2002) skriver kan personer med skader i det idealiserte selvet ha liten evne til å trøste og berolige seg selv. Dersom Tore også på grunn av tapet av moren nå har manglende speilende selvobjekter, kan det som Schlüter og Karterud (2002) viser til resultere i mangelfull selvfølelsesregulering hos Tore. Det kan tenkes at jeg på bakgrunn av dette burde innta en idealiserende og speilende selvobjektsrolle for Tore. På den ene siden kan det tenkes som Karterud og Monsen (2002) hevder at min affektinntoning kan fungere som en forsyning der selvet mangler kapasitet og kan bidra til en følelse av større helhet og selvsammenheng ved å kompensere for manglene. På den andre siden kan det tenkes at det vil være hensiktsmessig å finne andre selvobjekter som han allerede har og som vil være der til daglig, da vår kontakt og relasjon var gitt i et avgrenset tidsrom. Kanskje kunne vi sammen se etter andre selvobjekter i livet hans som kunne tenkes å ha samme selvobjektsfunksjon som de han hadde mistet. Hvem er der for Tore? Hvem tenker han mangler? Er det noen andre selvobjekter som har hatt samme selvobjektsfunksjon som mor? Ved å kartlegge Tore sine selvobjekter, kan det tenkes at vi kunne se etter noen som kunne være en ressurs for han i de vanskelige periodene, noe eller noen han opplever støtte og omsorg fra, eller som setter grenser og kan være en god samarbeidspartner i disse periodene.

Tore hadde ikke snakket om tapet av moren tidligere. Da Tore på eget initiativ fortalte meg om dette i vår samtale, tenkte jeg at dette var viktig at han fikk snakket om. Han virket på meg som tydelig følelsesmessig preget av det som hadde skjedd. Sett at jeg var et selvobjekt for Tore, kan det tenkes at han opplevde det som selvobjektssvikt at jeg gikk ut av rommet hans kort tid etter at han hadde fortalt meg dette, og ved at jeg raskt skiftet samtaleemne. Da jeg kom inn på rommet hans etter lunchen med mat, sa han ingenting. Han ga etterhvert beskjed om at han ønsket å være i fred. Som Karterud og Monsen (2002) skriver kan pasienter reagere forskjellig på selvobjektssvikt, men at det blant annet kan vises ved en merkbar dreining av tema. Imidlertid kan det tenkes at hans reelle ønske var å

få være i fred. Kanskje handlet det om begge deler, eller kanskje noe helt annet? Uansett hva dette var uttrykk for, kan det tenkes at det ville vært hensiktsmessig å si noe om det jeg opplevde, og å spørre Tore om hvordan han opplevde denne situasjonen. På denne måten kunne jeg forsøke å håndtere en eventuell selvobjektssvikt, slik at vi kunne unngå en negativ terapeutisk reaksjon og et brudd i vår allianse.

4.3 Hva kunne vært gjort annerledes?

4.3.1 I manisk fase

Tore lo og smilte under innkomstsamtalen, men opplevdes også å være noe agitert i sin fremtoning. Jeg husker at latteren hans gjorde meg usikker, og jeg kjente på et ubehag. Det kan tenkes at det kunne vært hensiktsmessig å si noe om dette. Å spørre han direkte om hvorfor han lo eller var agitert. Kanskje ville jeg på denne måten få en bedre forståelse av hans opplevelse og gjort det lettere for meg å tonet meg inn på hans følelsesuttrykk?

Samtidig kan det tenkes at Tore kunne ha opplevd dette som at hans følelsesuttrykk ikke var riktig eller godtatt av meg. Kanskje kunne jeg si noe om min opplevelse av det og på denne måten åpne opp for min opplevelse av situasjonen og spørre hva han tenkte om det?

Når Tore uttrykte at han ikke ønsket å bli medisinert, svarte jeg ganske informativt og konkret på at medisineringen var noe han måtte drøfte med legen. I en fase hvor en god relasjon skal etableres mellom oss, kan det tenkes at et slikt svar er uheldig. Ved å vise til regler og til legens beslutningsmyndighet, kan det tenkes at Tore opplevde at jeg brukte en form for makt i min posisjon som psykisk helsearbeider og at han dermed ikke opplevde relasjonen vår som likeverdig, noe jeg ønsket å tilstrebe i våre møter. Kanskje kunne jeg møtt han og anerkjent hans opplevelse av at han ikke tålte medisinene? Kunne jeg fått til en dialog rundt dette og på denne måten åpnet opp for alternative synspunkter? Kanskje vi kunne prøvd en annen medisin? Noe av dette belyses også i studien til Sylvia m.fl. (2013) hvor de fant at pasienter i større grad godtar medisiner som en del av behandlingen dersom de opplever en god terapeutisk relasjon basert på samarbeid, empati og en opplevelse av å føle seg forstått. For at jeg skal være en hel og tydelig hjelper for Tore, en person han kan forholde seg til, forutsetter det ifølge Hummelvoll m.fl (2000) at jeg ikke skjuler meg bak en form for uniformert profesjonalitet i frykt for å bli avslørt av min egen usikkerhet. Dersom jeg opplevde å være usikker på om jeg kunne møte Tore på hans ønske om å beholde PC-en og å ikke bli medisinert, burde jeg sagt det og kanskje bedt om tid til å få drøftet dette med en kollega.

4.3.2 I depressiv fase

I forkant av den andre innleggelsen hadde jeg lest innleggelsespapirene hans for å få en forståelse av hvorfor han kom til avdelingen. I etterkant ser jeg at det ikke nødvendigvis var hensiktsmessig å lese innleggelsespapirene, da dette kan ha farget min forståelse av Tore og bidratt til at jeg ikke klarte å møte han der han var. Det kan tenkes at det som stod på arket ikke nødvendigvis var Tore sin egen opplevelse av situasjonen, men kanskje mer i retning av legens vurdering og inntrykk av han.

Under denne innleggelsen undret jeg meg også over hvorfor jeg ikke gikk til Tore og beklaget meg for at jeg hadde gått fra rommet i det han fortalte meg om morens bortgang. Som Karterud og Monsen (2002) skriver, kan det være nødvendig å være åpen for å korrigere seg selv og å innrømme egen utilstrekkelighet. For Tore kan denne situasjonen som jeg har nevnt tidligere oppleves som selvobjektsvikt, og det er viktig at denne svikten blir håndtert på en god måte. Kunne jeg istedenfor å stresse over hans minimale matinntak, ha brukt tiden min på å høre hva Tore følte og opplevde angående morens bortgang? På denne måten kan det tenkes at Tore etterhvert ville tatt imot tilbudet om mat.

4.4 *Empati som observasjonsmetode?*

Ifølge Karterud og Monsen (2002) hevdet Kohut at man kun gjennom empati og introspeksjon får tilgang til den andres indre verden. Mener Kohut at jeg vil få tilgang til Tores indre verden kun ved en empatisk tilnærming og ved å sette meg i hans ståsted? Jeg tenker at empati og introspeksjon er viktige terapeutiske virkemidler, men på den andre siden kan det tenkes at empati som observasjonsmetode slik Kohut beskrev det, kanskje blir noe forenklet. Som Axelsen og Hartmann (1999) skriver er ikke empati en observasjonsmetode som gir direkte tilgang til andres indre liv, men mer en måte å tolke observasjoner på. Min observasjon forblir ifølge forfatterne utenfra og inn, uansett hvor tydelig jeg orienterer meg mot Tore sin opplevelsesverden. Dermed tenker jeg at mitt mål i mine møter med Tore vil være å komme så nær inntil hans opplevelsesverden som mulig. Jeg tenker at jeg også må være klar over mine begrensninger og at jeg ikke alltid kan oppnå at Tore føler seg møtt og forstått. Hvordan jeg håndterer dette er vel så viktig tenker jeg

4.5 Er psykoterapi nok?

Deitz (1995) hevder som tidligere nevnt at psykoterapi alene ikke er nok til å behandle og tilnærme seg pasienter med bipolar lidelse, uansett hvilken psykoterapeutisk forståelsesmodell man stiller seg bak. Dette begrunner han blant annet med at psykoterapi ikke kan reparere den manglende psykiske strukturen og funksjonen som allerede har oppstått i utviklingen. Jeg tenker at den psykiske strukturen og funksjonen kanskje til en viss grad kan bli bedret og utviklet gjennom en selvpsykologisk tilnærming. Som Hartmann (2000) skriver kan man som pasient reparere selvet og bygge opp en ny psykisk struktur, dersom man får en genuin opplevelse av å bli forstått. Dersom et empatisk selvobjektmiljø også er tilstede, kan det ifølge Karterud og Monsen (2002), bidra til utvikling av et sammenhengende selv. Jeg tenker samtidig at det vil være flere faktorer som spiller inn for om Tore vil dra nytte av psykoterapi, det være seg støtte fra familie, økonomiske faktorer, arbeidssituasjonen og også muligheten for meningsfull aktivitet på fritiden, samt at han opplever vår relasjon som trygg og gjensidig. Dette belyses også i en analyse av forskningsresultat av virksomme faktorer i terapi, hvor Lambert (1992, sitert i Bakke 2009), fant at faktorer og ressurser utenfor terapirommet, samt kvaliteten på relasjonen til terapeuten, tilsammen utgjør hele 70% av de endringsskapende faktorene i terapi. Ut fra dette tenker jeg at jeg som psykisk helsearbeider, gjennom en selvpsykologisk tilnærming og en god relasjon til Tore, kan være med på å bidra til at han opplever seg hel og selvsammenhengende. Videre tenker jeg at dette kan være med på å gi Tore et bedre grunnlag for å takle sine utfordringer, også utenfor avdelingen.

Avslutningsvis tenker jeg at man som helsepersonell være forsiktig når man stiller seg bak ulike forståelsesmodeller. Selvpsykologien er et eksempel på en forståelsesmodell som, ifølge Haugsgjerd m.fl. (2009), hevder at kilden til all psykopatologi er ulike former for og grader av selvobjektssvikt. Ut fra dette tenker jeg at man bør være forsiktig så man ikke begynner å lete etter forklaringer utfra den forståelsesmodellen man stiller seg bak, men heller være åpen for at det kan finnes flere årsaker til pasientenes utfordringer.

5.0 Konklusjon

Hvordan man tilnærmer seg pasienter med bipolar lidelse i en akuttpsykiatrisk avdeling på best mulig måte, finnes det ingen fasitsvar på. Tore sin opplevelse av hvordan han ønsker å bli møtt, trenger ikke være lik andres opplevelse da det finnes store individuelle forskjeller. Sett ut fra en selvpsykologisk forståelse vil det være av betydning at pasienten opplever å bli møtt på en empatisk og affektinntonende måte, samt at pasienten får en opplevelse av likeverdighet i relasjonen. En systemisk tilnærming kan også være hensiktsmessig med tanke på å involvere mer av nettverket rundt pasienten og viktige selvobjekter. En av mine viktigste erfaringer i møte med Tore er at man ikke må være redd for å spørre pasienten om hvordan vedkommende opplever relasjonen, tilnærmingen, og om man har forstått hverandre.

Etter å ha møtt Tore i en manisk og i en depressiv fase, ser jeg hvor viktig det er å ha gode kunnskaper og erfaringer knyttet til ulike tilnæringsmåter. Grunnmuren i arbeidet, den gode relasjonen, må etableres og ligge til grunn i samhandling med pasientene. Ved å møte hver enkelt pasient med et åpent sinn og blikk, kan man lære mye. Som helsepersonell bør man også være forsiktig så man ikke lar den rådende forståelsen av psykiske lidelser samt rutiner og regler i avdelingen bli en hvilepute man kan gjemme seg bak. På denne måten kan man stå i fare for å miste fokuset på individet man skal hjelpe og hindre en individuell tilnærming og tilrettelegging, ved at tilnærmingen beveger seg i retning av å være standardisert og skjematisk. Ved å involvere pasienten i egen behandling og å kunne være fleksibel i måten man tilnærmer seg pasienten på, kan det tenkes at man vil kunne oppnå en mer likeverdig relasjon bygget på tillit og gjensidig respekt.

Under arbeidet med denne oppgaven fant jeg mye forskning knyttet til kognitiv terapi, familierapi og medikamentell behandling. Videre forskning og fagutvikling knyttet til hvordan man kan tilrettelegge for stabilitet og kontinuitet rundt denne pasientgruppen, både med tanke på behandlingskontekst, samhandling med andre hjelpeinstanser og behandlingstilnærming hadde vært av interesse. For personer med bipolar lidelse som er innlagt ved en akuttpsykiatrisk avdeling, kan det være av betydning hvordan behandlingen blir tilrettelagt. Å minimere antall kontaktpersoner på pasienten i avdelingen, utarbeiding av skriftlige avtaler, samt mer involvering fra pårørende, kan kanskje bidra til at pasienten opplever en grad av selvbestemmelse og kontinuitet i behandlingen. Det kan også tenkes at

personer med komplekse og livsvarige utfordringer, vil dra nytte av å ha en ansvarsgruppe. Videre kunne det vært interessant å se om deltakelse i ansvarsgruppen til Tore ville hatt innvirkning på antall innleggelsler og hvordan innleggelsene foregikk. Hvilken oppfølging Tore får etter innleggelsene, kan også være av betydning for hans vei videre. Tilrettelegging på arbeidsplassen, oppfølging av hele familien, økonomisk rådgiving og veiledning, økt fokus på fysisk aktivitet og interesser, samt selvhjelpsgrupper kan være eksempler på noen faktorer som vil kunne bidra til at Tore får et godt og helhetlig tilbud når han kommer hjem.

En annen viktig erfaring jeg gjorde i mine møter med Tore er å forsøke å se pasienten som den hele personen han er. Det er viktig å minne seg selv på at lidelsen er bare en del av en helhet og man må begynne og være der pasienten er til enhver tid. Å være der pasienten er, opplevde jeg flere ganger som en utfordring i mine møter med Tore. Et utdrag fra mine refleksjonsnotater fra praksis tydeliggjør dette:

«Umiddelbart tenker jeg: ja, hvilket liv er det? Hvordan skal jeg møte denne store mengden av tunge og triste tanker? Det blir stille i rommet. Hva skal jeg si? Ordene dårlig, skam, påkjønning, samvittighet og skremmende vandrer rundt i hodet mitt. Mange mørke tanker og følelser. Bør jeg prøve å finne noe som er positivt? Nei, husk hva Tore sa til deg sist: Det eneste jeg ønsker er at du ser meg, hører meg, tror meg, er ærlig og viser at du bryr deg. Jeg må holde meg der Tore er, i det mørke. Jeg må ikke være redd for det.»

6.0 Litteraturliste

- Axelsen, Eva Dalsgaard og Ellen Hartmann (red). 1999. *Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Bakke, Toril. 2009. «Virksomme faktorer i terapi.» Lest 10.03.16
<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/oppsummer-t-forskning/virksomme-faktorer-i-terapi>
- Berge, Torkil, Helge Jordahl og Tore C. Stiles. 2001. «Urolige sinn – psykologisk behandling ved bipolar lidelse.» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38(9):809-81. Lest 11.02.16.
<http://www.nb.no/nbsok/nb/18f9633f3f88e5834d35bc397a583ebf.nbdigital?lang=no#2>
- Deitz, Ira Jeffrey. 1995. «The self-psychological approach to the bipolar spectrum disorders.» *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 23(3):475-92
- Eknes, Jarle. 2006. *Depresjon og mani. Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hartmann, Ellen. 2000. «Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi.» I *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*, 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.
- Haver, Brit, Kjetil J. Ødegaard og Ole Bernt Fasmer (red.). 2012. *Bipolare lidelser*. Oslo: Fagbokforlaget
- Helsedirektoratet. 2012. «Nasjonalt fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidningar.» Lest 04.03.16

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>

- Helsedirektoratet. 2016. «ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2016.» Lest 20.02.16
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Medisinske%20koder%20og%20kodeverk/ICD-10/ICD-10%20-%202016.pdf>
- Hummelvoll Jan Kåre, Anne-Sofie Yri Sunde og Elisabeth Severinsson. 2000. *Om å møte menneske med manisk lidelse –en intervensjonsstudie fra Akuttpsykiatrien*. Rapport nr. 3. Hamar: Høgskolen i Hedemark
- Karterud, Sigmund og Jon T. Monsen (red.). 2002. *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kringlen, Einar, Svenn Torgersen og Victoria Cramer. 2001. «A Norwegian psychiatric epidemiological study.» *American Journal of Psychiatry* 158(7): 1091-1098
- Mehren, Stein. 1998. *Nattmaskin. Dikt 1998*. Oslo: Aschehoug
- Myklebust, Kjellaug Klock og Stål Bjørkly. 2011. «Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner: en kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere.» *Vård i Norden*, 31(3):35-39.
- Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 2009. *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. 2.utgave Oslo: Universitetsforlag
- Schlüter, Christian og Sigmund Karterud. 2002. *Selvets mysterier*. Oslo: Pax forlag

Sylvia, Louisa G, Aleena Hay, Michael J Ostacher, DJ Miklowitz, AA Nierenberg, ME Thase, GD Sachs, T Deckrsbach and RH Perlis. 2013. «Association between therapeutic alliance, care satisfaction, and pharmacological adherence in bipolar disorder.» *Journal of clinical Psychopharmacology* 2013 Jun;33(3):343-50.