



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan psykisk helsearbeider, ved hjelp av selvsykologi, hjelpe pasient til å redusere følelsen av skam etter manisk periode?

Bente Nordtug

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 19.04.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 13.12.15

Antall ord: 9985

***-Tro aldri at du kan skjule det skammelige
du har gjort, for selv om du skjuler det for
andre, vil ditt eget hjerte vite det.***

-Isokrates

Sammendrag

Tema for denne oppgaven er Skam. For å avgrense oppgaven har jeg valgt å skrive om bipolar lidelse, nærmere bestemt tiden etter manisk fase. Det perspektivet jeg synes passer best til dette temaet er selvpsykologien. Problemstillingen lyder:

«Hvordan kan psykisk helsearbeider, ved hjelp av selvpsykologi, hjelpe pasienten til å redusere følelsen av skam etter manisk periode?»

Jeg har fire del-problemstillinger:

1. Hvordan kan man forstå en pasient med bipolar lidelse ut ifra selvpsykologiske termer?
2. Hvordan kan pasienten selv bidra til å stabilisere svingningene i stemningsleiet?
3. Hvordan kan pasientens vitalitetsaffekt styrkes?
4. Hvordan hjelpe pasienten til å bearbeide sin skamfølelse?

I arbeidet med å identifisere, erkjenne og behandle skam, ser det ut til at selvpsykologi kan være et godt hjelpemiddel. Den empatiske og inntonende tilnæringsmåten kan hjelpe pasienten til å klare å ha fokus på sine vitale følelser. Gjennom terapeutens empatiske lytting og fortolking, kan selvobjekts-svikten repareres. Dette kan fremme en mer aksepterende, medfølende og realistisk opplevelse av seg selv, og pasienten kan dermed føle seg hel, uten skam og skyld. Ut ifra dette kan det således se ut som om empati og inntoning kan være nøkkelen til å bearbeide skam. Pasienten kan få tilbake sin vitalitetsaffekt og oppnå et sammenhengende selv.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Problemstilling	1
1.2	Litteratursøk	2
2.0	Teori	4
2.1	Skam	4
2.2	Bipolar lidelse.....	7
2.3	Selvpsykologi	10
2.3.1	Empati	12
2.3.2	Selvet.....	13
2.3.3	Affektinntoning	15
2.3.4	Vitalitetsaffekt.....	16
2.3.5	Motstand.....	16
3.0	Empiri	17
4.0	Diskusjon.....	20
4.1	Å forstå pasienten med bipolar lidelse ut ifra selvpsykologiske termer.....	20
4.2	Reisen mellom ytterpunktene i det grandiose selvet	21
4.3	Vitalitetsaffekt	23
4.4	Bearbeidelse av skamfølelse.....	25
5.0	Konklusjon.....	28

Referanser

1.0 Innledning

Bipolar lidelse har i Norge en livstidsforekomst på 1 % når det gjelder type 1, mens forekomsten for type 2 blir ansett for å være 2 %. Det er ingen betydelig forskjell på hvem som rammes mest av menn eller kvinner. Bipolare lidelser er forbundet med stor funksjonssvikt og lav selvrapportert livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012).

Som sykepleier ved et DPS, møter jeg ofte pasienter med denne diagnosen. Når denne gruppen pasienter kommer til DPS, er det ofte for å stabiliseres etter en manisk periode. Det er kanskje i den maniske fasen at andre legger merke til at de er syke, men pasienten kan nok ha det like vondt og føle behov for hjelp under den depressive fasen, eller i tiden etter manien. En tidligere pasient sa en gang til meg at når han var manisk så oppførte han seg som en tsunami som feier over land. Han er sterk og uovervinnelig, og føler seg veldig bra. Når bølgen (manien) hadde lagt seg, så kunne man se ødeleggelsene i dens fotspor. Det er denne, for mange, sårbare og skamfulle tiden etter en manisk fase som berører meg sterkest. Det er en utfordring å finne veien til pasientens fortrolighet. Man er avhengig av å ha en god relasjon for å kunne snakke om skambelagte tema. Det kan være vondt nok å erkjenne ovenfor seg selv hva man har gjort og sagt, om ikke man skal innrømme det ovenfor andre også.

Hvilke skader skammen kan føre til om den forblir ubearbeidet vites ikke. I følge Edvin Schei er den medisinske forståelsen av skamrelaterte helseplager svak. Han mener at det er vanlig å overse disse problemene for å følge de universelle sosiale normene vi har for å unngå at pasienten skal tape ansikt (Schei, 2006).

Jeg valgte å bruke det selvpsykologiske perspektivet i oppgaven min fordi jeg synes den tilnærmingen passer godt til å skape den terapeutiske relasjonen som kreves for å jobbe med skam. Empatien og inntoningen er fine redskap i denne tidkrevende og tålmodighetskrevede jobben.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan psykisk helsearbeider, ved hjelp av selvpsykologi, hjelpe pasienten til å redusere følelsen av skam etter manisk periode?

I denne fordypningsoppgaven skriver jeg om en pasient med en bipolar lidelse, innlagt i døgnpost. Pasienten har da vært innlagt en periode på psykiatrisk akuttenhet under manisk fase, og kommer til DPS for videre stabilisering. Det er i denne perioden av sykdomsforløpet at mange brikker og minner faller på plass. Det kan være ubehagelig å ta innover seg mange ubehagelige minner som dukker opp som perler på en snor. Man har kanskje følt seg som en verdensmester i en periode, og handlet ukritisk, pratet ufiltrert og brukt penger man ikke har. Alle disse minnene kan for mange gi en følelse av skam. Det er lett å isolere seg for å unngå å møte på dem du har blamert deg ovenfor, og man blir sittende med skamfølelsen uten å få bearbeidet den. Det er lett for at vitalitetsaffekten forsvinner, og pasienten mister sin selvsammenheng. Det jeg da vil undersøke, er om psykisk helsearbeider ved hjelp av selvpsykologi kan hjelpe pasienten til å bearbeide og dermed redusere følelsen av skam i etterkant av en manisk periode.

Dette danner grunnlaget for følgende delproblemstillinger:

1. Hvordan kan man forstå en pasient med bipolar lidelse ut ifra selvpsykologiske termer?
2. Hvordan kan pasienten selv bidra til å stabilisere svingningene i stemningsleiet?
3. Hvordan kan pasientens vitalitetsaffekt styrkes?
4. Hvordan hjelpe pasienten til å bearbeide sin skamfølelse?

1.2 Litteratursøk

Jeg startet de fleste søkene på helsebiblioteket.no, hvor jeg fortsatte videre gjennom linken «alle databaser». Jeg søkte først på en nordisk database som heter SweMed+. På norsk brukte jeg søkeordene: mani, bipolar lidelse, selvpsykologi og skam. Jeg fant ingen relevante forsknings-artikler skrevet på skandinaviske språk. Så gikk jeg over til de internasjonale databasene. De fleste søkene ble foretatt på PsycINFO, PubMed og Ovid Medline. Søkeordene jeg brukte var: mania, shame, self-psychology, bipolar disorders og empathy. Jeg søkte opp ordene og kombinerte søkene på ulike måter. Jeg brukte Advanced search. For å smalne inn til at det skulle treffe oppgaven best mulig, brukte jeg Limits. Det ble også søkt i: Helsebiblioteket: Emne: psykisk helse, Tidsskrifter - de største tidsskriftene, American journal of psychiatry, Advanced search.

Til slutt søkte jeg på Google Scholar for å finne de resterende artiklene.

Jeg fant ingen artikler som omhandlet både bipolar lidelse, skam og selvsykologi i en og samme artikkel. En del av artiklene jeg hadde bestilt, viste seg å ikke være tilgjengelige lenger. Jeg endte opp med 6 relevante artikler.

2.0 Teori

2.1 Skam

Begrepene skyld og skam blir ofte forvekslet med hverandre. Selv om begge følelsene er smertefulle og de er beslektet, så aktiveres de av forskjellige opplevelser og er forbundet med forskjellige konsekvenser. Clark (2012) skiller begrepene på denne måten: Skyld viser til følelsen av å ha gjort noe galt, enten i virkeligheten eller i fantasien. Den relaterer til virkelige eller innbilt hendelser, eller mangel på hendelser som fører til virkelig eller innbilt skade hos andre.

På den andre siden har vi skam som relaterer til følelsen av hvem vi er. Vi føler at vi på en måte kommer for kort både i egne og andres øyne. Dette fører til at vi ønsker å gjemme oss, eller å skjule deler av hvem vi er (Clark, 2012). Skam er rettet innover og skyld er rettet utover. Skam innebærer at man har et publikum sier Smith (2008), enten det er ekte eller innbilt. Hun skriver at hemmeliggjøringen kanskje brukes som et middel for å unngå skamfølelse. Hvis ingen vet, trenger man ikke å skamme seg.

Skårderud skiller mellom den patologiske skammen, og den skammen som fungerer som en demper og moralsk veileder i hverdagen. Den patologiske skammen som man kan se hos noen pasienter er som gift, den ødelegger liv og den er antisosial (Skårderud, 1998). Skårderud sier videre at skammen handler om blottstillelse. Det å bli avslørt som en annen enn den man vil være. Den akutte skamfølelsen oppleves som et dypt ubehag. Ikke mange andre følelser oppleves like dramatisk. Den kommer raskt og slipper langsomt. Skammen er en dødgjørende affekt, og dens ytterste konsekvens er selvmordet. Skammen knyttes til avsløringen, eller fantasien om denne. Skammen er tilbaketrekning og ensomhet, men forholder seg alltid til de andre. Skammen er en skam over seg selv, overfor andre (Skårderud 2001).

Psykoanalytisk forståelse av meningen og motivasjonen til skam har utviklet seg mye fra Freuds utgangspunkt; skam som en moralens vokter. Nyere forskning har lært oss kompleksiteten og betydningen av skamfulle opplevelser. Selvpsykologien og studier på narsissisme har sterkt bidratt til at vi har mer kunnskap om temaet (Pines, 1987).

«Den som opplever angst eller sorg, kan oppleve omgivelsenes medfølelse og omsorg. Den skamfulle forventer bare forakt. Det er skammens dobbelte byrde. Derfor taler man ikke om den» (Skårderud, 1998, s.133).

Noe av det viktigste i forhold til skam og terapi er påminnelsen om at terapi faktisk er en skamsituasjon. Den ene forventes å blotte seg for den andre, å vrenge en komplisert innside ut. Det er et svært ulikt forhold siden ingen forventer at terapeuten skal snakke om sin skam. Kunnskapen om at den terapeutiske situasjonen kan være retraumatiserende må være tilstede hos terapeuten (Skårderud, 2001).

Skårderud (1998) mener at den patologiske skammen er paradoksal i sitt vesen. Pasienten føler seg liten og får ødelagt selvfølelsen. Dette fører til at pasienten blir innadvendt, og kommunikasjon med andre rundt det som er vanskelig, blir fraværende. Skammen handler mye om hva andre tenker om en, men de andre får ikke ta del i å rette opp de negative forestillingene.

Skammen er et fenomen som bekrefter utsagnet om at de sterkeste former for kommunikasjon er den som fremtrer som ikke-kommunikasjon. Det kan være vanskelig for terapeuten å stå i situasjonen, men det er helt nødvendig for ikke å bekrefte pasientens opplevelse av fraværende respons. Å behandle patologisk skam handler om å klare å omsette en slik omsluttende følelse til ord. Ordene må omsettes til handling, som i denne sammenhengen blir å fortsette og fortsette samtalen og vise at man ikke gir etter. Ved å stå i situasjonen på denne måten viser man pasienten at de fortjener respons, og skammen kan gradvis omdannes til en sorg (Skårderud, 1998).

Schei (2006) har som lege noen retningslinjer han følger når det er snakk om skam hos pasienter i behandling. Han må vise pasienten at han har tid. Og om han ikke har god tid den dagen, er det desto viktigere å gi pasienten tydelige signaler om at han som lege har nok tid og interesse i tiden som kommer. Videre er det viktig å gjøre seg fortjent til pasientens tillit. Om det tar noen sekunder eller noen år spiller ingen rolle. Det er viktig å ha evnen til å be om unnskyldning om man kommer i skade for å ødelegge tillit (Schei, 2006).

Clark (2012) jobber etter fem prinsipper i skam-arbeidet. Det første prinsippet er å oppnå en terapeutisk relasjon. Psykiske problemer i seg selv er vanskelig å snakke om, og skam i sær. Det er viktig at terapeuten har en god holdning ovenfor pasienten og kjenner pasienten

så han kan formidle den tryggheten som skal til for å sette ord på de vonde følelsene. Det andre er at terapeuten må lære seg å kjenne igjen skam, da pasienten ofte mangler ord på denne følelsen. Terapeuten må også kjenne til kulturelle og mikrokulturelle variabler. Det tredje prinsippet er at man må stabilisere evt affektive svingninger enten psykologisk eller medisinsk. Spesielt pasienter med bipolar lidelse bør stabiliseres før man tar tak i skamarbeidet.

Prinsipp fire kaller han for nøkkel-prinsippene når man jobber med skam. Det er å lære pasienten akseptasjon og tilgivelse. Om terapeuten har en aksepterende holdning, vil det fremme pasientens selvaksept. Ved å fremme selvaksepten letter man prosessen med å tilgi seg selv. Det femte prinsippet til Clark består av å gi pasienten medfølelse. Ved å oppføre seg ikke-dømmende ovenfor pasientens mentale prosesser, vil man starte en gryende reise mot selvmedfølelse (Clark, 2012).

Smith (2008), har skrevet om arbeid med skam i gruppeterapi. Hun mener at når man jobber med mennesker som har narsissistiske skader, er det viktig å bruke gruppen til å øke forståelsen og gi positiv speiling. Dette skjer gjennom å kjenne igjen sine egne skamfulle erfaringer og situasjoner fra andres historier. På denne måten er det lettere å få en forståelse av situasjonen istedenfor å kritisere den.

Ved å lage undergrupper, kan det være lettere og mindre skambelagt å stå frem med sin historie og skape en dialog. Ved å forstå og akseptere andres historier uten å dømme, så jobber man seg mot å være mindre dømmende ovenfor seg selv. Man gir andres erfaring en mer positiv røst, og man kan tillate videreutviklingen av selvet, og slik jobber man mot et mindre fragmentert selv (Smith, 2008).

Skammen har mange uttrykksformer, så terapeutens oppgave med å forstå og gjenkjenne er en viktig del av arbeidet. Skammen i behandlingssituasjoner er mer eller mindre taust tilstede og utfordrer den terapeutiske aktiviteten. Terapeuten må hjelpe pasienten til å gi skammen et språk, og må skape trygghet og tillit slik at pasienten klarer å utlevere seg. En forståelse av skammen er viktig for terapeutens toleranse i situasjoner som kan fremstå som avvisning, men som i realiteten er skamangst (Skårderud, 2001).

2.2 Bipolar lidelse

Bipolare lidelser kjennetegnes av én eller flere avgrensa episoder med utprega endring i stemningsleiet. Endringa kan bestå i forhøyet, irritabelt stemningsleie eller overaktivitet.

De fleste har i tillegg vært igjennom en eller flere episoder med klinisk depresjon.

Hvor lange og intense de oppstemte episodene er, varierer mye. De hypomane episodene er mildere og går ikke så hardt utover funksjonsnivået. De maniske episodene er så uttalte at de i stor grad går utover evnen til å fungere i dagliglivet.

Bipolare lidelser er langvarige, men det er også vanlig med perioder hvor symptomene er få eller helt fraværende (Helsedirektoratet, 2012).

Personer som rammes av bipolare lidelser er ofte psykisk upåfallende i tiden før første sykdomsepisode. Også mellom sykdomsepisodene kan personene være helt upåfallende uten tegn til psykisk lidelse (Malt et al, 2012).

Bipolar lidelse er i stor grad genetisk bestemt. Ofte finner man derfor at mennesker med bipolar lidelse også har slektninger med samme lidelse. Det kan synes som om miljøfaktorer påvirker tid for første episode i livet, og utløsning av de enkelte episodene med depresjon eller oppstemthet (Norsk legemiddelhåndbok, 2016). I tillegg til arv, kan det også ha noe å gjøre med nivåene til enkelte signalstoffer som formidler informasjon mellom ulike deler av hjernen. Utløsende årsaker kan være stress, søvnmangel eller belastende livshendelser (BMJ, 2016).

Det opereres med følgende sub-kategorier:

Mani: Det som kjennetegner et manisk stemningsleie er at det er hevet langt over det som harmonerer med forholdene. Funksjonsevnen er nedsatt. Tilstanden må vare minst én uke. Vanlige symptom er at pasienten er irritabel og utflytende. Det psykomotoriske tempoet øker, noe som vises ved at personen er raskere i bevegelsene, snakker fortere og opplever at tankene flyr. Pasienten kan bli pratsom, hektisk og oppjaget. Aktivitetsnivået stiger og atferden bærer preg av nedsatt dømmekraft. Vanligvis får pasienten storhetstanker om seg selv (Helsedirektoratet, 2012).

I enkelte tilfeller kan den maniske fasen være preget av uttalt irritabilitet. Pasienten kan være rastløs og sint, og til og med voldelig om noen prøver å hindre dem i sine planer. I den ekstreme formen av manien kan pasienten prate eller rope i ett uten å bli sliten. Det kan virke umulig å bryte av pasienten eller å få til en samtale (Malt et al, 2012).

Hypomani: Symptomene ved hypomani er mange av de samme som ved mani, bare i en mildere grad, som ikke går så hardt utover funksjonsevnen. De fleste opplever ikke seg selv som syk, selv om atferden kan endres til både uforsiktig og uansvarlig (Helsedirektoratet, 2012).

Det viktigste skillet mellom hypomani og mani er at funksjonsnivået er rimelig normalt ved hypomani. Man klarer å arbeide og å fylle sosiale og familiære forpliktelser. De vil også være mer sosiale og utadvendte (Malt et al, 2012).

Depresjon: Ved depresjon er stemningsleiet nedsatt, uten at pasienten har en uttalt følelse av det. Vanlige symptom er nedsatt evne til å kjenne følelser, lite energi, tristhet, søvnforstyrrelser og angst. Mange sliter også med skyldfølelse og selvmordstanker (Helsedirektoratet, 2012).

De depressive fasene ved bipolare lidelser har ofte en del kjennetegn som skiller de fra ikke-biologiske former for depresjon. Det mest vanlige er døgnvariasjon i stemningsleiet, f.eks. at man er lettere mot kvelden, tidlig morgenoppvåkning, markert tap av interesse og evne til å føle glede, og synlig trege bevegelser eller åpenbar rastløshet (Malt et al, 2012).

Blandet episode: Her har pasienten symptomer på både mani og depresjon samtidig. Det kan også være at tilstanden veksler fort mellom de, fra dag til dag eller fra time til time. Disse episodene er vanskelige å håndtere, og er forbundet med mer suicidalitet (Helsedirektoratet, 2012).

Siden man kan ha symptomer på både mani og depresjon samtidig, er det lett å feiltolke det og tro at det kan være en ustabil personlighetsforstyrrelse (Malt et al, 2012).

Deitz (1995), sammenligner, og sier at akkurat som diabetikere må lære seg til å kjenne igjen blodsukker-svingninger, må pasienter med bipolar lidelse lære seg å kjenne igjen sine svingninger i stemningsleiet. De må lære seg å takle sitt følelsesliv. Pasienter med bipolar lidelse kan lære seg hvilke hendelser som forstyrrer eller stabiliserer stemningsleiet. De kan lære seg å kjenne igjen tidlige tegn på endringer i stemningsleiet som ofte kan være søvnforstyrrelser og tankekjør. På denne måten kan de gripe inn tidlig og endre sin livsførsel før man blir overstimulert. Ifølge studien var endring i medisindose ikke nødvendig om man tok grep i tide.

I forskningsartikkelen til Deitz (1995), står det at det er viktig, for å få en optimal forståelse av sin sykdom, at pasienten må erkjenne at bipolaritet er en tilstand som skyldes

en medfødt tilbøyelighet til å få en affektiv sårbarhet. Bipolaritet er noe man har, og ikke noe man er. Om man har en empatisk bekymring for den indre følelsesmessige opplevelsen på et selvpsykologisk vis, vil man kunne oppnå:

1. At man skaper et miljø med bedret selvtillit og hvor den psykiske helsen kan utvikle seg gjennom bearbeiding av de siste følelsesmessige opplevelsene.
2. At man skaper mulighet for å lære seg å regulere svingningene i følelseslivet sitt.
3. At man hjelper pasienten til å lære seg behovet for stemningsstabiliserende medisiner. Terapeuten må være obs på at psykoterapi i seg selv kan virke destabiliserende på pasienter med bipolar lidelse, da de kan trigge stemningssvingninger. Den selvpsykologiske tilnærmingen til disse pasientene integrerer både psykoterapeutiske og farmakologiske tiltak (Deitz, 1995).

Den amerikanske psykiateren Young (2010), skriver at hun har fire mål i den psykoterapeutiske behandlingen til pasienter med bipolar lidelse:

1. Å bygge en terapeutisk relasjon basert på tillit og respekt. Dette gjør hun ved å relatere til det voksne i pasienten. Hun er empatisk i sin væremåte og formidler håp. Hun erkjenner pasientens behov for kontroll, og holder seg til temaet som pasienten velger å snakke om. Hun nærmer seg forsiktig med spørsmål som pasienten kan føle som påtrengende, og tilpasser sine svar for ikke å urolige pasienten.
2. På grunn av pasientens tendens til å raskt etablere en avhengig tilknytning, så må man respektere hans behov for å motarbeide en regresjon.
3. Etter hvert som forholdet blir sterkere, kan man prøve å rekonstruere hendelsene som trigget det første utslaget av sykdommen. Sånn kan pasienten bruke denne kunnskapen til å ta kontroll over livet sitt neste gang sykdommen slår til.
4. Prøve så godt man kan å forhindre tilbakefall av svingninger i stemningsleiet ved å la pasienten få tid til å vokse følelsesmessig. Man må hjelpe pasienten til å forbedre sine sosiale ferdigheter, og lære dem å skaffe seg venner uten å skyve de fra seg. De må øke sin uavhengighet og finne seg måter å kvitte seg med den negative energien.

Young (2010) sier at hennes erfaring var at over tid ble det mindre behov for å være forsiktig i sine uttalelser. De ble istand til å foreta et viktig analytisk arbeid i fellesskap. Hun opplevde at ved å sette sammen fortid og nåtid, skapte de en terapeutisk relasjon som kan minne om mor-barn-forhold. Hun opplevde også at mange fikk en permanent tilfriskning etter at de hadde vært igjennom regresjon i behandlingen. Selv om pasienten

kunne ha en og annen svingning i stemningsleiet, så opplevde hun at de satt igjen med gode og rike liv etter behandlingen.

Legemiddelhåndboken (2016), skriver at mye tyder på at personer med bipolare lidelser har en medfødt sårbarhet for å utvikle forstyrrelser i døgnrytme og søvnmønster. Både positive og negative livshendelser kan lett påvirke daglige rutiner slik at det går ut over inntak av medisin, døgnrytme og søvn. Forstyrrelser i søvnmønster og døgnrytme fører ofte til nye episoder med dårlig konsentrasjon, irritasjon, sinne, depresjon eller oppstemthet. Det er en viktig del av behandlingen å gi informasjon og kunnskap om hvordan de kan identifisere belastende situasjoner, fremme regelmessig livsførsel og å lære å kjenne igjen endringer i stemningsleiet på et tidlig stadium ved depresjon og mani. Pasienten bør hjelpes til å rydde opp i interpersonlige konflikter og strebe mot regelmessighet i aktiviteter og søvn.

Jackson (1993) mener at det er tryggere å behandle pasienter med bipolar lidelse med medisin enn psykologisk behandling. Grunnen han oppgir er at bipolaritet er en vanskelig sykdom både å forstå og å behandle på en tilfredsstillende måte. Den forskningsbaserte kunnskapen om biologiske faktorer innvirkning, og virkningen av stemningsstabiliserende medisiner kan dekke over viktigheten av psykologiske faktorer som kan bidra til disposisjon for, utbrudd av og opprettholdelse av sykdommen. Risikoen for selvmord i depressive faser, og uhåndterlig iver i maniske faser fører til at psykoanalytikere ofte begrenser seg til de mildeste formene for affektlidelser.

Til tross for farene ved psykoterapi til pasienter med bipolar lidelse, mener Jackson (1993) at det er sannsynlig at et stort antall av disse pasientene hadde profitert på psykoterapi om de hadde hatt adekvat psykiatrisk oppfølging underveis i behandlingen. Når man er trygg for pasienten kan man gjennom psykoterapi jobbe seg frem til at pasienten klarer å gjenkjenne, og sette ord på sine smertefulle følelser som skam, ydmykelse og sorg. Når man har kjent igjen og erkjent sine følelser, kan man begynne å bearbeide de.

2.3 Selvpsykologi

I 1970-årene ble betegnelsen selvpsykologi tatt i bruk av Heinz Kohut (1913-1981). Selvpsykologi er en retning innen det psykodynamiske perspektivet.

Kohut videreutviklet Freuds psykoanalyse. Hans viktigste teoretiske bidrag var at han forkastet Freuds driftsteori og utviklet en ny motivasjonsteori for hvordan psykisk struktur utvikles og opprettholdes, og videre hvordan psykiske forstyrrelser oppstår. Han var uenig med Freud i at individet først og fremst er drevet av ønsket om behovstilfredsstillelse, men mente at de heller drives 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 (Hartmann, 2000).

Kohut mente at menneskets viktigste drivkraft er ønsket om å føle seg hel, vital, verdifull og grunnleggende forstått av betydningsfulle andre, og ikke av seksuelle og aggressive ønsker, drifter og behov sånn som Freud mente. Behovet for tilknytning og mellommenneskelig kontakt blir vurdert som en grunnleggende motivasjonell kraft (Hartmann, 2000).

Denne teorien støttes også av Daniel Sterns forskning på spedbarnets utviklingsteori. Stern mente at barnet har behov fremfor drifter. Han hentet mye inspirasjon fra Kohuts tenkning omkring selvet, selvlidelser og ikke minst fra Kohuts metodiske refleksjoner rundt empati og introspeksjon som psykoanalysens metode (Urnes, 1997).

Kohut ga ut en artikkel om empati i 1959. Dette ble det teoretiske grunnlaget for selvpsykologien. Han mente at empati var psykoanalysens viktigste observasjonsmåte. Videre sa han at det er kun gjennom empati og retrospeksjon at vi får tilgang til den andres indre verden. Selv i vanlig samtale er det viktig med empati, om ikke partene skal snakke forbi hverandre. Det som er spesielt i psykoanalysen er en langvarig empatisk fordypelse, noe som krever lang trening og personlige forutsetninger. Det tok lang tid før andre i miljøet skjønnte hva han mente, og der er først etter hans død at debatten om empati virkelig har skutt fart. Selvpsykologiens hovedoppgave er ikke konfliktbearbeidelse, men selvutvikling (Karterud, 1997).

Utgangspunktet for den selvpsykologiske behandlingen er ikke utilfredsstilte drifter eller ulike former for egodefekter, men at pasienten har en fragmentert selvopplevelse. Det overordnede terapeutiske prinsipp og målsetting må derfor være ivaretagelse av pasientens selvfølelse og respekt. Innenfor psykoanalytisk behandling blir innsikt sett på som den viktigste terapeutiske endringsfaktor, mens i selvpsykologisk behandling legges det mindre vekt på innsikt. Her er den viktigste terapeutiske erfaringen at pasienten får en genuin opplevelse av å bli forstått av terapeuten. En slik forståelse vil føre til en reparasjon av

selvet og til oppbygging av en ny psykisk struktur. Pasienten får en opplevelse av at selvet blir sterkere og mer sammenhengende og får derved en ny sjanse til å realisere sine utviklingsmuligheter (Hartmann, 2000).

Selvpsykologien legger vekt på jevnbyrdighet i forholdet mellom pasient og terapeut, og terapeuten inntar derfor ingen ekspertrolle. For mange selvpsykologer er empati et aktivt virkemiddel der følelsesmessig forståelse, bekreftelse og anerkjennelse er viktige ingredienser. Terapeuten prøver gjennom å være empatisk, å gjøre pasientens tilsynelatende ubegripelige følelser og reaksjoner begripelige. Dette gir en bekreftelse som styrker selvfølelsen og en opplevelse av sammenheng, mening og vitalitet (Hartmann, 2000).

2.3.1 Empati

Empati kommer fra det greske «empathia», som betyr innfølelse. Den allmenne betydningen av ordet empati i psykologisk litteratur var tidligere det å opplevelses- eller følelsesmessig vite hva et annet menneske føler i et gitt øyeblikk i sin private verden (Holm, 2005). I Hartmann (2000) er empati beskrevet som evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg, så konsekvent som mulig, i den andres sko.

På denne måten prøver man å forstå pasientens følelser og reaksjoner ut ifra hans perspektiv. Kohut skrev om hvor utfordrende det kunne være å se verden gjennom andres øyne (Karterud, 1997).

Innenfor psykoterapien er empati blitt et interessant begrep. Det gjelder å skape en relasjon til den hjelpetrengende som gir støtte og trygghet og bygger opp et godt samarbeid. Den empatiske evnen hos hjelperen ses på som et viktig redskap for å oppnå dette (Holm, 2005).

Selvpsykologien mener at kilden til all psykopatologi er ulike grader av empatisvikt fra våre betydningsfulle omgivelser. Empatisvikten vil få oss til å føle oss fragmentert, og negative følelser tar overhånd. Behandlingen er derfor gjennom empatisk lytting og fortolkning, å reparere denne selvobjekt-svikten slik at pasienten kan eie hele sin følelsesfylde og dermed føle seg hel, uten skam og skyld (Haugsgjerd, 2009).

2.3.2 Selvet

Kjerneselvet og det tripolare selvet: Kjerneselvet dannes i tidlig barndom og fungerer som et ankerfeste for menneskets personlighet. Kohut beskriver selvet som et dynamisk system med tre poler, derav det tripolare selvet:

Det grandiose selvet har et ønske om å bli sett og være verdens midtpunkt. Det er ivrig etter oppmerksomhet og er avhengig av bekreftende svar fra omgivelsene sine. Et narcissistisk raseri ligger på lur om det grandiose selvet blir ydmyket eller tråkket på. Dette selvet blir gradvis senteret for ambisjoner, og får sin unike utforming hos hver enkelt av oss. Den grandiose polen beveger seg fra selvunderkjenning til verdensmester, er sultent på oppmerksomhet, og søker bekreftende svar fra omgivelsene.

Det idealsøkende selvet søker følelsen av å bli holdt oppe av noe større enn seg selv, å hente styrke, trygghet, tillit og det å kunne stole på noen. Hos den umodne person ses savnet etter noe å orientere seg etter, noe som gir mening. Personer som mangler idealiserende selvobjekt-overføringer kan ende opp med å føle seg hjelpetrengende. I moden form kan man oppleve at man har en følelse av at man har normer og verdier som er forankret i personligheten og identiteten og en følelse av mestring. Den idealiserende polen beveger seg fra hjelpeløs til hjelper, og søker trygghet og tillit.

Det tvillingsøkende selvet står for vårt behov for en tilsvarende annen som bekrefter oss med sin likhet. Gjennom denne andre like, forankres viktige deler av meg selv. Vi kan dele det grunnleggende faktum at vi begge er mennesker som noe felles. Vi kan ha samme språk og kulturarv og tenke og føle likt om en rekke fenomener. Når personer føler seg like kan de føle at de slipper å si og forklare så mye, men gå ut ifra at den andre skjønner. Den tvillingsøkende polen beveger seg fra å være en outsider til å tilhøre et fellesskap, og gjenspeiler behovet for en tilsvarende annen som bekrefter en med sin likhet (Karterud, 1997).

Det fragmenterte selvet: Vi mennesker har behov for bekreftende selvobjekter hele livet, og ifølge Kohut er selvobjektsvikt og empatisvikt fra våre betydningsfulle omgivelser årsaken til all psykopatologi. Det vil få oss til å føle oss fragmentert, og negative følelser tar overhånd. (Haugsgjerd, 2009).

Hartmann (2000) skriver at når utviklingen stopper opp eller at det skjer en skjevutvikling, er grunnen mangel på adekvate selvobjektsopplevelser. Hvis man under oppveksten erfarer traumatiske opplevelser eller lite givende interpersonlige erfaringer, kan det senere i livet føre til fragmentert opplevelse av selvet. I følge selvpsykologien er det altså interpersonlige forhold og ikke intra-psykiske konflikter som ligger til grunn for utvikling av psykopatologi.

Kohut antok at opplevelsen av fragmentering satte i gang selvhelbredelses- og selvbevaringsforsøk. Han mente at et individ som ikke var godt nok bekreftet, ville søke etter bekreftelse. Selvet streber i samspill med andre etter å fullføre en indre utvikling som for noen har kommet skjevt ut i barndommen og for andre, senere i livet (Hartmann, 2000).

Selvsammenheng og Selvregulering: Det å oppfatte seg selv som den samme person over tid kan forklare begrepet selvsammenheng, og er ifølge Kohut noe alle mennesker streber etter i livet. For at selvet skal ha en normalutvikling er en avhengig av at inntoning fra betydningsfulle nære skal være tilfredsstillende, og at barnet mottar bekreftende respons på behov i ulike faser. Om barnet mottar denne empatiske responsen, vil det bidra til å styrke opplevelsen av et sammenhengende selv. Gjennom bekreftelse, omsorg og empati vil mennesket gradvis utvikle evnen til selvregulering av selvfølelse og selvtrøst. Manglende bekreftelse og respons vil oppleves som truende for barnet, og vil medføre en høy risiko for fragmentering. Videre bruker Kohut begrepet selvobjekt for å beskrive den funksjonen andre mennesker har for at individet skal opprettholde følelsen av å være et sammenhengende og meningsfylt selv (Karterud, 1997).

Selvobjekt og selvobjektsvikt: Begrepet selvobjekt henger sammen med empati som en observasjonsmåte. Objektbegrepet i psykoanalysen ble tidligere brukt om libidinøse og aggressive driftsderivater. Man snakket om indre og ytre objekter i betydningen objekter i den indre og den ytre verden. Det ytre objektet kunne observeres, sees og høres.

Et selvobjekt er noe subjektivt, og kan ikke veies eller måles. Det er en erfaring som ikke nødvendigvis er bevisst. 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. Kohut beskriver selvobjekter

som oksygenet i den lufta vi puster inn. Vi kan ikke klare oss uten. Vi kan ikke fornemme oksygenets tilstedeværelse, det bare er der. Det er først når det blir for lite at vi merker det (Karterud, 1997).

Selvobjekter er andre personer som gjennom sine handlinger og væremåte, støtter opp om opplevelsen av vitalitet, sammenheng og trygghet. Mennesket er relasjonelt helt fra fødselen av, og har grunnleggende behov for relasjoner gjennom hele livet. Ingen blir så modne og selvstendige at de ikke trenger selvobjekterfaringer. Selvet utvikler seg i samspillet med andre, og er avhengig av et tilfredsstillende selvobjektmiljø for å få en normal utvikling. Man blir styrket av gode relasjoner og svekket av dårlige (Hartmann, 2000).

Selvobjektsvikt: Når vi opplever empatisvikt fra vår betydningsfulle nære, kan negative følelser ta overhånd og vi kan føle oss fragmenterte. For å reparere denne selvobjektsvikten, må terapeuten møte pasienten med empatisk lytting og vise interesse gjennom å prøve å forstå pasientens opplevelse (Karterud, 1997).

2.3.3 Affektinntoning

Kan beskrives som en følelsesmessig innstemming til en annens stemningsleie på en spontan og umiddelbar måte (Bråten, 2004). Stern mente at om barnet opplevde ulike former for svikt i affektinntoning i tidlige relasjoner, så kunne det gi utslag i en forstyrret selvopplevelse, manglende følelse av selvsammenheng og på den måten bidra til at personen utvikler psykiske plager senere i livet. Det er ulike typer av uheldig inntoning:

Selektiv inntoning: Barnet blir kun møtt på visse deler av sin atferd og følelsesuttrykk. Ved selektiv inntoning stilles spesifikke krav og forventninger til barnets væremåte, og barnet får formidlet at det kun er deler av dets atferd og følelsesuttrykk som kan aksepteres. Barnet risikerer å utvikle et falskt jeg, som vil skjule den delen av seg som ikke føles akseptert.

Feilinntoning: Når barnet mottar uforutsigbare reaksjoner fra selvobjektet som ikke er i samsvar med den aktuelle situasjonen, vet aldri barnet hva det får tilbake når det gir noe av seg selv. Barnet kan utvikle et skjult selv, som vil praktisere minimal selvutlevering.

Overinntoning: Barnet får ikke uttrykke sitt eget jeg da selvobjektet tar over barnets opplevelse.

Manglende inntoning: Selvobjektet viser ikke interesse for barnet, og møter derfor ikke dets behov eller anstrenger seg for å forstå barnet (Schibbye, 2009).

2.3.4 Vitalitetsaffekt

Ved å oppleve selvsammenheng, kan man oppnå vitalitetsaffekt. Det å føle at man er levende, eller å føle at man har et levende selv, er grunnleggende for mennesket.

Vitalitetsaffekt kan også beskrives som det å kjenne følelser velle opp i seg og avta. Barnet føler sin pust, sin sult, det faller i søvn og blir løftet opp. Det handler om følelsen av å føle seg levende (Karterud, 1997). Bråten (2004) skriver om vitalitetsaffekten som en livsfølelse, det å ha lyst på livet. Den kan sammenlignes med den gode følelsen vi kan ha når vi synger eller danser sammen. Under en depresjon vil pasienten føle at livsgnisten eller livsfølelsen blir borte, man blir apatisk og mister lysten til å foreta seg noe som helst. Man kan få følelsen av verdiløshet og at man ikke betyr noe for noen. Man ønsker ikke å gjøre noe, møte noen og man har lett for å isolere seg. Man mangler vitalitetsaffekt. Utvikling av vitalitetsaffekter er avhengig av at omsorgspersonene er affekt-inntonende. Svikt i inntoningen kan føre til en svikt i selvsammenhengen.

2.3.5 Motstand

Motstand er et sentralt begrep i både klassisk psykoanalytisk og i selv-psykologisk teori. Den kan arte seg som en mer eller mindre bevisst tilbakeholdelse av informasjon, som ubevisst fortrenkning eller som ubevisst agering (Hartmann, 2000). Videre skriver Hartmann (2000) at motstand defineres som all bevisst og ubevisst psykisk aktivitet som motarbeider fremdrift i terapien. Kohut mener at motstand er en beskyttelsestrang som springer ut av individets trang til å unngå ubehag. Kohut understreker også at motstand ikke må ses på som motstand mot innsikt eller mot å bli frisk, men som en beskyttelse mot retraumatisering. Når terapeuten føler motstand, kan det være et signal på at terapeuten har aktivert angst, skyld, skam eller andre smertefulle følelser hos pasienten (Hartmann, 2000).

3.0 Empiri

Jeg jobber som sykepleier ved et DPS, og det er der jeg har hentet informasjonen til narrativet gjennom møter med Rakel. Rakel er en godt voksen kvinne som jeg har kjent gjennom flere år. Hun er gift og har voksne barn. Største delen av sitt voksne liv har hun hatt diagnosen manisk-depressiv lidelse, det som nå heter bipolar lidelse. I Rakels sykdomshistorie er det de maniske periodene som er mest fremtredende. Depresjonen inntreffer gjerne etter at medisinen har stabilisert manien, og hun sitter igjen med skammen over alt hun har gjort og sagt når stemningsleiet har vært for høyt.

Rakel skjønner at hun må ha medisiner etter en manisk periode. Men da hun har fungert godt og vært stabil en stund, føler hun at hun ikke trenger medisin lenger, og auto-seponerer disse. Da går det en liten stund før hun begynner å merke det forhøyede stemningsleiet. Det kommer snikende i form av sterkere følelser, økt energi og større kapasitet til å gjøre det hun skal. En ganske deilig tilstand når man har følt seg avflatet en stund, og derfor er manien velkommen helt til den har slitt henne ut, og har tappet henne helt for krefter.

Rakel kan fortelle om hvor godt hun har det når den maniske fasen av sykdommen kommer. Endelig føler hun seg levende sånn som i ungdomstiden. Hun har masse energi og trenger nesten ikke søvn. Hun blir irritert på mannen sin som hun føler ikke unner henne å ha det så bra. Han hysjer på henne og kjefter på henne når hun tar natten i bruk for å rekke alt hun har planer om å gjøre. Dette er en stor kilde til ufred i hjemmet. Når Rakel ikke får dekket sitt behov for å prate fordi mannen ønsker å sove, ringer hun ofte til familien sin og vekker de. Da hun skjønner at de ikke er glade for at hun ringer, blir hun ufin i språket og beskylder de for å ha en sammensvergelse mot henne. Hun sier styggeting til dem, som hun ikke skjønner hvor hun har fra i ettertid. Etter at hun ikke har flere å ringe, tar hun seg en tur ut i nabolaget for å ringe på dører. Hun forteller at hun av og til glemmer at hun ikke har klær på seg fordi det er natt, og besøker naboene i lite eller ingen klær. Dette er noe hun ser på som en bagatell når hun er manisk.

Naboene kjenner henne godt, og ringer mannen i stedet for politiet. Da kommer mannen og henter henne og tar henne med hjem. Av og til sier mannen hennes at han ikke klarer å bo sammen med henne lenger og at en av dem må flytte ut. I sånne situasjoner kan Rakel bli så sint og føle seg så urettferdig behandlet at hun slår sin mann.

Rakel får gjort mye praktisk under disse maniske fasene. Hun vasker, rydder og handler inn mat til den store gullmedalje. Selv om de bare er to i husholdningen, så handler hun inn store mengder mat hver dag. Hun fyller fryser, kjøleskap og kjøkkenbenkene. Hun stopper ikke å handle når det er fullt hjemme, men hun handler gjerne til trygda er oppbrukt. Dette skaper selvfølgelig også et høyt konfliktnivå i hjemmet.

Dette er bare noen få av hendelsene som er helt vanlig for Rakel når hun er manisk. Selv om hun føler seg urettferdig behandlet og misforstått under manien, så har hun god hukommelse og innsikt når stemningsleiet stabiliseres igjen. Da kommer klumpen i magen, bondeangeren og den store smertefulle skammen. Hun prøver å si til seg selv at gjort er gjort, og det kan det ikke gjøres noe med, det må glemmes. Allikevel popper det opp minner om ubehagelige episoder.

Med alderen har det heldigvis blitt lenger mellom disse episodene med auto-seponering og påfølgende manier. Kanskje har hun bedre oppfølging rundt medisineringen, eller så har sykdommen brent litt ut. Siden vi kjenner hverandre fra flere opphold bakover i tid, har vi en god relasjon selv om det er en stund siden vi treftes sist. Dette gjør at hun klarer å snakke om de ubehagelige følelsene og opplevelsene sine med meg.

Da Rakel var innlagt sist, hadde vi flere samtaler uten noe spesielt perspektiv i tankene, men i ettertid så mener jeg at bruk av selvpsykologi kunne vært til hjelp. Siden ikke noe perspektiv er brukt i samtalene, siteres ikke samtalen, men istedet noen av Rakels utsagn.

«Jeg kan huske at jeg en travel natt etter mye krangling, nektet min mann å sove. Jeg skjønner ikke hva jeg tenkte på. Han var så sliten, men jeg bare fortsatte og fortsatte med pratingen. Hvordan kunne jeg gjøre dette mot han jeg er glad i?» Hun kikket ned når hun fortalte dette. Hun løftet blikket etter en stund og det så ut som om hun ventet på at jeg skulle kritisere henne.

«En gang kledde jeg av meg på en fest i nabolaget og danset naken. Etterpå hadde jeg med meg en mann ut i hagen og jeg var utro mot mannen min. Jeg tenkte ikke på ham, eller på hva andre fikk med seg. Det følte så rett der og da. Nå er det bare vondt å tenke på at alle naboene har sett meg naken. Om noen fikk med seg hva som skjedde etter at vi gikk ut, vet jeg ikke.» Hun var på gråten når hun fortalte dette.

«Hver gang jeg har vært innlagt og kommer hjem igjen, prøver jeg å glemme alt det dumme jeg gjør når jeg er syk. Jeg bruker å love naboene at jeg aldri skal slutte med

medisiner igjen. Det blir verre for hver gang å stå og love det. De tror nok ikke på et ord jeg sier.»

«Det hender ofte at jeg setter pengene mine over styr når jeg er syk. Jeg handler til det ikke er mer igjen. Mannen min må ta seg av regningene mine, og betale det jeg har krevet opp på butikken. Jeg tenker visst bare på meg selv.» Hun kikker ned og ser lei seg ut når hun sier dette.

«Noen ganger blir jeg så innmari sint på familien min. Jeg vet ikke hvorfor det skjer, men jeg kjefter på dem, og sier masse stygge ting når jeg føler meg avvist. Selvfølgelig prøver de å avslutte telefonsamtalen når jeg ringer midt på natta. Jeg ringer visst ofte midt på natta. Jeg skjønner godt hvis de ikke er glade i meg lenger.» Rakel har tårer i øynene. Det er tydelig skamfullt for henne å snakke om sine handlinger i manisk tilstand. Samtidig som jeg ser at det gjør henne vondt å dele historiene, føler jeg samtidig en slags glede over at hun velger å dele de med akkurat meg. Det gir en følelse av at man har klart å nå inn til noen, samtidig som man føler ansvar for å behandle informasjonen man har fått respektfullt og riktig.

4.0 Diskusjon

4.1 *Å forstå pasienten med bipolar lidelse ut ifra selvpsykologiske termer*

I følge Kohuts selvpsykologi utvikles kjerneselvet i tidlig barndom. Kjerneselvet fungerer som et ankerfeste for menneskets personlighet. Kjerneselvet er ankerfestet til det tripolare selvet. En av de tre polene kalles «det grandiose selvet». Det grandiose selvet har et ønske om å bli sett og være verdens midtpunkt. Denne polen beveger seg fra selvunderkjenning til verdensmester.

Når Rakel er medisinert og har selvsammenheng, oppholder hun seg midt på denne polen. Når hun har sine maniske faser, beveger hun seg til ytterkanten hvor hun føler seg som en verdensmester. Under sine depresjoner er hun helt på den andre ytterkanten hvor selvunderkjennelsen råder.

Rakel sliter med skamfølelse. Mye kan nok skyldes hennes ukritiske oppførsel i maniske perioder. Det kan også tenkes at deler av Rakels skam sitter mye dypere og kan relateres til vedvarende mangel på empatisk respons i barndommen. Rakel har vokst opp med to syke foreldre som selvobjekter. De har kanskje ikke klart å gi henne den bekreftelsen, omsorgen og empatien hun trengte for å utvikle et sammenhengende selv. Om så var tilfelle har hun opplevd en såkalt selvobjektssvikt, hvor hennes foreldres empatisvikt førte til at Rakel kunne utvikle et fragmentert selv. I møtet med fraværet av respons, og manglende interesse, vokser skammen. Den dypeste form for skamopplevelse er å vise seg frem med sin kjærlighet for så å bli avvist. Man lærer at man ikke er elsk-verdig. Om Rakel vokste opp med lite givende interpersonlige erfaringer, kan det ha ført til at hun nå sitter med en fragmentert opplevelse av selvet.

I et selvpsykologisk perspektiv var Rakel avhengig av tilfredsstillende inntoning fra sine betydningsfulle nære for å oppnå en normalutvikling i barndommen. Når man er syk, er det ikke så lett å være adekvat tilstede for sine barn. Kanskje vil skaden som ble påført Rakel også gå utover Rakels barn igjen. Rakel har vært syk i mange år. Hun har hatt mange episoder både av mani og depresjoner, og har antakeligvis ikke klart å gi barna sine empatisk respons i alle viktige faser.

Rakels selvobjekter i barndommen var hennes foreldre, som begge var syke. Nå i voksen alder er hennes mann den som er nær og betydningsfull for henne. Hennes mann er også plaget av sykdom. Hvordan kan to psykisk syke mennesker fungere som hverandres selvobjekter uten at de drar hverandre nedover? Ut ifra det Rakel forteller, har mannen hennes tatt mye ansvar for at hverdagen skal fungere for henne. Han sørger for en viss døgnrytme og at hun tar medisinene sine. Når mannen er syk, mister hun den støtten som hun trenger for å fungere i hverdagen. Om Rakel opplever selvobjektssvikt når mannen blir syk, og at hun igjen blir syk på grunn av det, vet jeg ikke. Jeg kjenner ikke hjemmesituasjonen godt nok til å uttale meg om det, men det hadde vært interessant å vite om det var en sammenheng i syklusen til Rakels og mannens episoder av sykdom.

Når Rakel legges inn på DPS, starter hun alltid de første samtalene med at hun har det bra. Hun sier at det har skjedd mye, men det er ikke noe å tenke på. «Gjort er gjort, og det er bare å glemme.»- bruker hun å si. Etter å ha satt meg inn i selvpsykologien, kan dette se ut som om dette er Rakels motstand mot å kjenne på ubehagelige følelser. Det kan se ut som om hun vegrer seg for å gi informasjon som kan være nyttig i samtalene. Denne motstanden kan ses på som et slags forsvar mot retraumatisering og et ønske om å hindre de vonde følelsene å komme krypene tilbake. Det er ingen motstand mot å bli frisk eller oppnå innsikt. Kohut så på terapien som en ny mulighet til å gjenoppta stanset selvutvikling. Han har gitt interpersonlige forhold en mye større betydning i forhold til psykopatologi. Rakel må få en opplevelse av å bli sett og forstått, og bli møtt på en ny måte. Dette kan bidra til at Rakel kommer i kontakt med sine egne vitale følelser. Dette gjøres gjennom empatisk lytting og fortolkning. Slik repareres den opplevde selvobjektssvikten, og Rakel kan dermed føle seg hel uten skam og skyld.

4.2 Reisen mellom ytterpunktene i det grandiose selvet

Det grandiose selvet er en av aksene på det tripolare selvet. Det strekker seg mellom de to ytterpunktene selvunderkjenning og det å være verdensmester. For mennesker med bipolar lidelse kan det være en stadig pågående kamp å klare å holde seg på et akseptabelt og levelig sted på denne aksene. I følge Young (2010), er det behov for både medikamentell behandling og psykoterapi for å kunne stabiliseres stemningsmessig når man har en bipolar lidelse.

På den ene siden har Rakel sine maniske perioder der hun er verdensmester og føler at hun greier alt. Hun baker, vasker og rekker over alle gjøremål. Det hender ofte at hun blamerer seg selv ute i det offentlige rom i disse fasene. På den andre siden har hun også disse periodene med nedstemthet, hvor hun ikke mestrer noen ting. Hun klarer ikke lage mat, husarbeidet hopper seg opp og hun føler behov for å være alene. Hun trekker seg tilbake, og har lett for å isolere seg i hjemmet.

Mellom disse ytterpunktene i Rakels liv har hun foretatt mange slitsomme «reiser».

For noen mennesker med denne lidelsen svinger stemningsleiet sakte. De begynner tidlig å merke at søvnen endrer seg og at de kan ha mer tankekjør. Det er da viktig å gripe inn og regulere seg så man ikke blir overstimulert, for å slippe en ny fase med mani. Ifølge Deitz (1995), kan de som kjenner igjen symptomene sine tidlig, klare å regulere seg selv uten endringer i medikasjonen. Andre med denne lidelsen pendler så raskt imellom de ulike fasene at de kan våkne opp med mani en morgen selv om dagen før var rolig. Disse menneskene har en mye større utfordring i forhold til å stabilisere seg stemningsmessig.

Rakel har god hjelp fra mannen sin til å klare seg i hverdagen, blant annet til medisinerer. Han bor sammen med henne og merker kanskje før henne når endringene i stemningsleiet inntreffer. Når mannen er syk sitter Rakel med ansvaret alene. Da er det lettere for Rakel å slutte å ta medisinen sin.

Rakel sier at hun slutter med medisinene sine fordi hun føler seg frisk. Men er det virkelig slik at hun lar seg selv lure gang på gang? Kan det tenkes at hun slutter med medisinene fordi hun savner energien, gleden og følelsen av å være verdensmester? En annen mulig forklaring på at Rakel slutter å ta medisinen sin kan være at hun kjenner på ubehagelige følelser når hun har selvsammenheng. Når hun er tilstede i sitt eget liv kan man ikke rømme unna tankene og følelsene sine. En stund etter at hun har sluttet å ta medisinene sine, vil hun begynne å bevege seg mot en mani igjen.

Rakel sier at hun blir veldig sliten av å svinge sånn i stemningsleiet. I de maniske fasene bruker hun energi hun ikke har, og i de depressive fasene har hun ikke energi til noen ting. For hver gang hun foretar «reisen mellom ytterpunktene», mister hun noe av håpet om å bli bra igjen.

Rakel må lære seg til å ta større ansvar for egen sykdom. Kanskje er det en hvilepute for henne at mannen tar så mye ansvar. Da er det ikke i hennes makt å forebygge

sykdomsepisodene. På denne måten blir det veldig sårbart når han blir syk. For å ta mer ansvar må hun få hjelp til å få innsikt i egen sykdom, og lære seg å kjenne igjen forvarslene. Hun må prøve å kjenne igjen, erkjenne og bearbeide følelsene sine. Når hun innser at bipolar lidelse er noe hun har, og ikke noe hun er, kan det være lettere å innse at man trenger medisiner (Deitz, 1995). Det er viktig med raskest mulig tilheling. Restselvet til Rakel må mobilisere og finne igjen seg selv etter hver episode. Hun må lære seg selvregulering for å kunne oppnå selvsammenheng.

Selv om det har vært jobbet mye med selvpsykologiens identifisering og behandling av vonde følelser som blant annet skam, så kan det virke som om den vanlige praksis i psykiatrien er å medisinere bort symptomene til folk som har det vanskelig. Folk er vanligvis ikke klar over hva de føler og hva disse følelsene gjør med dem. Selv om man demper symptomene, er man jo ikke blitt kvitt problemene sine.

Det er også en viktig faktor at psykoterapi kan virke destabiliserende i seg selv på pasienter med bipolar lidelse (Deitz, 1995), og det er kanskje lurt at pasienten er innlagt i institusjon når behandlingen foregår.

4.3 Vitalitetsaffekt

Når Rakel kommer til avdelingen er hun stille og tilbaketrukket. Hun møter ikke alltid blikket under samtaler, og hun har en tendens til å trekke seg tilbake til rommet sitt. Det kan se ut som om hun ikke finner noen glede i de situasjonene som ellers tiltaler henne. Erfaringsvis vil dette endre seg utover oppholdet, da hun gradvis åpner seg mer opp. Rakel er til vanlig en sosial og glad dame som liker å prate med andre, hun strikker og spiller gitar. Etter hvert som hun føler seg mer samlet og sammenhengende, vil hun få mer kontakt med seg selv og sine følelser.

Med det samme synes Rakel at det er godt å «komme til seg selv» igjen, og ha mer kontroll over sin væremåte. Da tenker hun på alt hun sier og gjør når hun er manisk og utflytende, som hun klarer å unngå når hun er medisinert. Men det å inneha selvsammenheng kan også være en smertefull tilstand. Da er man nærmere sine følelser på godt og vondt. For mange pasienter med bipolar lidelse er det mange vonde tanker og følelser som også kommer opp til overflaten når selvsammenhengen inntreffer.

Selvsammenhengen kan således bli en trussel. Pasienten kan bevisst eller ubevisst begynne å vise motstand under behandlingen. Denne motstanden må ikke ses på som en motstand mot å bli frisk, men som en motstand mot å oppleve ubehag. Ubegagget oppstår når man snakker om tema som aktiverer trusler mot individets grunnleggende selvfølelse.

Motstanden kan opptre som at man ikke snakker om det som er viktig i samtalene ved å utelate informasjon, eller bare å snakke om ufarlige tema. Når det oppstår motstand i behandlingen er det alltid behandlerens ansvar. Han må inntone seg bedre for å treffe pasienten der han er. Behandler må etterstrebe å oppnå den trygge relasjonen som innbyr til å snakke om det skamfulle.

Pasienten kan også unngå å møte opp til samtaler eller slutte å ta medisinen slik at hun blir mindre selvsammenhengende som en slags flukt for å slippe å kjenne på ubehagelige følelser som kan oppstå i behandlingssamtalene.

Kanskje kan Rakels gjentakende autoseponering av medikamenter skyldes en ubevisst flukt fra selvsammenhengen? Samtidig som hun sier at hun føler seg følelsesmessig flat og mindre levende når hun er medisinert, kan det også tenkes at hun må forholde seg til følelser som ikke er så gode å kjenne på.

På denne måten blir Rakel sin egen verste fiende ved å flykte tilbake til en fragmentert tilstand for å slippe ubehagelige følelser. Da vil hun til enhver tid motarbeide bedring av sin psykiske tilstand.

For å oppnå vitalitetsaffekt må man ha en selvsammenheng. Det vil si å føle seg som den samme personen over tid. Ifølge Kohut er selvsammenheng noe alle mennesker streber etter hele livet. Her er den viktigste terapeutiske erfaringen at pasienten får en genuin opplevelse av å bli forstått av terapeuten. En slik forståelse vil føre til en reparasjon av selvet og til oppbygging av en ny psykisk struktur. Pasienten får en opplevelse av at selvet blir sterkere og mer sammenhengende og får derved en ny sjanse til å realisere sine utviklingsmuligheter (Hartmann, 2000).

Selvpsykologien legger vekt på jevnbyrdighet i forholdet mellom pasient og terapeut, og terapeuten inntar derfor ingen ekspertrolle. For mange selvpsykologer er empati et aktivt virkemiddel der følelsesmessig forståelse, bekreftelse og anerkjennelse er viktige ingredienser. Terapeuten prøver gjennom empatisk lytting og forståelse å gjøre pasientens tilsynelatende ubegripelige følelser og reaksjoner begripelige. Dette gir en bekreftelse som

styrker selvfølelsen og en opplevelse av sammenheng, mening og vitalitet (Hartmann, 2000).

Ut ifra dette kan det se ut som om skammen må bearbeides før pasienten klarer å oppnå vitalitetsaffekt, og vitalitetsaffekten er grunnleggende for at Rakel skal kunne oppnå varig endring i sitt liv. Rakel må styrke sin vitalitetsaffekt for å ønske å være i sitt liv og ikke flykte unna til et fragmentert selv. Vitalitetsaffekten kan styrkes ved at hun tar opp igjen interesser som hun har hatt glede av tidligere. Hun kan begynne å strikke igjen, og kanskje begynne å gå på dagsenteret for å dele denne gleden med andre. Hun kan ta opp igjen gitarspillingen som hun elsket da hun var yngre. Musikkglede gir økt vitalitetsaffekt. Videre er det viktig å ha noe i livet sitt å kjempe for, noe som gjør at du ønsker å være frisk og være til stede. Rakel må styrke sin vitalitetsaffekt nok til å være selvgående. Når mannen blir syk og ikke er til like stor støtte for henne, må hun finne andre støttespillere slik at ikke hverdagen hennes blir så vanskelig at hun rømmer tilbake til en tilværelse hvor selvet fragmenteres.

4.4 Bearbeidelse av skamfølelse

Rakel vegrer seg ofte for å snakke om hva som har skjedd hjemme i forkant av innleggelsen. Under samtale kan hun fortelle om ting hun har sagt og gjort tidligere. Det kan virke som om hun har klart å distansere seg litt til disse hendelsene. Det er verre å snakke om det som nylig har skjedd. Kanskje er det sånn Rakel har klart å leve med seg selv og alle vonde følelser? Å distansere seg og fortelle historien som om man egentlig ikke er en del av den.

I et selvpsykologisk perspektiv trenger ikke skammen være utløst av åpenbare krenkelser. Spedbarnet søker tilknytning og respons for å utvikle selvfølelsen. En slik empatisk respons bidrar til å styrke opplevelsen av et sammenhengende selv og evner til å regulere selvfølelsen og til selvtrøst. Ved vedvarende mangel og fravær av empatisk respons fra selvobjektene vokser skammen frem (Karterud, 1997).

Clark (2010), mener at ved å være ikke-dømmende, og ved å ha en aksepterende holdning ovenfor pasienten, så vil det fremme pasientens selvaksept. Ved å fremme selvaksepten letter man prosessen med å tilgi seg selv. Rakel snakker alltid om at hun er lei seg for alt hun gjør som går ut over andre. Kanskje tror hun at skammen blir borte om hun får

tilgivelse av de menneskene som hun mener at hun har plaget. Det har aldri vært snakk om å akseptere fortiden og tilgi seg selv. Ifølge selvpsykologien er det interpersonlig viktig, men hvordan kan andre tilgi Rakel om hun ikke kan tilgi seg selv? Dette er noe vi kan snakke om, hvis Rakel kommer til en ny innleggelse.

Skårderud sier at skammen handler om blottstillelse. Det å bli avslørt som en annen enn den man vil være. Den akutte skamfølelsen oppleves som et dypt ubehag.

Å ha skam kan vise seg på forskjellige måter. Det er ikke alltid pasienten klarer å håndtere følelsene sine selv. Skammen er dessuten ofte uten språk. Det ligger vonde uidentifiserte følelser der som man ikke får jobbet med fordi man ikke vet hvor de kommer fra, eller hva de kommer av. Psykisk helsearbeider må gjennom samtalene hjelpe pasienten til å gjenkjenne skammen og sette ord på den. Først da kan man begynne å bearbeide den. Kanskje er det sånn at Rakel kjenner på mange vonde følelser som hun ikke klarer å plassere. Når man ikke har ord på følelser, er det ikke lett å formidle hva man føler.

En måte å bearbeide skam på kan være å delta i grupper som jobber med temaet skam. Ifølge Smith (2008), så kan man bruke gruppen til å øke forståelsen og gi positiv speiling. Dette gjøres ved at man lytter og kjenner igjen sine egne skamfulle erfaringer og situasjoner gjennom andres historier. På denne måten er det mye lettere å få en forståelse av situasjonen istedenfor å kritisere den. Ved å forstå og akseptere andres historier uten å dømme, så jobber man også med å være mindre dømmende ovenfor seg selv. Man gir andres erfaring en mer positiv røst, og kan tillate videreutviklingen av selvet. På denne måten jobber man mot et mindre fragmentert selv og får bukt med skammen.

Hjelperens oppgave er å finne pasientens følelser under samtalene. Her er det viktig at behandleren har en korrekt inntoning til brukeren slik at hun kommer i kontakt med egne vitale følelser. Behandler skal ikke være dirigerende eller dømmende. Målet er å gi en opplevelse av å bli sett, forstått og møtt på en ny måte. Dette kan føre til at pasienten kommer i kontakt med sine vitale følelser.

Vi er kanskje for forsiktige med å snakke med pasientene om skam. Vi er redde for at de skal miste ansikt og få det vondt. Dette kan være en misforstått skånsel om det viser seg at det er nødvendig å snakke åpent om ting for å komme videre.

Det at helsepersonell ikke er flinke nok til å gjenkjenne skam kan også være et problem. Uansett om helsearbeider ikke kjenner igjen skammen, eller om de lar være å snakke om den for å skåne pasientens følelser, så bekrefter de kanskje pasientens tanker om at dette er noe vi ikke snakker om.

Ut ifra dette kan det således se ut som at i tillegg til gruppeterapi, er det behandlerens empati og inntoning som kan være nøkkelen til å bearbeide Rakels skam, slik at hun igjen kan få tilbake sin vitalitetsaffekt og oppnå et sammenhengende selv. En selvpsykologisk behandling vil jobbe mot at pasienten føler seg hel uten skam og skyld.

5.0 Konklusjon

Det kan se ut som om det er behov for både medikamentell behandling, samtaleterapi og egeninnsats for å hjelpe pasienter med bipolar lidelse til å holde sykdommen i sjakk. Når det er snakk om skam, er det nok ingen medisiner som kan behandle. Man kan kanskje dempe symptomer, men ikke behandle. I arbeidet med å identifisere, erkjenne og behandle skam, ser det ut til at selvsykologi kan være et godt hjelpemiddel. Den empatiske og inntonende tilnæringsmåten i selvsykologien kan hjelpe pasienten til å klare å ha fokus på sine vitale følelser. Gjennom terapeutens empatiske lytting og fortolking, kan selvobjekts-svikten repareres. Dette kan fremme en mer aksepterende, medfølende og realistisk opplevelse av seg selv, og pasienten kan dermed føle seg hel, uten skam og skyld. Ut ifra dette kan det således se ut som om empati og inntoning kan være nøkkelen til å bearbeide skam. Pasienten kan få tilbake sin vitalitetsaffekt og således oppnå et sammenhengende selv.

Den psykiske helsearbeideren må lære seg å kjenne igjen skam og skjønne når pasientens motstand trår inn i samtalen. Motstand er alltid tegn på behandlers feilinntoning. Essensielt i behandlingen er også jevnbyrdigheten i forholdet, og at det er avsatt nok tid.

Pasienten må informeres om viktigheten av god døgnrytme og søvn for å unngå å utløse nye episoder med mani/depresjon. Om Rakel klarer å unngå svingningene i stemningsleiet, så unngår hun også de situasjonene hvor hun blamerer seg ovenfor andre og skaper nye skam-fremkallende hendelser.

Bipolar lidelse knyttes til stor selvmordsfare. Det kunne derfor ha vært interessant med forskning på om skam etter manisk periode kan være en faktor som spiller inn. I tilfelle kan det jo rettes mer fokus på bearbeiding av skammen og ikke bare slå seg til ro med at pasienten har «landet» etter en manisk fase. Om så hadde vært tilfelle, hadde man hatt en håndfast problemstilling i jobben med å redusere antall selvmord blant mennesker med bipolar lidelse.

Bipolare lidelser kan være vanskelige å behandle. Det kan være vanskelig å finne både rett type, og rett mengde medisin. Kan reaksjoner fra skam i seg selv være med på å

vanskeliggjøre jobben med å stabilisere svingningene til mennesker med bipolar lidelse medikamentelt? - kan man ved å eliminere/ minske skam, lette behandlingen av bipolar lidelse?

Det kunne også vært interessant med forskning på hvilke senskader ubehandlet skam kan føre til.

Referanser

BMJ Publishing Group Limited (lest: 07.03.16).

<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/pdf/patient-summaries/en-gb/531855.pdf>

Bråten, Stein. 2004. «*Kommunikasjon og samspill; fra fødsel til alderdom*» 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Clark, Andrew. 2012. «*Working With Guilt and Shame*» i *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 18 no. 2 137-143.

<http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.110.008326>

Deitz, Jefferey. 1995. «*The Self-Psychological Approach to the Bipolar Spectrum Disorders*» i *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, Vol 23/3.475-492.

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.

Helsedirektoratet. 2012. «*Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*». (Lest 09.01.16).

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

Holm, Ulla. 2005. «*Empati. Å forstå menneskers følelser*» Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jackson, Murray. 1993. «*Manic-Depressive Psychosis: Psychopathology and Individual Psychotherapy within a Psychodynamic Milieu*» i *Psychoanalytic Psychotherapy*, 7:2, 103-133.

<http://dx.doi.org/10.1080/02668739300700091>

Karterud, Sigmund. 1997. «*Heinz Kohuts selvspsykologi*» I *Selvspsykologi*, Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, red. s. 13 – 28. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Malt, Fredrik Ulrik, Gunnar Morken, Ketil J. Ødegaard og Ole A, Andreassen. 2012. «*Lærebok i psykiatri*» 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Norsk Legemiddelhåndbok (lest: 07.03.16).

<http://legemiddelhandboka.no/Terapi/s%C3%B8ker/+%2Bbipolar+%2Blidelse/8810>

Pines, Malcolm.1987. «*Shame- What Psychoanalysis Does and Does Not Say*» i *Group Analysis*. Sage Publications, Vol: 20 Iss: 1, s.16-31.

Schei, Edvin. 2006. «*Skam i pasientrollen*» I *Skam i det medisinske rom*, red. Pål Gulbrandsen, 15-30. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 2009. «*Relasjoner; et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*» Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, Finn. 1998. «*Uro; En reise i det moderne selvet*» Oslo: H. Aschehoug & co.

Skårderud, Finn. 2001. «*Skammens stemmer: Om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet*». Tidsskr Nor Lægeforen nr.13, 2001; 121.

<http://tidsskriftet.no/article/330441>

Skårderud, Finn. 2001. «*Tapte ansikter*» I *Skam; Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*, red. Trygve Wyller, 37-52. Polen: OZGraf SA.

Smith, Margaret. 2008. «*Working With Shame in Therapeutic Groups*» i *The Group-Analytic Society* (London), Vol 41(3):252-264.

Urnes, Øyvind. 1997. «*Utviklingspsykologi og selvspsykologi*» I *Selvspsykologi*, Sigmund Karterud, og Jon T. Monsen, red., s. 64 – 89. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Young, Barbara. 2010. «*The Role of Psychotherapy in the Bipolar Disorders; Dynamic Psychotherapy as an Adjunkt to Pharmacotherapy*» i *Annals of Psychotherapy & integrative health*, Vol 13 Iss: 1, 42-49.