



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Fra mål og tiltak til en selvsykologisk forståelse**

**Marianne Berg**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 32**

**Molde, 19.04.2018**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjellaug Myklebust

## 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: 19.04.2018

**Antall ord: 8495**

## Sammendrag

Mennesker med rus og alvorlig psykisk lidelse lever ofte kaotiske og utsatte liv og mange trenger støtte på flere livsområder. Denne oppgaven omhandler en selvpsykologisk tilnærming i møte med mennesker med samtidig rus og alvorlig psykisk lidelse. I rusomsorgen har det vært en tradisjon å utarbeide mål og tiltak for å hjelpe målgruppen, samtidig er min erfaring at den tradisjonelle tilnærmingen ikke alltid er tilstrekkelig. Selvpsykologi har en grunnholdning som setter empati og inntoning til pasienten sentralt, og forklarer svikt i relasjoner som årsak til psykopatologi. Terapiens mål er vitalitetsaffekt som er grunnleggende for mennesker og basis for sunnhet. Jeg innsett at en selvpsykologisk tilnærming ikke trenger å stå i motsetningsforhold til å jobbe med mål og tiltak, men kan heller illustreres med at en har fått flere «verktøy» i «verktøykassa». Det handler om affektinntoning, vente til pasienten er klar, og når selvet er tilstrekkelig «konsolidert» vil det vokse frem egne mål og ambisjoner hos den enkelte.

Innledningsvis presenteres forskning, gjeldende praksis på fagfeltet og hvordan en kan forstå rus og alvorlig psykisk lidelse ut i fra et selvpsykologisk perspektiv. I teoridelen belyses begrepene rus og psykisk lidelse, selvpsykologi, selvet, affektinntoning og vitalitetsaffekt. I tillegg forklares hvordan manglende tilgang til vitale følelser for noen kan gi et større behov for rusmidler. I empirien skildres samhandling med Ulrik som har opplevd selvobjektsvikt, har manglende tilgang til vitale følelser og bruker rus som et middel for å føle seg levende og dempe indre mental smerte. Avslutningsvis i diskusjonsdelen analyseres og beskrives tidligere møter med pasienten. Og det drøftes hvordan en alternativt med en selvpsykologisk forståelse kanskje kan hjelpe han på en mer hensiktsmessig måte. Funnene i oppgaven var at pasienter med mangelfull tilgang til vitale følelser kan med en selvpsykologisk tilnærming ha større mulighet å komme i kontakt med egne mål og ambisjoner.

## **Innhold**

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	5
1.2	Litteratursøk .....	5
<b>2.0</b>	<b>Teori.....</b>	<b>6</b>
2.1	Rus og psykisk lidelse .....	6
2.2	Selvpsykologi .....	8
2.2.1	Selvet.....	9
2.2.2	Empati .....	11
2.2.3	Affektinntoning .....	12
2.2.4	Vitalitetsaffekt.....	14
<b>3.0</b>	<b>Empiri.....</b>	<b>15</b>
3.1	Besøk 1 .....	15
3.2	Besøk 2 .....	16
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>17</b>
4.1	Hvordan forstå Ulriks livssituasjon .....	17
4.2	Mål, tiltak og rydding sett i lys av selvpsykologisk teori.....	18
4.3	Empati og affektinntoning som en legende prosess .....	20
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon og ideer til videre fagutvikling .....</b>	<b>23</b>
	<b>Referanser.....</b>	<b>24</b>

## 1.0 Introduksjon

Rus og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell oppmerksomhet. Det åpnes for muligheter til både bedring av symptomer og livskvalitet dersom man koordinerer utredningen og behandlingen av disse lidelsene sammen. Mennesker med en slik komorbiditet kan ha problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet, ha marginal økonomi og dårlig livskvalitet. Flere bruker rusmidler på en ødeleggende måte, kan være vanskelig å nå med gode behandlingstilbud og faller lett ut av behandlingstiltak. Det kreves derfor hjelpere med spesielle ferdigheter, der den viktigste terapeutiske egenskapen kanskje er interesse og holdninger. Det handler om respekt og empati, og å ha en evne til å se verdighet bak mye elendighet og mange brutte avtaler (Helsedirektoratet 2012).

Forekomsten av ruslidelser er opp til 10 ganger høyere blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse sammenlignet med den generelle befolkningen. Blant pasienter med schizofreni hadde 25 % også en ruslidelse, av disse hadde ca. 5 % alkohollidelse, 15 % annen ruslidelse og 5 % begge deler (Nesvåg 2015). Forekomsten av rusmisbruk de seks siste månedene blant de med psykiske lidelser var mellom 25 % og 35% (Graham 2001). Det er ingen korrelasjon mellom spesifikke psykiske lidelser og bruk av spesifikke rusmidler. Samtidig viser studier at sentralstimulerende midler er knyttet til utvikling av psykosesymptomer (Curran 2004).

Selv med økt oppmerksomhet de siste årene er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning og behandling av mennesker med rus og psykiske lidelser. Noen pasienter forblir også uoppdaget fordi man ikke har sett den psykiske lidelsen bak rusproblemet. Mennesker med rus og psykiske lidelser blir også omtalt som ROP pasienter og dobbeltdiagnose pasienter (Helsedirektoratet 2012). Tidligere skilte helsevesenet i langt større grad mellom ruslidelse og psykiske lidelse. Det vil si at psykisk helsevern ikke anså rus som sitt ansvarsområde, og rusomsorgen ikke anså behandling av psykiske lidelse som sitt ansvarsområde. Som følge av dette ble pasientene «kasteballer» i systemet (Mueser 2006).

For å forhindre dette er det utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling av personer med samtidig rus og psykisk lidelse:

Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke. For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan. Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres et forpliktende samarbeid. Uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende (Helsedirektoratet 2012, 4).

Til daglig arbeider jeg i et oppsøkende team for mennesker med rus og psykiske lidelser. Et tverrfaglig sammensatt team bestående av sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, psykolog, lege og erfaringsmedarbeider. Vi følger nasjonale retningslinjer, med behandling som inneholder blant annet vurderinger av symptomtrykk, suicidrisiko, kognitiv terapi og motiverende intervju. Som vernepleier har jeg ofte sammen med pasienten utarbeidet mål og tiltak med hensikt å finne mening i tilværelsen. Erfaring viser at det kan være utfordrende å finne mål, særskilt i samarbeid med personer med rus og alvorlige psykisk lidelse. Videreutdanningen i psykisk helsearbeid har tilført meg flere ulike tilnæringsmetoder. Blant annet en selvpsykologisk tilnærming som kan være nyttig i møte med pasienter med mangelfull tilgang til vitale følelser.

Hari (2015) viser til et eksperiment fra 1970-taller om rus utført på rotter. Rotten ble plassert i et bur alene med to vannbeholdere, en med vann og en med narkotika. Rotten ble avhengig av narkotika før den etter hvert døde. Alexander (1978) hevder at det er åpenbart at ensomme rotter i kjedelige bur vil velge narkotika fremfor vann. Dette førte til at han konstruerte en romslig rottepark, et paradys for rotter, i fellesskap med andre rotter og leker. Samtidig fikk rottene fri tilgang til narkotika. Overraskende nok valgte rottene å ikke ruse seg. Senere ble studiet videreutviklet. Isolert i et bur alene fikk rottene narkotika i 57 dager. Tungt avhengig ble de plassert i rotteparken. Til forskerens overraskelse reduserte rottene gradvis bruken av narkotika til de til slutt var rusfri og levde resten av sine liv helt uten rus (Alexander 1978).



Et lignende resultat fant en i studier om mennesker som hadde deltatt Vietnamkrigen. 20 % av de amerikanske troppene brukte store mengder heroin under krigen. Av de hjemreisende soldatene ble det oppdaget at rehabilitering var unødvendig, da de ikke fikk abstinenser. Etter hjemkomst fant man at 95 % sluttet helt med rusmidler (Robins, Helzer og Hesselbrock 2010). I motsetning til den biologiske teorien om avhengighet, argumenterer Alexander for at den sosiale konteksten hadde stor betydning for soldatenes bruk av rusmidler (Alexander 1978). Under Vietnamkrigen, der soldater ble presset til å ta liv og selv kunne dø, ble kanskje heroin den eneste løsningen på å håndtere ekstreme mentale belastninger. Når soldatene kom hjem til venner og familie i trygge omgivelser, kan det sammenlignes med å bli tatt ut av det første buret og satt inn i rotte-parken for mennesker. Mennesker har et medfødt behov for bånd og relasjoner. Når mennesker har sunne og gode liv, vil de skape bånd til andre mennesker. Men når en ikke kan, fordi en er traumatisert, isolert eller er på bunn i livet, knyttes ofte bånd til noe annet som gir en følelse av lettelse. Det kan være å konstant sjekke smart telefonen, videospill, gambling eller kokain. Mennesker vil uansett knytte bånd til noe, for det ligger i menneskers natur (Hari 2015).

Hari (2015) hevder at veien ut av usunne bånd, er å knytte sunne bånd, han ser på avhengighet som et symptom på manglende kontakt med andre mennesker. Videre hevder han at kampen som har vært kjempet mot rus i århundrer har gjort alt verre. Istedenfor å hjelpe folk til å få det bedre slik at de får livet på rett kjøll, blir de utstøtt av samfunnet og det blir vanskelig få jobb slik at de kan gjenvinne stabilitet i livet. Hvis de blir tatt med narkotika kastes de i fengsel, noe som kan sammenlignes med bur. Hari (2015) hevder mennesker som ikke har det bra settes i en situasjon hvor alt blir verre og at samfunnet dømmer dem for at de ikke blir bedre. Han mener at fokuset bør dreies bort fra den individuelle bedring av avhengighet og heller rettes mot en sosial bedring. En må bygge et samfunn som likner rotteparken istedenfor isolerte bur, en må endre den unaturlige måten å leve på og gjenoppdage hverandre. Det motsatte av avhengighet er ikke edruelighet, det er bånd (Hari 2015).

Hari (2015) belyser menneskers behov for å knytte bånd og relasjoner. Samtidig er rus og psykisk helse et klinisk felt preget av flere faglige tilnærminger som lever side om side. Det har blitt utviklet hypoteser om behandling som virker for noen, men ikke virker for andre. En psykodynamisk tilnærming ser på sykdommen som et resultat av mangel på sunn utvikling og vekst, denne tilnærmingen har både vært tilstede og fraværende i rusbehandling.

Med det menes at behandlere har operert ut fra psykodynamiske prinsipper uten å være klar over det eller erkjenne det. Selv om det blir brukt mye penger og ressurser til å prøve å forstå og behandle rusproblemer har en fortsatt ikke greid å finne årsaken til rusavhengighet (Føyn og Shaygani 2010).

Pettersen (2013) skriver at for noen pasienter med alvorlig psykisk lidelse er rusbruk en klar strategi for å dempe symptomer, håndtere hverdagen eller motvirke bivirkninger av medisin. Flere av disse opplever ofte flere positive enn negative erfaringer med å ruse seg. Han mener at det ikke er tilfeldig hvilket rusmiddel hver og en velger å bruke, og understreker at ansatte i behandlingsapparatet lytter for lite til de som har «skoene» på. Pettersen (2013) intervjuet 11 pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse der den psykiske lidelsen oppsto først, rusbruken senere. Pasientene ble spurt om hvorfor de bruker rus, og hvordan de opplever at rusbruket påvirket den psykiske lidelsen. *«Det kan gå 24 dager, så fjerner 12 øl alle problemene mine. Jeg får en pause (...) så kan jeg begynne på nytt, holde ut 24 dager til. Så, 12 øl til. Sånn er livet mitt,»* sa en av de som ble intervjuet. Flere av informantene mente alkohol minsker angst og depresjon. De brukte alkohol for å roe seg ned, for å sove om natten og for å få en «time-out» fra sykdommen. Cannabis hjalp dem med å dempe lyden av indre stemmer. Amfetamin ble brukt av ulike årsaker, som blant annet å motvirke bivirkninger av antipsykotiske medikamenter. Medikamentene har ofte alvorlige bivirkninger som vektøkning, søvnløshet, mangel på energi og tiltaksløst. Noen av pasientene tok amfetamin for å få mer energi. *«Jeg begynte med amfetamin for å gjøre noe med bivirkningene av medisinen jeg tok. (...) Jeg sov så mye at det eneste jeg ønsket var en dag eller en helg hvor jeg var våken.»* Gjennom bruk av rusmidler opplever de at de kan ha kontroll over livet og hverdagen. De fleste ruset seg ikke hver dag, men rusbruken økte i perioder når symptomene var sterke (Pettersen 2013).

## 1.1 Problemstilling

**Fra mål og tiltak til en selvpsykologisk forståelse, hvordan hjelpe mennesker med samtidig rus og alvorlig psykisk lidelse?**

Litteraturen om rus og psykisk lidelse er hentet fra fagbøker, databaser, helsebiblioteket og helsedirektoratet. Oppgaven avgrenses til å handle om relasjonens betydning for den psykiske helsen, spesielt mellom pasient og behandler.

## 1.2 Litteratursøk

Database	Søkeord	Antall treff
<b>Oria</b>	Selvpsykologi OG rus	0
	Selvpsykologi OG ROP	2
	Selvpsykologi OG dobbeltdiagnose	4
	Vitalitetsaffekt	5
<b>Psyk.INFO</b>	Self psychology AND dual disorders	0
	Psychodynamic*AND dual disorders	64
<b>SweMed+</b>	Self psychology	719
	Addicton	367
	Self psychology AND addiction	3
	Rus	29
	Vitalitetsaffekt	1
<b>PubMed</b>	Psychodynamic*AND dual disorders	21
	Relationships AND drug addiction AND treatment	27

I databasesøket gikk jeg gjennom titler og abstrakter, og bestilte de artiklene som virket mest relevant for det aktuelle temaet.

## 2.0 Teori

### 2.1 Rus og psykisk lidelse

Begrepet dobbeltdiagnose innebærer at et individ har to selvstendige medisinske lidelser i kombinasjon med omfattende rusmisbruk. Det er kjent at rus og psykiske lidelser har flere årsakssammenhenger. Samtidig som at rusmisbruk påvirker hjernefunksjoner og adferd. Derav er ingen enkeltstående behandling tilstrekkelig for alle med rusavhengighet. Tiltak må tilpasses individets rusmiddelavhengighet, situasjon og spesielle problemer. Behandling skal være lett tilgjengelig og tidlig intervensjon øker sjansen for et positivt utfall. For at behandlingen skal være effektiv må den være rettet mot personens rusmisbruk og tilknyttede medisinske, psykologiske, sosiale, yrkesmessige og strafferettslige problemer, samt være tilpasset personens alder, kjønn, etnisitet og kultur. Behandling av rusmiddelavhengighet er en lang prosess over tid og det avgjørende at det tilbys strategier som fremmer behandlingsgjennomføring (Helsedirektoratet 2012).

Det er bred enighet blant fagfolk om at bruk av rusmidler kan spille en avgjørende rolle både for å trigge, opprettholde og forverre den psykiske lidelsen (Føyn og Shaygani 2010). Rusmisbruk hos personer med psykiske lidelser kan forsterke en rekke negative konsekvenser, som personens psykiske tilstand, sosiale fungering og helsetilstand. Betydningen av å redusere rusmisbruket for å bedre pasientens langsiktige prognose kan derfor ikke understrekes nok og vil være helt avgjørende for hvordan pasientens fremtid vil se ut. De kan utsette seg for alvorlige helseproblemer knyttet til blant annet hjerte, lever og lunger og risikoatferd som ubeskyttet sex og deling av sprøyter (HIV og hepatitt), samt at personen også kan være mer utsatt for ulykker (Mueser 2006). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan ha en lavere toleranse for stress enn andre mennesker, og være del av et rusmiljø kan være stressende i seg selv. Rusmisbruk forsterker ustabile relasjoner, bo-, utdannings-, arbeids- og inntektsforhold. Med slik ustabilitet er det vanskelig å oppnå trygghet som er nødvendig for å mestre sin sårbarhet for stress (Gråwe og Espeland 2009). Fordommer som knytter seg til rus og psykiske lidelser gjør at mange faller utenfor vanlige sosiale nettverk (Evjen 2007).

Rusavhengighet kan bli et hinder for å utvikle gode relasjoner og tilknytning, som regel blir tidligere tilknytning erstattet av tilhørighet til et rusmiljø. Rusens funksjon går som regel fra rekreasjon/ kompensasjon og trøst til en ødeleggende nevrofysiologisk funksjon

av den eksiterende struktur i hjernen (Føyn og Shaygani 2010). En god relasjon mellom pasient og behandler er en nødvendig forutsetning for både utredning, behandling og oppfølging (Horvath 2006), dersom kvaliteten på den terapeutiske relasjonen er god, blir pasientene lengre i rusbehandling (Meier 2005). Overfor mennesker med alvorlige rus og psykiske lidelser blir betydningen av langvarige relasjoner fremhevet som spesielt viktige (Mueser 2006).

Solhaug (2015) hevder at rusavhengige ofte har en krenkeshistorie og at rusen blir en strategi for å dempe indre mental smerte. Han sier hvis et menneske skal slutte å ruse seg, må vi prøve å forstå den indre smerten som forårsaket avhengigheten. Enten det er selvskading, rus, selvmordstanker, angst eller depresjon, vi må inn bak dette og inn i følelsene for å bidra til «restaurering». Ofte har den som strever med rus en historikk med tøffe barndomsopplevelser, manglende støtte og trygghet i oppveksten. For dem blir rus en strategi som fyller behovet for glede, ro, frihet fra tankekjør, en løsning som ofte gir nye problemer. Stoffene som kommer inn i hjernen etteraper eller tar over for noen av substansene som danner forbindelser i hjernen. Noen stoff sørger blant annet for frigjøring av dopamin (sentralstimulerende) på en kunstig måte. Andre rusmidler legger et lokk på følelsene, uten rusmidler kan det være overveldende mange vonde følelser å takle. I slike tilfeller kreves det medmennesker som kan hjelpe med følelsesregulering. De trenger også trygghet, tilknytning og kjærighet og at det legges til rette for å bygge relasjoner og vennskap (Solhaug, Høie og Vederhus 2015).

Videre påstår Solhaug (2015) at nyere traumeforståelse og hjerneforskning viser at det finnes andre løsninger enn rus for å dempe indre mental smerte, forskningen mener at vi må gå inn i følelsene. Ved at terapeuten viser nysgjerrighet til årsaken til at pasienten bruker rus som smertedemping, kan en forsøke å gjøre noe med det. Forståelse, anerkjennelse og gode samtaler, kan være med å forandre hjernens grunnstemning. Behandler må sammen med pasienten finne andre måter å regulere stress på enn gjennom rus. En person som har vært høyaktivert av rusmidler gjennom år, vil slappe av når stoffene kommer inn i blodet. Men i slike tilfeller blir ikke følelsene regulert og smerten møtt, sårene blir ikke helet, bare skjult for noen øyeblikk. Rusen lurer personen til en følelse av trygghet, tilhørighet og ro fra stress, rusen tar bort muligheten for at personen skal få det han virkelig trenger. Solhaug (2015) hevder det er relasjonen, følelsesreguleringen og de gode menneskemøtene som leger sår.

Når vonde følelser får navn i støttende omgivelser, kan de bli en integrert del av personen og behovet for å rus kan bli mindre (Solhaug, Høie og Vederhus 2015).

## **2.2 Selvpsykologi**

Heinz Kohut (1923-1981) regnes som grunnleggeren av selvpsykologi. Han var psykiater, nevrolog og psykoanalytiker, og flyttet fra Wien til Chicago, under andre verdenskrig der han fikk stor annerkjennelse i det psykodynamiske miljøet USA. Gradvis begynte han å uttrykke motforestillinger mot det psykoanalytiske rammeverket, som resulterte i utviklingen av selvpsykologi. Til tross for dens røtter i psykoanalysen, skiller selvpsykologien seg vesentlig i forståelsen av menneskets psykiske apparatur (Karterud 1997).

Selvpsykologisk teori hevder kilden til psykopatologi er ulike grader av empatisvikt fra våre selvobjekter. Et selvobjekt kan være et menneske, et dyr, en kulturmanifestasjon eller en idetradisjon for å opprettholde ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv. Et selvobjekt kan ikke veies og måles, det er subjektivt og erfares nødvendigvis ikke bevisst. Det er ikke noe en vokser fra seg, det er snakk om et behov man har fra vugge til grav (Monsen og Karterud 2005). Kohut (1990) mener selvobjekter kan sammenlignes med oksygen, vi fornemmer ikke dens tilstedeværelse, klarer oss ikke uten, men blir først klar over det når vi har for lite. Mangel, fravær, inadekvat respons, misbruk og mishandling fra våre selvobjekter hindrer selvet til å utvikle seg til et modent og selvregulerende system (Kohut 1990).

Innenfor selvpsykologi er selvsammenheng den ideelle tilstanden for mennesker. Det motsatte er et fragmentert selv og som er utgangspunktet for psykisk lidelse. Psykopatologi oppstår ved at selvet ikke bli møtt i forhold til sine selvobjektsbehov. Fragmentering blir også beskrevet som at individet mangler selvsammenheng eller at selvet ikke er tilstrekkelig konsolidert. Behandlingen er empatisk lytting, fortolkning og på denne måten reparere selvobjektsvikten slik at pasienten kan eie hele sin følelsesfylde uten å føle skam og skyld (Haugsgjerd, Jensen og Karlson 2009).

Selvpsykologi er en psykodynamisk retning som fremhever betydningen av likeverdige relasjoner for individuell vekst og meningsskaping, der dialogen er det sentrale. Selvpsykologi er ikke en terapeutisk teknikk, det er en helhetlig tilnærming og forståelse der

det å møte pasienten med affektinntonet og empatisk måte sees på som det terapeutisk virksomme (Monsen og Karterud 2005). Affektinntoning er et respons sett hvor den subjektive tilstanden hos den ene personen blir registrert, omstøpt og gjengitt av den andre personen. Affektinntoningens primære funksjon er å få tilgang til en annen persons indre subjektive tilstand og åpne opp for kommunikasjon (Stern 1985). Tilnærmingen har fokus på relasjonens helbredende effekt. Kohut (1971) mente at behandlere måtte innta en mer sympatisk holdning ovenfor pasientene, han argumenterte for en ledigere og vennligere holdning, der analytisk nøytralitet ikke var ensbetydende med den kunstige, kjølige og reserverte holdningen behandlere kunne omgi seg med. Tvert imot kunne dette oppleves som krenkende eller mangel på genuin interesse (Monsen og Karterud 2005). En selvpsykologisk tilnærming er ikke så opptatt av symptomer, den er opplevelsesnær og ikke dirigerende. Terapiens mål er å oppnå vitalitetsaffekt, som handler om en å føle seg levende og er basis for sunnhet og er grunnleggende for alle mennesker (Karterud 1997).

### **2.2.1 Selvet**

For Kohut (1990) er «selvet» navnet på psykiske strukturer som representerer det organiserende prinsipp i det psykiske liv, selvet defineres som «*The center in the individual psychological universe*» (Kohut 1990).

Selvet er den psykologiske instansen som gjør det mulig for mennesker å oppleve seg selv som en helhet eller «samlet person». Å være «seg selv» eller henge sammen «her og nå» tas ofte for gitt. Selvet er den bevisste og ubevisste opplevelse av egen person.

Opplevelsesmessig referer selvet til en følelse av eierskap, opprinnelse og sammenheng av egne tanker, emosjoner og handlinger. I teoretisk forstand kan selvet forstås som summen av individets selvrepresentasjoner (Monsen og Karterud 2005). Det inneholder et indre referansesystem som er bygd opp av livserfaringer og forestillinger om de viktige nære relasjonene, som på denne måten integreres i opplevelsen av egen person. Dette indre referansesystemet vil sammen med genetisk sårbarhet ligge til grunn for hvordan individer håndterer livssituasjoner og derav utvikler bevisste eller ubevisste strategier. Den tidlige inkorporeringen av representasjoner av selvobjekter i omgivelsene kalles for internaliseringsprosessen, der bevisste og ubevisste objektrepresentasjoner forblir i selvet som selvrepresentasjoner (Kohut 1990). Selvpsykologisk teori hevder at selvet trenger

selvobjekt fra vugge til grav for å forhindre psykisk sykdom. Mangel, fravær, inadekvat respons, misbruk og mishandling hindrer selvet i å utvikle seg til et modent og selvregulerende system (Kohut 1971). Kohuts (1990) beskriver selvet som et dynamisk system med tre poler (Kohut 1990).

Det grandiose selvet trenger et speilende selvobjekt. Selvet kan bevege seg på en skala fra å ha storhetstanker om seg selv, til å være selvunderkjennende. Et menneske trenger å bli speilet i et miljø med kjærlighet, trygghet, bli sett, hørt, bekreftet, anerkjent og møtt i sine behov. Ved normal utvikling blir denne delen av selvet gradvis til et modent senter for personens ambisjoner.

Det idealiserende selvet trenger et idealiserende selvobjekt. Det vil si å bli holdt oppe av noe større enn seg selv, eller av noe/ noen som har en kunnskap de selv ikke innehar. Dette kan være et menneske, en omsorgsgiver, en venn, en partner, en organisasjon, gud, et dyr eller en kulturmanifestasjon. Hvis en har et godt utviklet kjerneselv greier en å filtrere gode selvobjekt ut i fra mindre gode selvobjekt. I moden form fremtrer det idealiserende selvet som etikkens personlige forankring.

Det tvillingssøkende selvet trenger et alter-ego selvobjekt for å bekrefte ens egen eksistens. Det innebærer å ha noen å identifisere seg med, noen å føle seg likeverdig med, noen en kan dele interesser, tanker, erfaringer og opplevelser med. Eksempel på dette kan være bestevenner, kjæledyr og fantasifigurer (Monsen og Karterud 2005).

Selvpsykologien hevder at manglende selvobjektopplevelser kan føre til fragmentering av selvet med psykose som ytterste konsekvens. Ved psykose har selvet gått i oppløsning og dets evne til å opprettholde opplevelse av kontinuitet og sammenheng har brutt sammen. Personen kan reagere på dette avbruddet i selvopplevelsen med en sterk panikkopplevelse og forsøker ubevisst å løse den uforståelige situasjonen ved å skape nye sammenhenger gjennom å omtolke virkeligheten. Dette er et forsøk på å bygge en bro over å reparere ved hjelp av ubevisste regressive forestillinger. Dette blir kjernen i en ny, men midlertidig kontinuitet i selvopplevelsen. Den nye meningssammenhengen som vrangforestillingene skaper vil gjøre det vanskelig for vedkommende å forholde seg til omgivelsene (Cullberg 2005).



Johnsen (2013) hevder hvis en ikke blir speilet som barn, ikke har omsorgsgivere i en idealiserende relasjon og ikke finner en tvilling å føle seg lik. Vil den nødvendige omdannede internaliseringen utebli og selvobjektsrelasjonene blir ikke en integrert del av selvet. Selvet blir fragmentert og vedkommende vil føle seg selv lite vital og hjelpeløs. Rusmidler kan være en erstatning for selvobjekt. Det kan sammenlignes med sement, betong eller plaster som fyller disse defektene i selvet. I motsetning til mellommenneskelig samspill leverer rusgiftene på millisekunder. For noen med rus og psykisk lidelse kan bruk av rusmidler være et forsøk i å oppnå vitalitetsaffekt. Når en velger rusmidler, skjer ikke den nødvendige omdannede internaliseringen, det bygges ikke ny struktur i selvet, selvet «morkner». Pasienter som kommer til avgiftning har skjøre selv de tre første månedene, og kan ofte de opphøye behandler og institusjonen til noe mer enn de er. De vil ha en behandler som ser dem, som smiler til dem og ikke sier ubehagelige ting, speilingen og den empatiske kontakten bidrar til å holde pasienten i behandling (Johnsen. 2013)

### **2.2.2 Empati**

Empati kan defineres ulikt, men beskrives ofte som en egenskap eller en evne til å forstå eller leve seg inn i andre menneskers reaksjoner, følelser, evne til å emosjonelt plassere seg så konsekvent som mulig i den «andres sko», og å kunne bli veiledet i forståelsen i sin væremåte gjennom handlinger (Thoresen 2013). Kohut (1977) hevdet at det er kun gjennom empati og introspeksjon vi får tilgang til den andres indre verden. Han la vekt på stedfortredende introspeksjon, det vil si å spørre seg selv hva en ville følt i en lignende situasjon. Han mente at en psykologisk nøytral holdning er basert på vennlighet, varme, omsorg og en respektfull terapeutisk avstand. Det innebærer å prøve å forstå pasienten fra innsiden, slik at de opplever og forstår seg selv og andre. Selvpsykologi innebærer at terapeuten ikke inntar en ekspertrolle, men at pasienten «viser vei» i behandlingen gjennom å sette ord på hva som er viktig i samtalen. Empati, følelsesmessig forståelse og anerkjennelse er sentralt i selvpsykologisk teori. Gjennom empatisk lytting prøver terapeuten å gjøre pasientens ubegripelige følelser begripelige. Dette gir en bekreftelse som styrker selvfølelsen og gir en opplevelse av sammenheng og mening (Hartmann 1997). Vektleggingen av empati trenger en empatisk anstrengelse, som henger sammen med det spesielle i den psykodynamiske situasjonen. Også en vanlig samtale forutsetter empati om ikke partene skal snakke forbi hverandre. Enhver som forsøker dette merker hvor vanskelig det er i praksis, det krever lang trening og personlige forutsetninger å

fordype seg gjennom lengre tid i den andres subjektive verden. Det kan innebære en trussel mot vårt eget perspektiv og mot forankringen av vårt eget selv, ved observasjon er det lett å merke hvor fort en vender tilbake i sitt eget perspektiv (Monsen og Karterud 2005).

Føyn (2010) skriver at oppdagelsen av speilnevronene var avgjørende for å forstå det som foregår mellom mennesker, vår evne til empati og til å opprette intersubjektiv kontakt gjennom å avlese den andres sinnstilstand. Den visuelle informasjonen vi får ved å se et annet menneske handle, blir avbildet på nøyaktig samme motoriske måte i vår egen hjerne. Dette gjelder ikke bare handlinger, men også emosjoner. Denne innlevelsen i et annet menneskes mentale liv skaper en fornemmelse av å forstå den andre personen, spesielt i dens intensjoner og følelser. Det er hva vi opplever i relasjoner og i vår tilknytning til andre mennesker som gir livet mening, det vil si at selvet er grunnleggende sosialt betinget. Hvis vi i vår oppvekst mottar tydelige signaler i en relasjon som fyller våre behov, får vi god evne til metallisering, det vil si at vår oppfatning av andre menneskers emosjoner og intensjoner er i god kontakt med virkeligheten, og vi fungerer godt interpersonlig. Hvis et barn opplever omsorgssvikt eller forvirrende og motstridende signaler fra omverden, får de ofte dårlig mentaliseringssevne. Når barn er usikre på andre, deres følelser, hensikter eller deres egen holdning til dem, fyller de hukommelsen med tidligere hendelser. Hukommelse av relasjoner lagres i cortex og hippocampus med sterke følelser tilknyttet amygdala. Til sammenligning er amygdala stedet hvor de sterkeste rusopplevelsene lagres, mens de sosiale situasjonene knyttet til rusopplevelsene huskes i hippocampus (Føyn og Shaygani 2010).

### **2.2.3 Affektinntoning**

Affektinntoning handler om å bli følelsesmessig samstemt med den andre (Bråten 1998). Betraktes som det første steget i en empatisk prosess og døråpner til den andres indre verden. Det utøves fundamentale selvobjektfunksjoner som for eksempel gjennom å dele opplevelser ved at behandleren bekrefter opplevelsene med kroppsspråk og sine handlinger, der det skapes en sensorisk modell som blir individets selvoppfattelse. Affektinntoning fører til en opplevelse av en felles verden og forståelse av det som skjer, uten affektinntoning blir opplevelsene ensomme og private (Karterud 1997).

## Negative typer inntoning

Manglende inntoning: Beskriver manglende eller fraværende inntoning. Omsorgsgiver neglisjerer barnet, er fysisk tilstede, men ikke psykisk. Eksempel kan være hvis den nære omsorgsgiver er overveldet av sin egen indre verden som ved alvorlig psykisk lidelse og av den grunn ikke ser barnets behov. Barnet får ikke bekreftet sitt eget følelsesliv eller indre verden, som kan bli en trussel mot et vitalt selv.

Selektiv inntoning: Barnet blir møtt bare ved en viss type atferd, gjerne en ønsket atferd fra omsorgsgiver. Noen følelsesuttrykk forstås ikke av selvobjektet eller noen følelser er uakseptable. Eksempel på dette kan være «*i denne familien gråter vi ikke*». Områder av barnets følelser og opplevelsesverden må holdes skjult, og vil etter hvert gå tapt. Bare deler av selvet blir møtt og det utvikles et selv konstruert på andre sine premisser. Barnet står i fare for å utvikle et «falskt» selv og kan gi en opplevelse av å være identitetsløs.

Feilinntoning: Innebærer at omsorgsgiver reagerer uforutsigbart på barnets affekter. De blir ikke forstått og gjerne møtt med upassende respons i forhold til følelsesuttrykk. Hvis den fysiske og psykiske tilstand varierer som følge av at omsorgsgiver er rusavhengig. Og barnet blir møtt følelsesmessig kun når omsorgsgiver er riktig justert/ «frisk» i forhold til sin avhengighet. Til forskjell fra andre dager når omsorgsgiver er «syk» eller har manglende overskudd. Barnet forventer ros, men får isteden kjeft, uforutsigbarheten kan føre til at barnet mister evne til å analysere eller ha sine egne affekter. Barnet kan utvikle et «skjult» eller «hemmelig» selv, som vil si at de trekker seg inn i seg selv, vil gjemme seg og blir usikker på seg selv.

Overinntoning: Dette vil oppleves som følelsesmessig invadering. Omsorgsgiver er overbeskyttende og barnets opplevelser blir overskygget av selvobjektets affekter. Hvis omsorgsgiver alltid skal overgå barnets følelsesuttrykk og sier; «*Jeg hadde det mye vondere*», «*jeg opplevde noe som var enda mer spennende*». Eller at omsorgsgiver ikke lar barnet forklare eller utføre oppgaver selv. Barnet blir frarøvet muligheten til å finne seg selv (Urnes 1997).

## 2.2.4 Vitalitetsaffekt

Daniel Stern (1934-2012) introduserte begrepet vitalitetsaffekt der hans forskning viste at spedbarn kan fornemme varme følelser fra omsorgspersonen og merker om moren er affektinntonet. Han mente at den sosiale verden til å begynne med er en vitalitetsopplevelse (Bråten 1998). Vitalitetsaffekter er knyttet til livsprosesser som for eksempel å føle sin egen pust eller omsorgsgivers hjerteslag. Vitalitetsaffekter har betydning for å oppleve et sammenhengende selv eller å føle seg hel. Utvikling av vitalitetsaffekter er avhengig av om omsorgspersonene er affektinntonende. Svikt i inntonning fra omsorgspersonene kan føre til manglende vitalitetsaffekter og en opplevelse av manglende selvsammenheng, som derav vanskeliggjør selvregulering og relasjoner til andre. En kan se på affektinntoning som en bro i relasjoner, der det å ha tilgang til egne følelser er en forutsetning for å forstå andres, og dermed å kunne gå inn i følelsesmessige relasjoner med andre. Hvis utvikling av vitalitetsaffekt hemmes kan det bidra til en følelse av mangel på liv eller en tomhetsfølelse. Vitalitetsaffekter er følelser som veller opp og avtar, opplevelsen av å føle seg «levende», «fallende», «flytende» eller «synkende» (Schibbye og Andersen 1998).

Noen pasienter med alvorlig ruslidelse føler seg kun levende når de er ruset. Den ruspåvirkede tilstanden er en stor kontrast til en melankolsk og livløs indre tilstand som plager pasienten innvendig, men som ikke er tilgjengelig for tankevirksomhet og derav heller ikke kommunikasjon. Pasienten har ikke mulighet å forholde seg til denne «døde» delen av seg selv, i hvert fall ikke alene, denne indre delen blir skremmende og skaper angst. Pasienten flykter fra den indre opplevelsen, som ikke engang er tilgjengelig for bevisstheten til en selvpåført dissosiativ tilstand skapt av rus (Føyn og Shaygani 2010). En dissosiativ tilstand vil si å flykte fra seg selv mentalt, kan ofte skje hos personer som har vært utsatt for traumer (Haugsgjerd, Jensen og Karlson 2009)

### 3.0 Empiri

Over lengre tid har jeg vært på ukentlig besøk hos Ulrik (32 år). I dialog har han fortalt at moren døde av kreft når han var seks år, og beskriver henne som svært omsorgsfull og at de lignet hverandre. Han har fullført videregående skole og jobbet i to år, før han oppdaget rusen hadde en etterlengtet effekt. Han har flere ganger vært i fengsel, på rusinstitusjon og akuttinnlagt i psykiatrisk avdeling. Familien er bekymret over konsekvensene rusen har for livet hans. Han har mindre kontakt med andre mennesker, dårligere funksjonsnivå og vrangforestillingene har tatt mer plass i hans virkelighet. Han bor i en kommunal leilighet og får ambulant oppfølging av kommunen og spesialisthelsetjenesten. I empirien presenteres to utvalgte besøk for en tid tilbake.

#### 3.1 Besøk 1

I bilen på vei hjem til Ulrik er det god tid til å reflektere over hvordan det er mulig å hjelpe slik at han oppnår bedre livskvalitet. Hvis han erstatter rusen med noe han liker å gjøre, blir kanskje behovet for å rus mindre. Jeg velger å ha fokus på mål og tiltak som kan gi struktur, mestring og mer innhold i hverdagen. Ved ankomst til leiligheten bemerker jeg at gardinene fortsatt er trukket for, til tross for at det er langt på dag. Jeg ringer på flere ganger før Ulrik åpner døra. Hans bustete hår og trøtte øyne avslører at han nylig har våknet, allikevel ber han meg vennlig inn. I stua observerer jeg at han har sovet blant skitne kopper, matrester, klær og sprøyter. Han går på kjøkkenet og lager kaffe før han roper: «*Vil du også ha kaffe?*» Jeg svarer: «*Ja takk, det vil jeg gjerne*». Når Ulrik er på kjøkkenet oppslukes jeg av mine egne tanker om blant annet hvordan vi kan få orden i leiligheten slik at familien slipper å forholde seg til dette. Når Ulrik kommer tilbake fra kjøkkenet sier jeg; «*Skal jeg hjelpe deg å rydde?*» Han svarer: «*Det er ikke så rotete, jeg rydder senere, du trenger ikke hjelpe meg*». Ut i fra tidligere erfaring er det lite sannsynlig at han rydder på egenhånd, og jeg tenker at slike omgivelser neppe kan være bra for den psykiske helsen. For å respektere Ulriks respons avventes videre dialog rundt ryddingen. Jeg velger heller å fokusere på det jeg planla i bilen og sier: «*Hvis du kunne bestemt fra øverste hylle og du ikke hadde noen begrensinger hvordan ville du hatt det?*» Ulrik sier: «*Da ville jeg vært tilfreds med et A4 liv, slik som broren min. Han har jobb, barn, kjæreste og hund*». Jeg sier; «*Broren din har kanskje hatt disse tingene som mål og jobbet gradvis for å oppnå de, du kan også sette deg mål, jeg kan støtte deg slik at du når de, det er bare*

*å ta små steg av gangen, så greier du det». Jeg mister øyekontakt, jeg kjenner som så mange ganger tidligere at han glipper, og at vi ikke lenger jobber mot samme mål. Ulrik tenner seg en røyk, går han mot kjøkkenet og virker ukomfortabel med situasjonen. Han sier: «Jeg har ingen mål, jeg vil ruse meg, jeg kjenner ingen glede i livet uten rus».*

## **3.2 Besøk 2**

En uke er gått siden sist besøk. Før besøket reflekterer jeg over hvordan det er mulig å lage mål av Ulriks iboende ressurser. Han er omtenkstom, hadde gode karakterer på skolen, var en dyktig i fotball og godt likt. Hvis han gjenopptar sine tidligere interesser vil familien mest sannsynlig bli mindre bekymret, han vil få mindre symptomer og oppleve mestring, som i mine øyne vil bety at behandlingen er på riktig veg. Når jeg ankommer leiligheten tar det lengre tid enn sist før Ulrik åpner døra. Han fremstår blek, tynn, apatisk og mimikkfattig. Stua er ikke ryddet siden forrige besøk, han virker sliten, følelsesmessig avflatet og er mer stille enn til vanlig. Han sier med lav svak stemme at han har vært våken det meste av natta og sovnet først på morgenkvisten. På grunn av hans triste livløse fremtoning, tenker jeg automatisk at det kan bli vanskelig å utforske ressurser. Det føles unaturlig å snakke om ambisjoner, drømmer, mål og tiltak i dag. Jeg starter samtalen med å si; «*Hvordan har du det?*» Han svarer; «*Jeg ikke har rusert meg på flere dager og jeg har det helt forferdelig*». Jeg responderer med: «*På hvilken måte har du det forferdelig?*» Han sier: «*Det er vanskelig å forklare, men det er som om hjernen ikke fungerer, den står stille, tankene stopper opp. Jeg greier ikke å kommunisere med folk, jeg trenger rus for å føle meg levende slik som andre mennesker*». Ulrik stirrer tomt fremover i luften, akkurat som kroppsspråket bekrefter det han sier. Uten å tenke meg om svarer jeg; «*Jeg synes du forklarer bra, det gir meg en bedre forståelse for hvordan du har det, jeg har hørt andre i lignende situasjon som deg som har det litt på samme måte som deg*».

## 4.0 Diskusjon

### Hvordan hjelpe mennesker med rus og alvorlig psykisk lidelse?

I lengre tid har jeg prøvd å finne Ulriks motivasjon og mål uten å lykkes. Når vi er sammen kan det se ut som han mangler en indre drivkraft til å spille på lag. Spørsmål jeg har stilt meg selv; *«Er han psykisk og fysisk ute av stand til å ta skrittene det kreves for å endre livsstil?» «Har han manglende tro på egne evner?» «Hvordan kan hans manglende motivasjon tolkes?» «Er livsstilen resultat av egne uheldige mestringsstrategier?» «Kan det være slik at pasienter som står på stedet hvil blir tolket av hjelpeapparatet som at de ikke ønsker endringer i livet». «Eller kan det være jeg som behandler som ikke har sett Ulriks egentlige behov?»*

Til tross for slike tanker og spørsmål er nasjonale retningslinjer tydelig på at hjelpeapparatet skal ansvarliggjøres ovenfor denne målgruppen. Gjennom videreutdanningen har jeg gradvis tilegnet meg en selvpsykologisk forståelse som kan tilføre ny mening. Blant annet kan Ulriks manglende drivkraft skyldes selvobjektsvikt i barndommen som igjen har ført til mangelfull tilgang på vitale følelser i voksen alder. Videre vil samhandlingen med Ulrik ses på fra et selvpsykologisk perspektiv i håp om å kunne gi ny mening.

#### 4.1 Hvordan forstå Ulriks livssituasjon

Jeg tror det er viktig med forståelse for å hjelpe Ulrik. Med utgangspunkt i en selvpsykologisk forståelse kan hans psykiske lidelse sees på som mangel på sunn utvikling og vekst. Mors død kan ha vært en traumatisk hendelse som i første omgang påførte selvet skade. I samtaler har han beskrevet mor som svært betydningsfull, av henne følte han seg sett, forstått, verdifull, han idealiserte henne og de var lik som personer. Mor dekte selvobjektsbehovene frem til hun døde og ingen erstattet det helt spesielle båndet de hadde. Ved mangel på adekvate selvobjektoplevelser kan det skje en skjevutvikling eller utviklingen av selvet kan stanse opp. En kan anta at han i etterkant av dødsfallet hadde få gode selvobjektoplevelser. Han manglet selvobjekt å speile seg i, idealisere og føle seg lik. Traumatiske erfaringer under oppveksten eller senere i livet kan føre til en mangelfull selvsammenheng (Hartmann 1997).

I ungdomsårene prøvde Ulrik rus for første gang, det gav tilhørighet og hadde en etterlengtet effekt, han følte seg for første gang på lenge både hel og vital. En kan undre seg om den allerede ervervede skaden i selvet gjorde han mer sårbar for å fortsette med rus. Kanskje ble kontrasten mellom den indre tomheten og rusens virkning for stor til å unngå videre bruk. Ulrik uttrykker at han ikke lenger finner glede i noe uten å være ruspåvirket, som om effekten av rus har utkonkurrert dagligdagse situasjoner som vanligvis trigger hjernens belønningssystem.

En konsekvens av denne livsstilen var at han fikk mindre kontakt med sitt opprinnelige nettverk, og isolerte seg mye i leiligheten. I følge Hari (2015) kan slik isolasjon opprettholde rusavhengigheten. Mennesker har behov for bånd og relasjoner, men når en ikke kan for en er traumatisert, isolert og alvorlig, knyttes ofte bånd til noe som gir en følelse av lettelse. Det kan se ut som rusen fyller behovet for glede, ro og gir han en følelse av lettelse. Etter hvert som årene gikk ble hans psykiske helse betydelig forverret, livsstilen trigget og opprettholdt symptomer og vrangforestillinger tok mer plass i hans virkelighet. Sentralstimulerende rusmidler er knyttet til utvikling eller forsterkning av psykosesymptomer. Personer med psykoselidelser er spesielt utsatt da psykosesymptomene typisk vedvarer lenge etter at rusmidlene er nedbrutt i kroppen (Gråwe og Espeland 2009). Kohut (2002) mener derimot at psykosen er et resultat av at kjerneselvet ikke fikk anledning å utvikle seg i tidlig oppvekst. Barnet fikk ikke nok trygghet, ble ikke bekreftet nok eller utsatt for traume (Schlüter og Karterud 2002). Få interpersonlige og traumatiske erfaringer kan gi en opplevelse av tomhet og livløshet i voksen alder (Schibbye og Andersen 1998).

## **4.2 Mål, tiltak og rydding sett i lys av selvpsykologisk teori**

Som tidligere nevnt planla jeg besøkene i forveien, der ressurser, mål og tiltak sto på agendaen. Jeg hadde forhåndsdefinert hva som var gode og konstruktive mål for Ulrik. Flere ganger har jeg sagt at «*det er bedre å bli med å gå tur enn å sitte hjemme i leiligheten*» eller «*det kan være nyttig å finne en meningsfull aktivitet på dagtid*» Gjennom utsagn som dette har jeg ubevisst fremstått som ekspert for hva som kan være et bra for han. I god tro ville jeg påvirke hans følelser, løfte han ut av en «livløs» tilstand og inn i min egen følelsesverden. En slik tilnærming kan tolkes som overinntoning, fordi jeg overgår hans følelsesuttrykk. I forkant av begge besøkene reflekterte jeg på egenhånd om



hva som kunne være god livskvalitet for han, uten å spør hva han selv mener er god livskvalitet. Opplever Ulrik selv at han har dårlig livskvalitet eller var mine vurderinger om livskvalitet basert på familiens bekymring?

Ulrik at han har god livskvalitet kun i ruspåvirket tilstand, dette er utsagn jeg ikke bruker tid på. Behandling som sikter inn på mål og tiltak kan gjøre at pasienter med skjøre selv føler seg overkjørt og utilstrekkelige. En slik tilnærming kan føre til at han ikke får rom til å snakke om det som er viktig for han, som for eksempel hvordan han har det og hvorfor han ruser seg. I samtalen gir jeg kun rom til det «friske» og «positive» innenfor mine rammer. Det vil si Ulriks interesser, den lille «spiren» av drømmer og håp som vi sammen kunne bygge videre på. Til tross for at Ulrik sier han har det vanskelig uten rusmidler, møter jeg han ikke på disse følelsene.

En slik situasjon kan tolkes som selektiv inntoning, det vil si at han kun møtes på enkelte områder, som drømmer, mål og rusfrihet, det vil si at målene blir konstruert på mine premisser. Følelsen av å miste Ulrik i dialogen, kan tyde på manglende empatisk anstrengelse fra min side, og et tegn på at vi snakker forbi hverandre. Ulrik blir ikke møtt i forhold til hva han formidler. Hvis Ulrik mot alle odds hadde greid å følge min plan og fulgt mål som ikke var hans egne ville han inntatt et slitsomt mønster som over tid kunne ført til dårlig selvtillit, tristhet og tiltaksløshet. Ulrik hadde da stått i fare for å utvikle et «falskt» selv, som vil si at hans selv ville blitt konstruert på mine premisser.

Alternativt kunne jeg sagt når jeg oppdaget at affektinntoningen og empatiske kontakten ikke var tilstrekkelig; «*Forstår jeg deg riktig at du ikke ønsker å snakke mer om mål for fremtiden?*» Med det hadde jeg vist at det var mitt ansvar som behandler å bevare relasjonen oss imellom.

Hvorfor tenkte jeg at det var viktig å rydde hos Ulrik? Det kan ha vært for å skåne familien fra å se leiligheten slik, men det kan også vært for å overbevise både familien og meg selv om at jeg i hvert fall hadde kontroll over noe. Eller var det for å bevise for familien og meg selv at jeg i alle fall hadde kontroll over noe. Konsekvensene ble at jeg ikke i stor nok grad var opptatt av Ulriks følelsesuttrykk. Til forskjell fra fokus på rydding, kan det sentrale være å ha fokus på pasientens opplevelsesverden. Der jeg heller stiller spørsmål som; «*Hvordan har du det nå?*» Ulrik; «*Jeg er kjenner på en indre tomhet*» Jeg kan spør videre;

«Kan du forklare hvordan denne tomheten kjennes ut?» Ulrik: «Livet er meningsløst, jeg er urolig og aldri tilfreds».

### **4.3 Empati og affektinntoning som en legende prosess**

Om behandler er empatisk eller ikke avhenger av Ulriks subjektive opplevelse av samspillet mellom oss. Økt evne til empati innebærer å forstå mer av seg selv og det som skjer i mellommenneskelige interaksjoner (Karterud 1997).

For å hjelpe Ulrik i å gjenvinne selvsammenheng vil jeg bruke meg selv som selvobjekt. Han vil da mest sannsynlig få en genuin opplevelse av å bli verdsatt og forstått. En slik opplevelse kan føre til «reparasjon» av selvet og oppbygging av ny struktur. Selvobjekter er subjektive, som betyr at han alene avgjør hvem eller hva som blir hans selvobjekt. Ved å være selvobjekt i samspillet blir jeg kanskje det viktigste holdepunktet slik at Ulrik gjenvinner selvsammenheng og få tilgang til vitale følelser.

I en speilende selvobjektsrelasjon vil jeg tilstrebe at Ulrik får en opplevelse av å bli forstått, verdsatt, anerkjent og selvavgrenset. Jeg viser at jeg forstår at han har det vanskelig, samtidig som jeg viser med min væremåte at det er jeg som har ansvaret. Det handler om å gjenkjenne følelsesuttrykk, men i tillegg til å dele denne følelsen, legger jeg til noe før jeg gir det tilbake. Eksempel ut i fra rydde situasjonen jeg beskrev tidligere kan være; «Jeg ser at det er tungt for deg å komme i gang med ryddingen, men hva om broren din kom på besøk nå?». «Jeg ser at du ikke ønsker å rydde nå, men tenk for en god følelse du hadde hatt hvis leiligheten var ryddig og ren til helga» Samtidig som jeg ikke fratar han valget om å rydde, men forteller om mine tanker som kan gi nye refleksjoner til neste gang det er behov for å rydde. Forutsetningen er en trygg relasjon og at vi toner oss inn på hverandre. Det vil si at et speilende selvobjekt også kan inneholde grensesettende komponenter.

Gjennom å formidle ro og styrke kan jeg forsøke å være et idealiserende selvobjekt for Ulrik i kontrast til han egen kaotiske livsførsel. Det handler om å holde «hode kaldt» når det «stormer» som verst. Vise forutsigbarhet med regelmessige besøk, og gi beskjed hvis jeg uteblir. Jeg kan også ved å være ansatt i hjelpeapparatet tilføre fagkunnskap han ikke innehar selv.

Gjennom å bekrefte likhet med Ulrik kunne jeg vært et alter-ego selvobjekt. Dette gjelder de fleste situasjoner der jeg gjenkjenner følelser som i situasjoner som lett gjør meg redd,

sint, glad, dette gir en følelse av likeverd og at vi begge er av «samme slag» (Hartmann 1997). Hvis han fortalte om gode minner av lukten av kaffe, og jeg gjenkjente følelsesuttrykket kunne jeg for eksempel sagt; «*Jeg får også gode minner av kaffe, det minner meg om ...*». Jeg inntar en alter- ego funksjon, møter hans utsagn ved å bekrefte vår likhet. I mitt arbeid har jeg flere ganger sett erfaringsmedarbeideren brukt sin egenerfaring med rus og/ eller psykiske utfordringer for å bekrefte likhet med pasienter på enkelte følelsesuttrykk.

I besøk 2 beskriver jeg Ulrik i elendig forfatning. Selv om jeg ikke hadde en selvpsykologisk forståelse på dette tidspunktet, kommer det allikevel en empatisk respons fra meg ut i fra hvordan Ulrik møter meg i døra. Hans triste fremtoning gjorde at jeg fikk medfølelse og ville prøve å forstå hvordan han hadde det. Kanskje var det speilnevronene som fikk meg til å handle slik, gjennom å avlese Ulriks følelsestilstand ga de meg kanskje evne til å føle empati. Det viktige for meg i denne situasjonen var at han satt ord på det som var vondt og vanskelig. Det åpnes det for subjekt subjekt dialog og en mer likeverdig relasjon.

Gjennom inntoning kan pasientens selvfølelse og identitet påvirkes. Ved å være den betydningsfulle som gir bekreftelse på at pasienten er verdifull kan det gi han en opplevelse av å bli forstått. Jeg sier; «*Hvordan har du det?*» Ulrik svarer: «*Jeg ikke har ruset meg på flere dager og har det helt forferdelig*». Jeg sier videre: «*På hvilken måte har du det forferdelig?*» Han sier: «*Det er vanskelig å forklare, men det er som om hjernen ikke fungerer, den står stille, tankene stopper opp. Jeg greier ikke å kommunisere med folk, jeg trenger rus for å føle meg levende slik som andre mennesker*». Ved å anerkjenne det han forteller om sitt liv, sine erfaringer og om sine mestringsstrategier kan Ulrik få en utvidet forståelse av hvem han er og hvorfor han ruser seg til tross for de negative konsekvensene. I denne situasjonen tenkte jeg at det må være vanskelig å ha det slik, og fikk en forståelse av hvorfor han ruser seg. Her gis rom for dialog rundt de vanskelige følelsene, jeg møtte Ulrik slik at han opplevde å bli forstått. Å snakke om følelsene kan bidra til å «restaurere» selvet og bygge ny en struktur, som kan gi han en følelse av at selvet blir sterkere og mer sammenhengende.

Med en mer åpen tilnærming vil kanskje Ulrik fortelle om savn etter mor, savn etter tilhørighet og savn etter å være tilfreds. Hvis dialogen preges av at jeg gjennom mine handlinger støtter hans selvopplevelse, og det stilles spørsmål om relasjoner, samt dialog

rundt gode opplevelser fra tidligere i livet, som for eksempel; «*Kan du huske en god stund du hadde sammen med broren din?*» Ulrik: «*Vi hadde et nært forhold som barn, og lekte ofte sammen i skogen, det minnes jeg som en fin tid.* Det kan følges opp videre med; «*Hvordan kjennes det ut å snakke om dette?*» «*Hvem er viktig for deg nå?*» «*Hvem synes du det er trivelig å omgås?*» «*Hvordan er livet ditt i gode perioder?*» «*Hva skjer når livet ditt er vanskelig?*» Med en selvpsykologisk tilnærming kan det muligens med tiden oppdage små endringer hos Ulrik. Han vil føle seg mer forstått, bli mer tillitsfull, mer levende og ekte. Jeg møter hans behov for tilknytning, felleskap og bekreftelse slik at selvet utvikler seg til et modent selvregulerende system. Videre kan han få økt evne til å gi seg selv og andre omsorg, bli mer utforskende i sin væremåte og få mer håp. Når han har oppnådd bedre følelsesmessig tilknytning til andre vil han oppleve seg mer styrket og vital. Normalt vil selvobjektsbehov utvikles fra mer arkaiske og rigide til mer modne og fleksible. Over tid kan det tenkes at Ulrik velger å ruse seg på en mindre skadelig måte, tar mer initiativ til dagligdagse gjøremål, blir mer påpasselig med søvn og kanskje setter seg egne mål. Han kan fremstå sterkere, mer sammenhengende og får en ny sjanse til å realisere sine utviklingsmuligheter. En kan forestille seg en dag jeg kommer på besøk til Ulrik der han på eget initiativ spør om vi kan gå tur eller ber om hjelp slik at det blir ryddig i leiligheten til helgen.

## 5.0 Konklusjon og ideer til videre fagutvikling

Å jobbe med denne oppgaven gitt meg en bedre forståelse av hvorfor møtene med Ulrik har utartet seg slik de gjorde. Jeg har tilegnet meg kunnskap om at manglende indre drivkraft, ofte kan skyldes traumatiske hendelser i oppveksten. I et selvpsykologisk perspektiv kan rusen forstås som et symptom på emosjonelle eller relasjonelle behov, eller kompensasjon for mangelfull utvikling av selvet. Jeg har innsett betydningen av empati og dialog rundt pasientens følelser for å bidra til «restaurering» av selvet, og fått en bedre forståelse av at pasienter stort sett vil, men at de kanskje ikke får det til. Jeg tror en selvpsykologisk forståelse vil gi meg ny motivasjon til å stå i sammensatte og utfordrende situasjoner over tid.

Knyttet til min problemstilling hadde det vært interessant å finne ut hvor stor andel av menneskene med rus og alvorlig som psykisk lidelse som har opplevd traumatiske hendelser i oppveksten. Og om hjelpeapparatet gir disse en spesifikk tilnærming. Kanskje vil også stortingets omlegging av den norske narkotikapolitikken gjøre en forskjell, da ansvaret skal overføres fra justisdepartementet til helsedepartementet. Dette kan muligens resultere i at mennesker med rus og alvorlig psykisk lidelse blir ivaretatt på en mer human måte. Pasientene vil kanskje ha bedre forutsetninger for å gjøre endringer i livene sine, bli mer integrert i samfunnet og møtt med mer forståelse. I forbindelse med den nye reformen ville det vært interessant med en kvalitativ studie for å undersøke pasientenes opplevelse av å få hjelp versus straff. Vil de merke forskjell? Vil de oppleve mer likeverd mellom seg selv og hjelpeapparatet? Hva med den sosiale tilhørigheten i samfunnet? Blir relasjonen til hjelperen annerledes? Preges kontakten med hjelpeapparatet av en mer åpen og ærlig dialog? Det hadde også vært interessant og studert hjelpeapparatets holdninger og forståelse, før og etter denne omleggingen.

Noen pasienter opplever fremdrift i terapi, andre ikke. Det er umulig å finne et fasitsvar eller hjelpe alle med samme metode, men for mange vil en god relasjon til sin samtaleterapeut og en fast metode være nyttig. Det viktige er å bevare troen på at forskjellige mennesker trenger forskjellig tilnærming og hjelp. Noen trenger hjelp en gang, andre trenger hjelp mange ganger i løpet av livet. Det finnes mennesker som har milde psykiske utfordringer og andre mennesker som har mer langvarige sammensatte problemer. Noen får behandling for sine problemer, andre ønsker ikke behandling. Til syvende og sist er fellestrekket for de aller fleste et ønske om respekt og anerkjennelse for hvem de er.

## Referanser

- Aarre, Trond F. «Menneskeliggjøring av tjenestene.» 24 01 2018: 11.
- Alexander, B.K.Coombs, R.B., and Hadaway. «"The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats.» *Psychopharmacology*, 1978, 175–179 .
- Bråten, Stein. *Kommunikasjon og samspill*. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
- . *Kommunikasjon og samspill fra fødsel til alderdom*. Otta: Aschehaug, 1998.
- Cullberg, Johan. *Psykosser, et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
- Curran, C., Byrappa, N., McBride, A. *British Journal of psychiatry*, 2004: 185, 196-204.
- Dahl, Andreas. «Frilansskribent og psykologistudent ved UIO.» *Morgenbladet*, 08 desember 2015: 2.
- Dønnestad, Eva. «Rus som smerteutrykk.» *RVTS.no nyhetsarkiv*, 2015: 9.
- Evjen, Reidun. *Dobbelt opp, om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
- Føyn, Per, og Shahram Shaygani. *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget AS, 2010.
- Graham, R. C., Maslin, J., Copello, S., Birchwood, M., Mueser, K., McGovern, D., Georgiou, G. «Drug and alcohol problems among individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK.» *Social Psychiatry an Psychiatric Epidemiology*, 2001: 36, 448-455.
- Gråwe, Rolf. *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2016.
- Gråwe, Rolf, og Bente Espeland. *Mestring av rus og psykiske problemer*. Trondheim: Tapir akademiske forlag, 2009.
- Hari, Johann. *Chasing the Scream: The first and Last Days of the War on Drugs*. London: Bloomsbury publishing, 2015.
- Hartmann, Ellen. «Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi.» *Impuls*, 1997: 12-21.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, og Bengt Karlson. *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2009.
- Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse- ROP lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet v trykksaksekspedisjonen, 2012.

- Horvath. *The Alliance in Context: Accomplishments, Challenges, and Future Directions. Psychotherapy: theory, research and practice*. 2006.
- Jansen, Ulf. «Avkriminalisering gir best utgangspunkt for behandling.» *Rus & samfunn*, 2017: 2.
- Johnsen , Alf. «Historisk i stortinget: Slutt på straff for rusmisbrukere.» *VG*, 2017: 2.
- Johnsen., Jon. «Psykiatriske sykdommer og rusgifter.» *FMR*, 23 04 2013: 2.
- Karterud, Sigmund. *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal, 1997.
- Kohut, Heinz. *Selvets psykologi*. København: Hans Reitwels forlag, 1990.
- . *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press, 1971.
- . *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press, 1977.
- Meier, Petra. *The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature*. Manchester: Department of Psychology and Speech Therapy, Manchester Metropolitan University, UK, 2005.
- Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse*. Rapport om strategi, tverrsektoriell, Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet, 2017.
- Monsen, Jon, og Sigmund Karterud. *Selvpsykologi, utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
- Mueser, Kim. *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
- Nesvåg, Ragnar. *Unge menn med schizofreni og menn med bipolar lidelse mest utsatt for ruslidelser*. Kvantitativ studie, Folkehelseinstituttet, 2015.
- Pettersen, Henning. *Walking the fine line: Self reported reason of substance use in persons with severe mental illness*. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 2013.
- Regier, D. A., Farmer, M.E., Rae, D. S., Locke, D. Z, Keith, S. J., Judd, L. L., Goodwin, F.K. «Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Result from the epidemiologic Catchment Area (ECA) study.» *Journal of American medical Association*, 1990: 264, 2511-2518.
- Robins, Lee, John Helzer, og Erik Hesselbrock. «Vietnam Veterans Three years after Vietnam: How our Study Changed View of Heroin.» *The American journal on addictions*, 02 04 2010: 9.

- Rogers, Carl. *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as development in the client-centered framework*. Wisconsin: University of Wisconsin, 1959.
- Rollnick, William Miller Stephen. *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press, 2002.
- Rønningen, Lars. *Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) i 2016 "Den gyldne regel"*. Analysenotat 12/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
- Schibbye, Anne Lise, og Anders Andersen. *Å bli kjent med seg selv og andre I psykiatri I endring: forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Gyldendal, 1998.
- Schlüter, Christian, og Sigmund Karterud. *Selvets mysterier*. Oslo: Pax forlag, 2002.
- Solhaug, Pål, Magnhild Høie, og John Vederhus. «Endring i psykisk velvære etter gjennomført 12 trinnsbasert rusbehandling. En sammenligning av dag og døgnbehandling.» *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2015: 14.
- Stern, D.N. *The interpersonal world of infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books, 1985.
- Thoresen, Lisbeth. «Førsteamanuensis.» *Empati- ulike forståelser*, 11 04 2013: 8.
- Thornquist, Eline. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
- Urnes, Øyvind. *Utviklingspsykologi og selvpsykologi. I Selvpsykologi, Sigmund Karterud, og Jon T Monsen*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.