



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan bruke en selvpsykologisk tilnærming for å forstå og støtte en voksen mann som har opplevd traumer og som gjenopplever traumene under stabiliseringsarbeidet?

Mona Flatset

Totalt antall sider inkludert forsiden: 32

Molde, 19.4.2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: 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.

Opgaver 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: 19.4.18

Antall ord: 8122

Sammendrag

Denne oppgaven forteller om mine møter med Viktor da han var innlagt ved en psykiatrisk døgnpost. Viktor er en mann med relasjonstraumer og dissosiasjonsforstyrrelser. Viktors diagnoser er av underordnet betydning fordi denne oppgaven handler om Viktor sine opplevelser og relasjonen mellom Viktor og meg som hjelper. Av stor betydning blir i den sammenhengen blir det å belyse hvilke bidrag en selvpsykologisk tilnærming og forståelse har gitt vår relasjon. Innen selvpsykologien har alle mennesker et behov for å bli møtt og bekreftet av andre mennesker som betyr mye for oss. Og om disse menneskene møter oss uempatisk og lite bekræftende kan en utvikle psykisk sykdom.

Problemstillingen min er: Hvordan bruke en selvpsykologisk tilnærming for å forstå og støtte en voksen mann som har opplevd traumer og som gjenopplever traumene under stabiliseringsarbeidet?

Jeg har valgt å dele opp teoridelen i to deler, for å gjøre det mer oversiktlig. I teoridelen (1) redegjøres det ikke for selvpsykologien i sin helhet, men for de begreper jeg senere anvender i diskusjonsdelen. Det samme gjelder for teoridel to (2). I forhold til den faseorienterte traumebehandlingen vil jeg ha fokus på den første fasen, stabiliseringsfasen, da det var under denne fasen Viktor og jeg hadde en relasjon. Videre har jeg valgt å knytte de to teoridelen opp imot hverandre i diskusjonsdelen. I diskusjonsdelen diskuteres også hva som kunne ha skjedd hvis jeg hadde møtt Viktor på en annen måte.

I konklusjonen belyses hovedelementene i diskusjonen og jeg foreslår ideer til videre forskning og fagutvikling knyttet til tema som selvsykologi, traume, dissosiasjon og behandling.

Det er min mangel på, og derav nysgjerrighet på, den selvpsykologiske tilnærmingen, traumer, dissosiasjon og behandling som gjør at jeg ønsker å sette fokus på dette i oppgaven. Viktigheten av å ha kunnskap om temaene kan være avgjørende for om pasienten blir frisk eller ikke. Funnene i oppgaven forteller meg at selvpsykologien kanskje bør få en større plass i dagens traumebehandling.

Innhold

1.0	INTRODUKSJON	1
2.0	TEORI del 1: Selvpsykologi	2
2.1	Selvpsykologi	2
2.2	Selvet og fragmentering	2
2.3	Selvobjektsrelasjoner og selvobjektssvikt	3
2.4	Affektiv inntoning og manglende inntoning	5
3.0	TEORI del 2: Traume, aktivering, dissosiasjon og behandling	6
3.1	Traume.....	6
3.2	Toleransevinduet – den optimale sone for aktivering	6
3.3	Post – traumatiske stress-symptomer (PTSD).....	7
3.4	Dissosiasjon – manglende integrering av livsopplevelser.....	7
3.5	Strukturell dissosiasjonsteori.....	8
3.6	Faseorientert traumebehandling	9
4.0	EMPIRI	10
4.1	Narrativ.....	11
5.0	DISKUSJON	13
5.1	Selvobjektssvikt og fragmentering av selvet.....	13
5.2	Den selvpsykologiske relasjonsbyggingen, inntoning – empati.....	16
5.3	Veien videre med fokus på integrasjon og vitalitetseffekt	20
6.0	KONKLUSJON	22

Referanseliste

1.0 INTRODUKSJON

Min problemstilling er: Hvordan bruke en selvpsykologisk tilnærming for å forstå og støtte en voksen mann som har opplevd traumer og som gjenopplever traumene under stabiliseringsarbeidet?

Oppgavens tema er møte med en mann, Viktor, som under sin oppvekst ble møtt på en lite empatisk måte av sin far og som elev ved barneskolen ble utsatt for gjentatte traumatiske hendelser. Slike opplevelser kan gi både senskader og varige psykologiske sår som hemmer livsglede og livsutfoldelse. Den som blir utsatt for dette kan i voksen alder føle seg helt forsvarsløs og oppleve at en totalt har mistet kontroll over hverdagen.

Utallige ganger siden jeg møtte Viktor har jeg undret meg over hvordan jeg kan forstå at Viktor begynner å snakke om det som er vanskelig å snakke om, når han snakker med meg? Hva er det jeg bidrar med som gjør det mulig? Hvordan forholder jeg meg, sånn at det som er betydningsfullt blir fortalt fram? Disse delspørsmålene tar jeg med meg inn i oppgaven og belyser de ved hjelp av egne erfaringer og teori.

Vedrørende litteratursøk så brukte jeg litteraturlisten fra bøkene av Boon, Steele og Van der hart (2011) og Hagen, Barbosa Da Silva og Thelle (2016). Jeg tok ut fire artikler som jeg søkte opp i PubMed, fulltext, via Helsebiblioteket, leste igjennom de og valgte å bruke alle fire i oppgaven da jeg mener de er relevante. Funnene i artiklene handler om aktivering, toleransevindu, traume - og fasebehandling, stabiliseringsfasen.

Jeg foretok et søk i Norart hvor jeg brukte søkeordene relasjonstraumer og dissosiasjon AND/OR selvpsykologi og fant artikkelen av Myklebust og Stål (2011). Denne valgte jeg også å bruke i oppgaven. Selv om denne artikkelen ikke omhandler pasienter som er innlagt ved døgnposter, så brukes den selvpsykologiske tilnærmingen i samtalene, og er derfor relevant for oppgaven.

I oppgaven bruker jeg begreper som har den samme betydningen, som selvobjekt – betydningsfulle andre, miljøarbeidere – hjelpere, flashback – gjenopplevelse. Det er for å få et variert språk i oppgaven.

2.0 TEORI del 1: Selvpsykologi

2.1 Selvpsykologi

Betegnelsen selvpsykologi er fra midten av 1970 – tallet, og brukes om den retningen innen psykoanalysen som Heinz Kohut (1913-1981) og hans tilhengere stod for. Teorien er psykodynamisk forankret, men skiller seg på vesentlige punkter fra den i forståelsen av menneskets psyke og relasjonelle utvikling. Barn fødes med behov og ikke drifter, og menneskelig sinne er ikke medfødt. Noe av det viktigste i selvpsykologien er å kjenne seg som et helt individ som blir sett og forstått av andre mennesker. Sammenheng i selvet er den ideelle psykiske tilstanden for mennesket (Karterud og Monsen 2005).

Selvpsykologi er en psykodynamisk retning der dialogen er det sentrale, og betydningen av likeverdige relasjoner for individuell vekst og meningsskaping blir sterkt fremhevet. Hjelperens oppgave blir å være konstant søkende etter hvilke følelser pasienten har i situasjonene, og målet med en slik tilnærming er å gi en opplevelse av å bli forstått og møtt på en ny måte (Myklebust og Bjørkly 2011).

2.2 Selvet og fragmentering

Selvpsykologien tar utgangspunkt i *selvet*. Med selvet menes vår opplevelse av oss selv som hele og unike mennesker, ifølge (Haugsgjerd et al. 2010) Selvet er et subjektivt fenomen; det kan føles. Fra fødselen av er selvet hele tiden under påvirkning fra omgivelsene. En kan tenke på selvet som *kjernen* i den enkeltes personlighet; den som må være hel og intakt for at en person skal kunne føle seg fri og uavhengig i forhold til andre mennesker.

Et avgrenset og sammenhengende selv er en forutsetning for at en person skal kunne ha en følelse av egen identitet. Ha en god selvfølelse. Få den nødvendige selvtilliten som skal gjøre en i stand til å bygge relasjoner til andre mennesker, sette grenser og å vise handlekraft. For å utvikle den tiltrengte og ureflekterte følelsen av sammenheng og helhet, trenger mennesket et såkalt «konsolidert kjerneselv». Det betyr rett og slett at selvet har

styrke nok til å ta innover seg også de vanskelige opplevelsene og følelsene og integrere dette på en adekvat måte.

Om selvet derimot er svakt og fragmentert, vil en kunne være plaget av nettopp lav selvfølelse, dårlig selvtillit og svak kontaktevne. I møte med kriser og overbelastende situasjoner hender det at mennesker ikke «makter» å ta inn over seg virkeligheten på en realistisk måte, men isteden holder en mer direkte erkjennelse av vanskelige følelser, tanker og hendelser på avstand, noe som kan forhindre at det problematiske materialet ikke blir integrert. Den indre verden kan da fortone seg som en kaotisk arena, hvor følelsene springer i alle retninger. Et skadet selv gir ikke sjelden en kronisk tomhetsfølelse, en udefinerbar følelse av å mangle noe vesentlig. I så måte risikerer en at vanskelige følelser og impulser blir liggende i skyggen av bevisstheten og utenfor selvets koordinerende virksomhet. Resultatet kan være at en plutselig opplever angst eller sterkt ubehag uten helt å vite hvorfor (Haugsgjerd et al. 2010)

I Stern (2007) skriver han om barnets utvikling av *selv*. Han sier at fra første stund har barnet sitt eget ståsted, sin egen opplevelse av verden ut fra eget utgangspunkt. Denne utviklingen kan bare skje i samspill med andre mennesker. Barn er ulike når de blir født. Foreldrenes oppgave er ikke å forme en personlighet, men å oppdage, møte og bekrefte det unike barnet. Stern foreslår at barnets selv utvikles som selvsansinger innenfor fire domener: det gryende selv, kjerneselv, det intersubjektive selv og det verbale selv. Selvsansinger innenfor disse domener er tilgjengelige livet igjennom, som «områder av selvet – i- relasjon». Dette innebærer at ingenting er for sent. En påvirkes, forandres og utvikler seg gjennom hele livet.

2.3 Selvobjektsrelasjoner og selvobjektssvikt

Et selvobjekt er ifølge Kohut:

Den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idétradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv (Karterud og Monsen 2005, 18).

Med basis i narsissismen utvikler vi alle, ifølge Kohut, et behov for selvobjekter/ betydningsfulle andre. Og behovet tar en med seg fra vuggen til graven.

Selvobjektene har til oppgave å tilfredsstillere det Kohut anser som selvets tre hovedpoler og proporsjonere dem i et levelig innbyrdes forhold til hverandre: 1) det grandiose selvobjekt; mennesker har behov for å bli sett, bekreftet og anerkjent for den de er. Relasjoner med ros, korrigerende og konstruktiv grensesetting er eksempler på dette. 2) det idealiserende selvobjekt; behovet for idealisering handler om å ha noen man beundrer og ser opp til. Det kan dreie seg om et forbilde som har styrke og egenskaper som individet ikke selv har. Slike selvobjekt kan for eksempel være en religiøs skikkelse, en trener eller en lærer. De kan gi støtte og hjelp til å takle daglige utfordringer. Barn har behov for å bli speilet av et idealisert selvobjekt, og som det kan føle å bli beskyttet av og som med sin empati hjelper barnet til å føle en sterkere selvsammenheng. 3) det tvillingsøkende selvobjekt; behovet for å være lik eller å ha noe felles med andre mennesker og være en del av noe. Individet opplever relasjonen som likeverdig, den er preget av jevnbyrdighet og individet kan oppleve et fellesskap i samspill med den andre.

Om disse behovene dekkes vil selvet utvikle seg normalt. Modning vil skje naturlig, og narsissismen som er tilstede i barndommen, vil gradvis bli erstattet av selvinnrett og et realistisk syn på seg selv og omverdenen. En lærer seg å tolke andres reaksjoner, og en blir i stand til å sette seg inn i andres tanker og følelser. En evner å takle skuffelser og påkjenninger, og en blir i stand til å knytte gode og likeverdige relasjoner (Karterud og Monsen 2005).

Uansett hvor mye vi prøver, hvor empatiske vi er som hjelpere, så vil en ofte svikte den andres behov for å bli eksakt forstått, tatt hensyn til og besvart. Karterud og Monsen (2005) beskriver denne empatisvikten som selvobjektssvikt. Dersom selvobjektssvikten er inngripende i det betydningsfulle oppvekstmiljøet kan det gi utslag i sykdom. De negative følelsene kan skade kjerneselvet ved at en føler selvsammenhengen løser seg opp og en opplever å være fragmentert.

2.4 Affektiv inntoning og manglende inntoning

Begrepet affektiv inntoning brukes, ifølge Stern (2007) for å beskrive hvordan voksne toner seg inn på barnets følelsesmessige tilstand og på denne måten deler selve følelsene. Affektiv inntoning er en form for ikke – språklig empatisk kommunikasjon. Det er altså ikke selve atferden hos barnet som speiles, men den følelsestilstanden man opplever at barnet er i. Optimal affektinntoning kan beskrives som en eksakt gjengivelse av hva den andre må ha følt da hun eller han utførte disse handlingene (Stern 2007).

Dette er ikke det samme som imitasjon, som henspeiler på å imitere uttrykket slik det ser ut. Affektiv inntoning er gjerne et resultat av en sensitiv holdning til barnet. Det innebærer å være tilgjengelig og oppmerksom på barnets følelser og behov, samtidig som man kan dele dette ved å speile eller bekrefte de uttrykkene man ser. Affektiv inntoning betraktes av Karterud og Monsen (2005) som en nøkkel som åpner døren til den andres indre verden eller ett forsøk på å oppnå følelsesmessig samstemthet. Barnet må være i stand til å føle om omsorgspersonen gir tilbake noe som ligner følelsen som barnet ga uttrykk for. På den måten kan både barnet og omsorgspersonen føle denne samstemtheten (Stern 2007).

Ved manglende følelsesmessig inntoning får ikke barnet bekreftet sitt eget følelsesliv, eller sin egen indre verden.

Stern (Karterud og Monsen 2005) beskriver tre typer manglende inntoning: selektiv inntoning, feilinntoning og overinntoning. Ved selektiv inntoning former omsorgspersoner barnet i deres eget bilde ved selektivt å tone seg inn på eller bekrefte kun deler av følelsesopplevelser og ekskludere andre. Ved at omsorgspersoner gjør det, risikerer barnet å utvikle et «falskt selv» som i stor grad er knyttet til andres forventninger. Det blir disharmoni mellom den du føler deg som og den du står for. Feilinntoning innebærer en feil respons i forhold til den følelsen barnet selv viser og ved overinntoning er det omsorgspersoner som «tar over» barnets følelsesopplevelse.

3.0 TEORI del 2: Traume, aktivering, dissosiasjon og behandling

3.1 Traume

I litteraturen (Hagen, Barbosa Da Silva og Helle 2015) forstås de traume som «skade» eller «sår». Når en bruker ordet traume, snakker en altså om den psykiske skaden forårsaket av hendelsen, og ikke om selve hendelsen som sådan. Det er ikke nødvendigvis ett traume som utløser en traumereaksjon, men mange mindre. Ikke alle blir traumatisert av alvorlige hendelser. Det sentrale er at det har skjedd en hendelse som overstiger personens integreringskapasitet, og som har medført post – traumatiske ettervirkninger. For å integrere traumeminner kreves høy integreringskapasitet. Ifølge (Anstorp og Benum 2006) så skriver de at traume er en reaksjon på hendelser som er uutholdelige og som ikke kan integreres i bevisstheten.

3.2 Toleransevinduet – den optimale sone for aktivering

Toleransevinduet er en metafor som brukes om den ideelle aktiveringstilstanden av stressaktivering (autonome nervesystem), hvor aktiveringen hos pasienten er høy nok og bevissthet nok til å kunne holde seg våken, og forholde seg til dagligdagse hendelser eller til det terapeutiske arbeidet.

Dersom pasienten blir så årvåken og aktiveringen blir så høy, at de betingende responsene aktiveres, vil dette kunne føre til overveldelse og dissosiasjon. I alt traumearbeid, uavhengig i hvilken fase traumearbeidet pasienten befinner seg i, bør hjelpere tilstrebe å legge til rette for at pasientens regulering er innenfor toleransevinduet. Innenfor vinduet er behandlingen innenfor rammen av pasientens følelsesmessige toleranse og integreringskapasitet, og pasienten har da tilgang til sine mentale og kognitive funksjoner. Innenfor vinduet blir ikke pasienten for overveldet, og heller ikke for lite stimulert og aktivert. Pasienter med liten evne til affektregulering vil ha et smalere vindu, det vil si at det skal ikke så mye til før de blir overveldet (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006). Ford et al. (2005) beskriver hvordan mennesker med traumelidelser er sårbare for under – og overaktivering, samt svingninger som er ufrivillige mellom disse ytterpunktene.

Våkenheten og bevisstheten i begge tilstander påvirkes, og den mentale kapasiteten blir ikke tilstrekkelig nok til at læring og nye erfaringer kan bli integrert. Typisk for traumelidelser er et tofasemønster, med vekslning mellom gjenopplevelser/overveldelse og frakobling/unngåelse av alt som kan minne om traumet, som resulterer at pasienten ikke er mentalt tilstede i nåtid (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005)

3.3 Post – traumatiske stress-symptomer (PTSD)

Ifølge (Breivik et al. 2017) så viser PTSD-symptomer seg i form av tre undergrupper: påtrengende minner (bilder/ «flashbacks» /gjenopplevelser av det vonde som har skjedd), fysiologisk aktivering (kan vise seg som søvnproblemer, irritabilitet, sinneanfall, anspenthet, konsentrasjonsvansker) og vedvarende unngåelsesatferd (unngåelse av tanker, følelser, personer, steder som minner om det vonde som har skjedd). Slike symptomer kan være forsinkete, og oppstå lenge etter traumeopplevelse(r). Ofte er det da nye belastninger som treffer det gamle «traumet», og aktiverer dette skriver (Courtois, C. A. 2004) i sin artikkel.

3.4 Dissosiasjon – manglende integrering av livsopplevelser.

Det (Boon, Steele og Van Der Hart 2011) skriver er at å dissosiere er en «ferdighet» som utvikler seg som en reaksjon på traumatiske opplevelser. Dissosiering utvikler seg vanligvis når en opplevelse er for truende eller overveldende til at et menneske klarer å «ta inn» hele opplevelsen. Å «dele opp» personligheten er en måte å overleve traumene på. Dissosiasjon forekommer i flere grader, fra milde splittelser i selv og identitet, noe som medfører at en skifter i selvtilstander i forskjellige situasjoner og spesielt når en er utrygg, til ekstreme grader hvor det foreligger multipl personlighet hvor personen har flere atskilte identiteter som til dels ikke vet om hverandre. Dissosiering er dermed en strategi eller forsvarsmekanisme for å overleve når tilværelsen blir for overveldende. Til en viss grad gjør dissosieringen det mulig å føre et tilsynelatende normalt liv, siden oppsplittingen hjelper til med å holde overveldende hendelser, tanker og følelser unna «her og nå». Men dissosiasjon fører også til at avspaltede deler blir «sittende fast» i ubearbeidede opplevelser (Boon, Steele og Van Der Hart 2011).

Dissosiasjon skjer når vår evne til å ta til oss opplevelser, følelser og tanker er forstyrret. Evnen til å integrere kan bli vedvarende svekket på grunn av traumatisering. Denne evnen kan også bli forstyrret eller begrenset når vi er ekstremt trette, stresset eller alvorlig syke, men i disse tilfellene er forstyrrelsen bare midlertidig. Hvis vi blir traumatisert tidlig i barndommen, kan evnen vi har til å samle opplevelsene våre til en sammenhengende og hel livshistorie bli alvorlig skadet, siden barns evne til integrering er mindre utviklet enn hos voksne.

Ved dissosiasjon går prosesser med å tilegne seg eller avvise erfaringer på en måte parallelt med hverandre. Det vil si at en del av deg tilegner seg en erfaring, mens en annen del av deg ikke gjør det. Personer med dissosiative lidelsesuttrykk føler seg derfor ikke hele. De føler seg oppdelte, siden de har minner, følelser, tanker (og atferd) som kjennes som de ikke tilhører dem selv. Reaksjonsmønstre og selvbilde forandrer seg fra situasjon til situasjon (Boon, Steele og Van Der Hart 2011).

3.5 Strukturell dissosiasjonsteori

Det skrives av (Boon, Steele og Van Der Hart 2011) at dissosiative deler av personligheten er ikke separate identiteter eller personligheter i samme kropp, men heller deler av en som ennå ikke fungerer sammen på en smidig og fleksibel måte.

Dette medfører en oppdeling i to eller flere selv – tilstander, som hver har sine tanker, følelser og reaksjonsmønstre. Den siden av personligheten som bærer følelser og traumeminner koples fra den siden som går videre med dagligliv og mestring. Dagliglivssiden kalles for ANP – Apparently Normal part of the Personality, og den emosjonelle siden av personligheten kaller vi for EP – Emotional Part of the Personality. Delen(e) av personligheten som fungerer i dagliglivet utgjør ofte den største delen av personligheten. Ved primær dissosiasjon skjer en splitt mellom en side av personligheten som forsøker å gå videre med dagligliv (ANP), men på en måte er litt «nummen», fordi traumeopplevelsen ikke er integrert. Den andre siden (EP) bærer traumeminnene, og gjenopplever disse følelsesmessig og kroppslig. Den siden er ikke orientert om at faren er over, og fortsetter å reagere som om det farlige skjer nå. Ved PTSD ser en typisk en

veksling mellom tilsynelatende normal fungering, og så emosjonell overveldelse når traumeminner aktiveres av triggere i dagligliv.

3.6 Faseorientert traumebehandling

Ifølge (Hagen, Barbosa Da Silva og Thelle 2016) så kan de store overskriftene for de tre behandlingsfasene kort beskrives som at fase 1 konsentrerer seg om stabilisering og symptomkontroll (trygghet, omsorg, ro), fase 2 har fokus på bearbeiding av de traumatiske minnene (kartlegging, forståelse, fortolkning og håndtering) og fase 3 på integrering av personlighet og rehabilitering til et normalt liv. Traumearbeidet veksler mellom de ulike fasene, og kan variere i lengde fra noen timer og opp til mange år, avhengig av blant annet hvor store relasjonsskader pasienten har.

Det blir formidlet av (Boon, Steele og Van Der Hart 2011) at selv om det er nærhetsliggende å tenke at det vil være nyttig og godt for en pasient å få snakke om alt det vonde, er det erfaringer i fagfeltet som viser at samtaler om traumer som ligger tilbake i tid, gjerne fører til gjenopplevelser og retraumatisering, heller enn bearbeiding.

Disse erfaringene støttes også i artikkelen forfattet av Brand et al. (2011) som skriver at på grunnlag av lite forskning av dissosiative lidelser må en stole på den kliniske litteraturen som taler for en faseorientert behandling og hva de ulike fasene bør inneholde av tiltak. I denne artikkelen kommer det videre frem blant annet at stabiliseringsarbeidet i fase en er veldig viktig da pasienten må være i fysisk og psykisk stand til å gå igjennom de to neste fasene. Pasienten må først være godt stabilisert og har øvd opp reguleringsferdigheter før bearbeiding og rekonstruering av historien tar til hos individualterapeuten (Boon, Steele og Van Der Hart 2011).

Miljøarbeiderens rolle her er ifølge (Hagen, Barbosa Da Silva og Thelle 2016) å støtte pasienten i stabiliseringsarbeidet innenfor disse hovedområder:

- Styrke egenomsorgsevne (søvn, mat, personlig hygiene)
- Finne meningsfulle aktiviteter i hverdagen, balanse mellom aktivitet og hvile

- Psykoedukasjon: kunnskap om senfølger av traumer, hjelp til å forstå egne symptomer/plager, uten å gå inn i historien.
- Øve opp evnen til affektregulering. Gjenkjenne økning og finne aktiviteter som kan roe dem.
- Øke affektbevissthet og affekttoleranse. Økt evne til å kjenne på følelser kan gjøre det lettere å kontrollere impulser. Impulser som ofte kan være å reagere automatisk på sin gamle måte gjennom gjentatte destruktive handlinger.
- Jobbe med hva som kan gi økt opplevelse av trygghet. Øke evnen til å ta imot og søke støtte, men også øke evnen til å være alene.

4.0 EMPIRI

Viktor har gjennom sin oppvekst opplevd en lite empatisk og bekreftende far og gjentatte traumatiske opplevelser i skolehverdagen sin.

Av den grunn kan Viktor ha utviklet en beskyttelsesstrategi, dissosiasjon, som var bærere av avspaltede emosjonelle reaksjoner hos han. Dissosiasjonen overtok mye av Viktors indre liv og fungerte både som hinder og trygghet for å kunne forholde seg til virkeligheten på vei inn i, og i løpet av voksenlivet. Viktor levde et tilsynelatende «normalt» voksent liv, med jobb, samboer og barn, men følelsesmessig distansert fra andre. Viktors selvfølelse ble kanskje derfor preget av en ytre tilpasning, men uten kontakt med de sterke, indre følelsene.

Etter fylte tretti år ble Viktor i økende grad psykisk syk og brøt sammen og begynte behandling.

4.1 Narrativ

Jeg rusler bortover gangen i retning Viktors rom mens jeg kjenner på følelsen av at jeg gleder meg til å treffe han igjen.

Idet jeg nærmer meg døra til Viktor sitt rom kan jeg se at den står på gløtt. Jeg banker på døra, men får ikke noe svar. Jeg banker på døra igjen samtidig som jeg sier at det er jeg som banker på. Fremdeles ingen respons fra Viktor. Jeg står stille og lytter samtidig som jeg ser inn i rommet gjennom den nå halvåpne døra. Hører lyden av papir i bevegelse og at noen mumler noe uten at jeg klarer å få tak i hva det er. Ser Viktor sittende på gulvet. Jeg sier navnet hans idet jeg åpner døra forsiktig og forteller hvem jeg er enda en gang. Viktor reagerer ikke. Han sitter foroverbøyd, på kne og han er omringet av papirark. Ansiktet hans er vendt fra meg.

Viktor tegner, hardt og intenst mens han mumler noe som for meg er uforståelig der og da. Tegningene på alle arkene er stort sett veldig like og inneholder en liten person som ligger nede med 5-6 andre mindre personer i ring rundt. Så er det tegnet to bygninger hvor det står skrevet skole på den ene. Ved siden av skolen er det tegnet to personer som ser ut til å være noen voksne og hodene og ansiktene til disse er tegnet på en slik måte at de ser den motsatte veien fra personen som ligger nede.

Det er vått på gulvet rundt Viktor og jeg observerer at Viktors bukse også er våt, fra skrittet og nedover langs innsiden av buksebeina. Plutselig skyver Viktor seg langs gulvet og blir sittende, delvis liggende med ryggen opp mot veggen i hjørnet av rommet imens han roper: «no kjæmm dæm ijænn, hjelp mæ!». Nå er ansiktet hans er vendt mot meg, men han enser meg ikke. Han løfter hendene opp og veksler mellom å skjule ansiktet sitt og overkroppen på en beskyttende måte, samtidig som han sparker med føttene og roper «hjælp mæ, ikkje slå, ikkje spark mæ!» gjentatte ganger. Viktor ser og høres livredd ut, som om han kjemper for livet.

Jeg sier med en rolig, men bestemt stemme at jeg kommer til å sette meg ned på gulvet like innenfor døra og at jeg kommer til å være i rommet, sammen med han. Viktor gir ingen respons tilbake til meg. Jeg får ikke kontakt med han. For meg ser det ut som om han er i

en form for transe. Med rolige bevegelser nærmer jeg meg Viktor samtidig som jeg forteller han om hver bevegelse jeg foretar meg og at jeg er her for å hjelpe han. Jeg sitter på gulvet rett ved siden av Viktor. Viktor er litt roligere i bevegelsene sine. Han sparker ikke med føttene, men han beskytter ansiktet og hodet med hendene sine. Pusten hans er ikke panikkartet lengre, men den viser tydelig tegn på redsel. Jeg sier til Viktor at jeg kommer til å legge hånda mi på den venstre leggen hans så han kan kjenne at jeg er her. Så gjør jeg nettopp det, legger hånda mi på leggen til Viktor og formidler at jeg er her hos han.

Viktors strabasiøse pusting avtar enda et hakk og hendene hans er ikke lenger i forsvarsstilling. Viktor sitter der med føttene i gulvet og ryggen langs veggen og blir roligere og roligere. Så sier jeg ifra om at jeg kommer til å legge hendene mine på skuldrene hans og sette meg helt tett inntil han så han kan kjenne at jeg er der. Viktor lener sin nå avslappende kropp mot min, før han begynner å nevne navnene på barna sine, gjentatte ganger. Og endelig møter han blikket mitt og svarer bekræftende på at han er tilbake til her og nå.

Mens vi sitter der omringet av stillhet spør jeg Viktor om hvordan han har det akkurat nå. Til det svarer Viktor: «Æ hørte stemma di langt uti de fjærne...akkurat nå føl æ mæ vældi trygg.... å passa på...».

Noen timer etter hendelsen som er beskrevet ovenfor er Viktor og jeg ute og går tur i naturskjønne omgivelser. Viktor trives veldig godt ute i naturen, både til fjells og til vanns, noe som viser seg å være en felles interesse som vi deler. Stemningen er munter der vi går og deler vår nordnorske sans for humor. Plutselig begynner Viktor å parodierte han Oluf i Raillkattlia, og jeg henger meg på for jeg vet hva som kommer da dette er en komiker/skuespiller jeg kjenner godt til. Jeg sier: «å ka e dett fuille navn», hvorpå Viktor svarer: «mænn namne mett e nåvæll de samme omm æ e edru eller fuill». Så brister vi begge ut i en voldsom latter som vi begge kjente både i kjevemusklene og magemusklene etterpå.

Mens vi står der i latterkulen vår kommer det i fra Viktor: «De e så jevvla deili..æ føle att æ leve..».

Turen går etter hvert videre og ved turmålet setter vi oss ned på en benk og tar frem kaffekanna. Viktor ser på meg, som om han har lyst til å si noe, men vet ikke helt om han skal gjøre det. Men så kommer ordene hans:

«Du vise me heile dæ att du tåle heile mæ.....du bli ikkje reidd uansett ka som sjer, å du kailla ein spade førr einn spade... de skapa tillitt...æ føl att æ kainn stole på dæ. Nåkken andre tå pæronale blei redd....å det jor bærre sittuasjon verre.....di skjønnt ikkje at dissosiasjon ikkje e fali, at de e nåkka såmm e heilt nøddveindi å normalt når kråppen bli så reidd..Men du vise mæ at du har forstådd de..å da kainn æ bære slappe av å la de kåmme...du ane ikkje kor godt de føles at nåkken både skjønna å tåle mæ..... Æ føl att du bryr dæ... æ kainn vær mæ sjøll å slæpp å lat såmm æ e nåkken ainndre..»

Jeg prøver å følge Viktor ved å spørre han om det er noen andre som får han til å føle at han kan være seg selv? Viktors svar kommer etter ei stund med stillhet:

«Jau..., tærrapauten min føle æ att æ kainn stole på...æ føle mæ trygg på hainn...å de jir meining de hainn sei..mænn æ kainn ikkje bruk gallgenhummorn såmm æ å du bruka...førr da bli terrapeutn heilt rar.....Menn æ begynne faktisk å tru att æ kainn bli fresk av de herran ..., finne mæ sjøll ijænn ... att bitan i pusslespællat kainn kåmm på rætt plass.....ka trur du?»

Jeg smiler mens jeg kjenner på den gode følelsen som brer seg i meg, ser inn i Viktors spørrende, men møtende blick og svarer at jeg også tror på at han kommer til å bli frisk.

5.0 DISKUSJON

5.1 Selvobjektssvikt og fragmentering av selvet

Gjennom min relasjon med Viktor har han fortalt mye om seg selv, sin oppvekst, sin barndom, sitt voksenliv og om hvordan livet hans fortøner seg i dag.

Jeg tenker at kunnskapen om den selvpsykologiske tilnærmingen er vesentlig. Slik jeg har forstått det så handler selvpsykologien om en bekreftelse av andre mennesker via å være tilstede på en empatisk, bekreftende og idealiserende måte. Det handler om å bygge en relasjon sammen og styrke selvet. Mangel på svikt av viktige selvobjekt i oppveksten og mangel på andre bekreftende selvobjekter kan føre til at mennesker ikke opplever selvsammenheng når de blir voksne. Et fragmentert selv kan bli resultatet av dette. Med utgangspunkt i det Viktor forteller, og sett i lys av selvpsykologien, er det nærhetsliggende å tro at han har hatt manglende betydningsfulle andre rundt seg i barndommen.

Viktors far hadde karaktertrekk som ikke var så sympatiske i form av å være streng og dømmende. Viktors far skrytete av Viktor når han gjorde som han sa, og kjeftet på Viktor når han ikke møtte fars forventninger. Samtidig så trodde han ikke på Viktors opplevelser i skolegården og mente at litt juling hadde ingen vondt av. Som eldste søsken måtte Viktor hjelpe mye til så far var ikke så positiv til å la Viktor ha besøk av venner. Vil det ikke da være vanskelig for Viktor å finne en tvilling til selvet, en han kunne identifisere seg med, stå på like for med? Far ville likevel kunne bli idealisert, men det ville ikke være en optimal idealisering. Lærerne ved barneskolen ga ikke den støtten og tryggheten Viktor trengte, tvert imot, så sviktet de Viktor på en brutal måte ved å se en annen vei når han opplevde de traumatiske hendelsene i skoletiden. De var på den måten ikke gode idealiserende selvobjekt.

Behovet for idealisering handler om å ha noen betydningsfulle andre som man beundrer og ser opp til, noen som kan gi støtte og hjelp til å takle daglige utfordringer (Karterud og Monsen 2005). Viktor fikk ikke dekt behovet for å bli speilet av idealiserte selvobjekt, noe (n) som han kunne føle å bli beskyttet av, føle seg vernet og som med sin empati kunne hjelpe han til å føle en sterkere selvsammenheng. Sannsynligheten er stor for at en eller flere av selvets poler ikke ble håndtert optimalt av Viktors selvobjekter som derfor kan ha ført til en eller flere svake sider ved hans personlighet i voksen alder.

Viktor har trolig utviklet et fragmentert og skadet selv gjennom sin traumatiserte oppvekst. De dyptgripende traumeopplevelsene kan ha ført til at strukturen i selvet hans er mye skjørere enn i et normalt selv. I Viktors situasjon kan en si at kjerneselvet er fragmentert. Viktors tro på seg selv er lav og ikke særlig positiv. Viktors selv har muligens fått en

struktur som gjør det veldig sårbar for nye påkjenninger. Selve kjerneselvet, som er vår egen oppfatning av oss selv, tåler veldig lite. For å beskytte et slikt fragmentert selv tas det i bruk et forsvar som preges av umodne, psykologiske forsvarsmekanismer, som i Viktors tilfelle kan være splitting.

Måten Viktor beskytter seg på avslører en underliggende sårbarhet og han viser liten evne til mentalisering og følelsesregulering. Gjennom et falskt selv prøver han å dekke over et ødelagt selv, men avslører seg selv når hendelser trenger gjennom hans umodne forsvar. Frykten for at nye påkjenninger skal oppleves like vondt som barndommens traumer ligger kanskje bak. I et normalt velutviklet selv vil en påkjenning bli behandlet på en rasjonell måte fordi trusselen mot kjerneselvet ikke eksisterer i samme grad. Den samme påkjenningen i et skadet selv vil ofte utløse en irrasjonell og ulogisk atferd.

Slik jeg ser det kan manglende bearbeiding av traumeminnene grunnet dissosiasjon ført til at Viktor ikke mestrer sin traumehistorie. Viktor er ikke innenfor toleransevinduet, er ikke optimalt regulert når han gjenopplever de vonde minnene og ikke er mentalt tilstede her og nå (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005).

Det at jeg som hjelper har den forståelsen at det å dissosiere er en måte å splitte seg opp på for å beskytte noen funksjoner og forstå denne oppsplittingen som er overlevelse, helt fra barndommen, gjør at Viktor føler seg trygg på at jeg tåler han. Som tidligere nevnt så blir dissosiasjon forstått som en «ferdighet» der opplevelsene medfører en oppsplitting i ulike deler av personligheten for å kunne ivareta funksjonsnivået til pasienten (Boon, Steele og Van Der Hart 2011).

Når Viktor blant annet blir minnet om det traumatiske som skjedde i skolegården aktiveres symptomene hans ved at han får en oppdeling i personligheten hvor noen deler lever det daglige livet (ANP), mens andre(EP) bærer på traumene. Ulike deler i Viktor er tett knyttet opp mot tidligere traumatiske erfaringer og er med på å opprettholde Viktors evne til å fungere i det daglige, ved å ivareta de traumatiske elementene og hverdagsfunksjonene hver for seg. Når Viktor ligger der i skolegården og kjemper for livet er det traumeminnene(EP) av Viktors personlighet som lever, og som gjenoppleves følelsesmessig og kroppslig. Den siden er ikke orientert om at faren er over, og fortsetter å reagere som om det farlige skjer nå (Boon, Steele og Van Der Hart 2011).

5.2 Den selvpsykologiske relasjonsbyggingen, inntoning – empati

I fortellingen om Viktor illustrerer jeg blant annet situasjoner hvor jeg var uforberedt til hva som kom meg i møte og hvor jeg ikke helt forsto hva som skjedde. Jeg hadde på dette tidspunkt tilegnet meg litt kunnskap om traume og dissosiasjon, men hadde lite kunnskap om den faseorienterte traumebehandlingen. Og min innsikt i selvpsykologien var helt i nybegynnerfasen.

I selvpsykologien er det affektiv inntoning, ekthet og empati som er viktige tilnæringsmetoder når en skal prøve å bygge relasjoner til andre mennesker (Karterud og Monsen 2005).

Schibbye (2017) beskriver inntoningsbegrepet som et begrep som gjør det mulig å tenke seg en bro mellom to bevisstheter og at dette begrepet gjør det lettere å forstå hvordan det er mulig å komme innenfor et annet menneskets indre opplevelsesverden. Det å «være sammen» i øyeblikket, uten behov for eller intensjon om å påvirke den andre.

«Æ føle att du bryr dæ...» er en av uttalene til Viktor. Det Viktor sier kan tolkes som at han føler at jeg «virkelig» bryr meg om tilstanden hans. Hvis en ser det i lys av den selvpsykologiske tilnærmingen er det da jeg opptrer empatisk. Det er ikke hva jeg føler er empatisk, men hva Viktor føler er gjengitt empatisk (Karterud og Monsen 2005).

For Viktor hadde de erfaringene han bar på gjort det vanskelig å ha kontakt med egen kropp, noe som har gitt han kroppslige reaksjoner. Viktor var opptatt av at jeg tålte hele han og de sterke flashbackene, som kom når han opplevde at traumeminnene ble uhåndterbare.

Gjennom Viktors utsagn «*Du vise me heile dæ att du tåle heile mæ....du bli ikkje reidd uansett ka som sjer*» viser Viktor til opplevelser i møtene mellom oss hvor han fikk bekreftet sine overlevelsesreaksjoner som forståelige og viktige. Viktor har også opplevd at slike følelser og reaksjoner ble sett på som farlige, og erfart at disse sidene ved han kan skape utrygghet hos hjelpere. *Nåkken andre tå pærsonale blei redd...di skjønnt ikkje at*

dissosiasjon ikkje e fali, at de e nåkka s mm e heilt n ddveindi   normalt n r kr ppen bli så reidd..

Det at jeg tolket den kroppslige siden ved dissosiasjonene som normale reaksjoner, gjorde at Viktor følte en lettelse, noe som kanskje var med på å gi han en grunnleggende tillitt til meg som hjelper.

Dersom selvet, kjernen i vår menneskelighet, skal kunne utvikle seg på en sammenhengende og hel m te, er det avhengig av å bli bekreftet og speilet gjennom affektiv inntoning og empatiske relasjoner med sine selvobjektrelasjoner gjennom hele livet. Kilden til psykisk sykdom er ulike former for, og grader av selvobjekt-svikt, empatisvikt, fra v re betydningsfulle omgivelser (Karterud og Monsen 2005).

Som selvobjekt stilte Viktors far visse krav og forventninger til Viktors væremåte, og Viktor fikk formidlet at det bare var deler av hans atferd og følelsesuttrykk som kunne aksepteres. I en selvpsykologisk tilnærming kalles dette for selektiv inntoning og er en form for empatisvikt. En slik inntoning kan medføre at et barn utvikler et «falskt» selv og t r ikke vise frem hele seg, men fremstiller seg selv kun på m ter en tror blir akseptert (Karterud og Monsen 2005).

Slik jeg ser det så kan Viktor ha utviklet et falskt selv som bærer preg av farens forventninger, og hvor Viktors følelser og opplevelsesverden kan ha blitt delvis hemmeligholdt.

Nødvendigheten av å bli møtt direkte og nært er viktig kunnskap for meg som hjelper. Selv om dette var noe Viktor muligens hadde lengtet etter, kunne det også være utfordrende med bakgrunn i hans vanskelige historie. Når han beskrev slike utfordringer, gjennom redsel og kroppens dissosiering kan det forstås som at Viktor i liten grad hadde møtt det ekte i seg selv. At den han var «innerst» inne» enn  lå i skjul bak mange beskyttende lag av (selv)forsvar.   bli sett av meg kan ha vekket et gammelt savn hos Viktor om å føle seg betydningsfull for den han er, uten å måtte forestille seg.

Kanskje har jeg vekket et sovende behov for idealisering hos Viktor? Jeg tror jeg var et idealisert selvobjekt i relasjonen mellom Viktor og meg, og at han gjennom idealiseringen

og speilingen kunne føle at han oppnådde selvsammenheng og få bekreftet sin selvfølelse. I tillegg kan det ha styrket håpet for fremtiden, noe som også kan utgjøre et viktig grunnlag for den videre endringsprosessen.

I narrativet beskrives det følelsesmessige samspillet mellom Viktor og meg. Stern beskriver dette samspillet som tidligere nevnt for affektinntoning (Karterud og Monsen 2005).

Jeg prøvde å sette meg i Viktors indre opplevelsesverden, ifølge (Schibbye 2017) og forstå hvordan han følte det når han gjenopplevde traumeminnene.

Min instinktive følelse var å beskytte og trygge Viktor når jeg observerte redselsuttrykkene hans og hva som skjedde med han. Jeg følte meg ikke redd når jeg så og hørte det jeg gjorde. Samtidig som jeg tenkte at det var viktig å få Viktor tilbake til her og nå, var jeg usikker på om jeg kunne tilføre han mer redsel ved å nærme meg han.

Jeg var ikke sikker på om Viktor tålte at jeg tok på kroppen hans da det kunne ført til at de vonde følelsene eskalerte. De vonde følelsene som Viktor allerede kjente på der han lå i skolegården og tok imot sparkene og slagene som kom fra medelevene.

Men jeg følte jeg burde prøve å hjelpe Viktor ut av den redselsfulle virkeligheten hans han opplevde da. Så jeg nærmet meg Viktor fysisk, sakte, men sikkert, samtidig som jeg verbalt forsøkte å trygge han ved å si hva jeg gjorde og at jeg var der for å hjelpe han. Jeg observerte Viktors reaksjoner på min inntoning og tolket de dithen at måten jeg møtte han på kanskje fungerte, da redselsuttrykkene avtok. Det gjorde at jeg følte meg tryggere på hvilken gjenklang inntoningen ga i mine egne følelser. Derfor fortsatte jeg å tilnærme meg han på samme måte, ved å fortelle han hvor jeg befant meg i rommet og at jeg beveget meg mot han, at jeg etter hvert kom til å ta på bestemte deler av kroppen hans, og at jeg gjorde dette for å hjelpe han.

Viktors redselsfulle følelsesuttrykk avtok mer og mer etter som jeg fortsatte med samme inntoning. På veien tilbake til her og nå, bekreftet Viktor at inntoningen min nådde inn til han ved at han nevnte navnene til barna sine, møtte blikket mitt og satte seg godt inntil kroppen min og lot seg bli beskyttet. Svaret Viktor ga meg på spørsmålet om hvordan han

har det nå tolket jeg også som en bekreftelse på det følelsesmessige samspillet mellom oss: « Æ hørtt stemma di langt uti de fjærne...å no føl æ mæ vældi trygg.... å passa på...».

I ettertid av ovenfor nevnte hendelse har jeg tenkt en del på hva utfallet kunne ha blitt hvis inntoning var annerledes. Det som Viktor sa:» *Nåkken andre tå pærsonale blei reidd...å det jor bærre situasjon verre...»* hadde jeg også med meg i tankene mine.

Hvis jeg for eksempel hadde møtt Viktor med et følelsesmessig utgangspunkt i at jeg følte meg redd idet jeg fikk innsyn i hans opplevelsesverden da han gjenopplevde traumeminnene kunne utfallet kanskje blitt annerledes.

Jeg ser viktigheten av at også hjelpere reflekterer over hvor de befinner seg i sitt toleransevindu slik at en kan være bevisst sine egne følelsesreaksjoner da det kan være utslagsgivende i forhold til den affektive inntoning i relasjonen min med Viktor. Hvis redselen min fikk overtak ville jeg kanskje ha kjent på en hjelpeløshet og at jeg ikke klarte å hjelpe Viktor.

Hva om jeg valgte å gå ut av rommet for å tilkalle hjelp? Da ville jeg med hele mitt kroppsspråk formidlet til Viktor at det ikke var trygt å være sammen med han, og at jeg ikke prøvde å nå inn til han. Viktor hadde kanskje følt at jeg ikke var til å stole på og at jeg ikke «tålte hele han», at jeg bare godtok visse følelsesuttrykk ved han. Hvis jeg hadde forlatt rommet, og dermed også Viktor, kunne Viktor ha følt seg sviktet av meg på samme måte som han følte seg sviktet av lærerne ved skolen som ikke brydde seg og så en annen vei. Viktor kunne da ha reagert med sinne fordi han følte seg krenket, og avvist meg og kanskje brutt relasjonen og samarbeidet vårt.

Slike former for feilinntoning kan ifølge den selvpsykologiske tilnærmingen ha resultert i at Viktor følte at den idealiserte selvobjektoverføringen sviktet han og at dette kunne føre til selvobjektssvikt og fragmentering. Slik jeg har forstått selvpsykologien så er målet å få til en integrering av det fragmenterte selvet så Viktor kan føle seg som en vital og hel person og eie hele sin følelsesfylde (Karterud og Monsen 2005).

5.3 Veien videre med fokus på integrasjon og vitalitetseffekt

For at Viktor skal oppleve helbredelse og bli frisk, må man se og behandle «hele» han mens man håndterer de ulike dissosiative delene av personligheten.

Ifølge (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006) så er det vanlig å vente med utfordring av problematisk forsvar inntil pasienten er stabilisert. Anbefalinger om en faseorientert behandling der den første fasen, stabiliseringsfasen, innebærer en tilstrekkelig stabilisering av pasienten før en tar fatt på en adressering og bearbeiding av traumatiske opplevelser deles også av Brand et al. (2011) som det ble vist til i teoridelen.

Som nevnt i teoridelen så viser den innledende fasen innen traumeteori til en behandlingsprosess hvor det jobbes med regulering av nærhet og avstand, følelsesregulering, kunnskap om sensfølger av traumer, hjelp til å forstå egne lidelsesuttrykk uten å gå inn i historien, øke affektbevissthet og affekttoleranse, finne meningsfulle aktiviteter og styrke egenomsorgsevnen. Hjelperen bidrar aktivt i reguleringsarbeidet for å unngå at pasientens trygghet trues, noe som antas å hindre fremgang og endring (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006). Kanskje gjorde min tilnærming til Viktor at han ble mer åpen og følte en bedre selvsammenheng og vitalitet, og at han dermed ble i bedre stand til å møte sine egne følelser i bearbeidingsfasen.

Allerede i starten av relasjonen mellom Viktor og meg fant vi ut at vi hadde en felles interesse for turer ute i naturen, og at vi hadde samme type sans for humor.

I følge (Myklebust og Bjørkly 2011) så behøver ikke inntoning skje i en samtale, men kan godt skje gjennom felles aktiviteter. Gjennom inntoning vil hjelpere forstå mer om hvilken type selvobjektsrelasjon vi har behov for her og nå.

Vi hadde mange utrolige «gode øyeblikk» hvor vi både med og uten ord og med og uten kroppsspråk viste hverandre at vi «matchet» følelsesuttrykkene som kom frem.

I empirien beskrives ett av disse øyeblikkene, hvor vi parodierer Oluf I Raillkattlia, og hvor vi deler det å føle seg levende.

Jeg forstår det slik at det er dette som av (Stern 2007) beskrives som vitalitetseffekt. Og han skriver videre at eksempler på denne form for matchet affektuttrykk kan være tonefall i verbal kommunikasjon eller hvor hurtig, intens og entusiastisk en handling kommer til uttrykk motorisk. Vitalitetsaffekter er antatt å være tilstede i all form for atferd og gjør at affektinntoningsprosessen er kontinuerlig ettersom det alltid vil være en form for uttrykt affekt i menneskers verbale eller motoriske handlinger (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006).

Responsen til Viktor taler kanskje for seg selv der han uttrykker at: «De e så jævvla deili..æ føle att æ leve..».

Viktor sier han har tillitt til terapeuten sin: «Jau..., tærrapauten min føle æ att æ kainn stole på». Tillit til terapeuten må være tilstede for at indre arbeid og integrering kan skje. Og Viktor må være i toleransevinduet hvor han effektivt kan snakke om traumeopplevelsene og samtidig føle seg som et sammenhengende selv (Courtois, C.A., 2004). Med terapeutens og andre hjelpere sin kunnskap og kompetanse kan Viktor oppnå tilstedeværelse i eget liv, og ikke minst kjenne seg som er hel og virkelig person.

Den nye innsikten og selvforståelsen hos Viktor vil endre seg fordi Viktor, jeg og andre hjelpere skaper en ny fortelling om Viktors liv.

I narrativet beskriver Viktor dette slik: «*Menn æ begynne faktisk å tru att æ kainn bli fresk av de herran ..., finne mæ sjøll ijænn ... att bitan i pusslespællat kainn kåmm på rætt plass...*

Jeg tror at nytten av at Viktor får snakke om sine traumatiske opplevelser med terapeuten sin er stor. Der får Viktor muligheten til å til å utforske opplevelsene sine innenfor trygge rammer. Dette kan hjelpe Viktor med å lage en sammenhengende, håndterbar og meningsfull historie om hendelsen, istedenfor at det føles fragmentert, overveldende og uforståelig.

Viktors terapeut forklarer hvordan traumearbeidet skal foregå slik at Viktor er så godt som mulig forberedt på hva som kommer til å skje underveis. Det at Viktor tar til seg ny kunnskap bidrar til økt forstand og åpner kanskje opp for en spirende glede over at ord gir

mening og skaper nye og bedre opplevelser for han. Den terapeutiske målsettingen var reparasjon av selvet og oppbygging av ny psykisk struktur. I den forstand, uten omveien om innsikt, kunne oppleve å handle konstruktivt annerledes på områder der det tidligere var hemmet av frykt og selvusikkerhet. Kohut hevdet at dette i hovedsak skyldtes relasjonserfaringen (Karterud og Monsen 2005).

Kohut mente at et vesentlig kjennetegn ved god psykisk helse er evnen til å omgi seg med nærende selvobjekter og holde på dem (Karterud og Monsen 2005).

Hvis Viktor klarer å opprettholde tillitten til terapeuten sin og noen av miljøarbeiderne, altså de nåværende selvobjektene hans og hans selvinnsett fortsetter å øke, så ligger grunnlaget godt til rette for at Viktor kommer til å bli frisk. Og slik jeg kjenner Viktor gjør at troen min på at han skal heles er veldig sterk.

6.0 KONKLUSJON

Relasjonskompetanse er av stor betydning når en skal yte omsorg for psykisk syke pasienter. I selvpsykologien er det ingen teknikker en kan bruke, men den følelsesmessige gjensidige relasjonen som er det virksomme.

Å jobbe med denne oppgaven har hjulpet meg med å forstå Viktor bedre, fra et annet perspektiv, og hva jeg har bidratt med i relasjonen vår slik at det som Viktor synes er viktig å snakke om, blir snakket om.

Jeg kunne tenkt meg at det ble forsket mer på effekten av selvpsykologi i forhold til andre tilnæringsmetoder. Og gjerne i form av pasienterfaringer som har blitt møtt av hjelpere med en selvpsykologisk tilnærming.

I dagen helsesamfunn, som baserer seg på korte behandlingsløp, så kan det kanskje bli ei utfordring, ikke minst samfunnsøkonomisk, å bruke selvpsykologi som terapi – tilnærming?

Jeg har gjennom mine egne kliniske erfaringer og gjennom andre hjelpere erfart at det å ha kunnskap om selvpsykologi, traumer, den faseorienterte behandlingen og dissosiasjon kanskje er en mangelvare, så å øke kunnskapen rundt dette kan gi ei utvikling som går i riktig retning med tanke på at flere kan bli friske.

Terapeutene ligger foran miljøarbeidere når det gjelder å få økt kompetansen sin innenfor traumefeltet, så jeg tenker at kompetansehevinga bør skje hos hjelperne. Det er tross alt de som er sammen med pasientene i all tiden mellom timene de er hos terapeuten, og for at pasienten skal bli frisk er vi avhengig av et samarbeid i behandlingsforløpet.

Referanseliste

Anstorp, Trine, Kirsten Benum og Marianne Jakobsen (red). 2006. *5. Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Boon, Suzette, Kathy Steele og Onno Van Der Hart. 2011. *Traumereelatert dissosiasjon. Ferdighetstrening for pasienter og terapeuter*. 2. opplag 2015. Vikersund: Arena Media AS.

Brand, B., Myrick, A. C., Loewenstein, R. J., Classen, C. C., Lanius, R., McNary, S. W., Putman, F. W. (2011). A survey of practices and recommended treatment interventions among expert therapists treating patients with dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Psychological Trauma: Research, Practice and Policy*, 4(5), 490-500.

Brevik, Kyrre, Edvin Bru, Charlotte Hancock, Ella Cosmovici Idsøe, Thormod Idsøe og Mona E. Solberg. 2017. *Å bli utsatt for mobbing. En kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak*. Stavanger: Læringsmiljøsentret.

Cortois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (3), 412-425.

Ford, J.D, Courtois, C.A., Steele, K., Van der Hart, O.& Nijenhuis, E.R.S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437-447.

Hagen, May Bente, Antonio Barbosa Da Silva og Mona I. Thelle (red.) 2016. *Traumebevisst omsorg i psykiisk helsearbeid – fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsen og Jon A. Løkke. 2010. *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karterud, Sigmund og Jon T. Monsen (red) med bidrag av: Finn Skårderud, Ellen Hartmann, Øyvind Urnes og Thor Kristian Island. 2005. *Selvpsykologi – utvikling etter Kohut*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Myklebust, Kjellaug K. og Stål Bjørkly. 2011. Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner. – En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere. *Vård i Norden*, 31(3): 19-23.

Schibby, Anne – Lise Løvlie. 2017. *Relasjoner. Dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Stern, Daniel N. 2007. *Her og nå: øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Van Der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S.& Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 5, 413-423.

