



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Selvpsykologisk tilnærming til pasienter med  
spiseforstyrrelser og alexithymi**

Marianne Tømmervåg Kvalnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 19.04.18



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><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 betrakte som fusk 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 godkjennelse.

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: 07.04.18

**Antall ord: 8746**

## Sammendrag

Pasienter med spiseforstyrrelser har i tillegg til problemer med kropp og vekt ofte problemer med tanker og følelser. Den syke kan ha problemer med å oppdage og uttrykke egne og andres følelser; alexithymi. I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke hvordan vi som miljøarbeidere kan bidra til en bedre livskvalitet igjennom å gi jenter med spiseforstyrrelser et styrket verbalt språk, jeg ønsker å se teori om spiseforstyrrelser opp mot selvspsykologisk tilnærming. I empiridelen vil jeg presentere Berit, en ung kvinne jeg møtte i min praksisperiode på et distriktspsykiatrisk senter.

Problemstillingen i denne oppgaven er: «Hvordan kan miljøarbeider via selvspsykologisk tilnærming gi jenter med spiseforstyrrelser og alexithymi bedre livskvalitet igjennom å styrke deres verbale språk».

I teoridelen vil jeg presentere teori om spiseforstyrrelser og alexithymi, samt det selvspsykologiske perspektivet. I drøftingsdelen tar jeg utgangspunkt i narrativet om Berit. Møtene med Berit diskuteres i lys av problemstillingen og presentert teori.

Gjennom langvarig empatisk fordypning og affektinntoning kan bidra til å reparere et fragmentert selv. Vi kan validere pasientens opplevelser og følelser igjennom selvobjektsoverføringer, og utforske og sette ord på det som er vanskelig å håndtere. Via styrket vitalitetsaffekt vil pasienten bli bedre til å regulere sine affekter, både negative og positive opplevelser integreres i selvet og styrker pasientens resiliens. Når pasienten kan uttrykke sine behov, tanker og følelser i større grad vil hun kunne oppleve en bedret livskvalitet, da hun ikke lenger trenger å sulte kroppen som en form for kommunikasjon.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Litteratursøk.....	3
1.2	Problemstilling.....	4
<b>2.0</b>	<b>Teoridel.....</b>	<b>4</b>
2.1	Teori om spiseforstyrrelse .....	4
2.1.1	Spiseforstyrrelse som språk .....	6
2.1.2	Uten-ord-på-følelser – Alexithymi .....	7
2.1.3	Spiseforstyrrelse som forsøk på kontroll .....	7
2.2	Teori om selvpsykologi .....	8
2.2.1	Empati.....	9
2.2.2	Selvet .....	9
2.2.3	Selvobjektsrelasjoner.....	10
2.2.4	Selvobjektsvikt og fragmentering .....	11
2.2.5	Affektinntoning.....	11
2.2.6	Vitalitetsaffekt.....	13
2.2.7	Motstand .....	13
2.3	Selvpsykologi og spiseforstyrrelse.....	13
<b>3.0</b>	<b>Empiri.....</b>	<b>15</b>
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>16</b>
4.1	Det første møtet.....	16
4.2	Samtaler uten verbalt språk?.....	17
4.3	Språk som middel til å forstå seg selv? .....	19
4.4	Kontrollbehov – også et analogt språk? .....	21
4.5	Økt vitalitetsaffekt – bedre livskvalitet?.....	23
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon:.....</b>	<b>24</b>
<b>6.0</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>27</b>

## 1.0 Innledning

I denne fordypningsoppgaven ønsker jeg å se nærmere på hvordan en kan styrke selvbildet til unge jenter med spiseforstyrrelser og alexithymi ved hjelp av selvpsykologisk tilnærming.

Bakgrunnen for valg av tema er at jeg via praksiserfaring har sett at vi som miljøarbeidere fort kan tenke at spiseforstyrrelser handler om mat og vekt, men spiseforstyrrelser handler i like stor grad av følelser. Symptomene handler ofte om ulike måter å regulere og håndtere affekt. Pasienter med spiseforstyrrelser har ofte problemer med å gjenkjenne og sette ord på sine følelser og behov (Graver 2016). Mange med spiseforstyrrelser skårer over normalt høyt på skalaer for alexithymi, et begrep som betyr uten-ord-på-følelser. Begrepet brukes som forklaring på tilstander hvor kroppen blir et sentralt språk for symptomer (Skårderud 2016).

Som miljøarbeider kan det være vanskelig å få øye på de underliggende årsakene til at en pasient har utviklet en spiseforstyrrelse. Det er ofte sammensatte årsaker, de faktorene som går igjen er lav selvfølelse og sår i selvfølelsen (Lindberg 2018). Spiseforstyrrelser betegner tilstander med symptomer med blant annet overdreven opptatthet av å være tynn, intens frykt for overvekt, negativt selvbilde og forstyrret spiseatferd (Bergwitz og Halvorsen 2016).

Anorexia nervosa er en av de vanligste alvorlige sykdommene hos tenåringsjenter (Bergwitz og Halvorsen 2016). Man regner med at rundt 50000 norske kvinner mellom 15 – 45 år har en alvorlig spiseforstyrrelse. Det er en glidende overgang mellom å ha et problematisk forhold til mat, kropp og selvfølelse til å ha en spiseforstyrrelse. Når tanker, følelser og adferd knyttet til mat, kropp og vekt overskygger alt annet, slik at det forringer livskvaliteten, defineres det som en spiseforstyrrelse (Lindberg 2018). I denne fordypningsoppgaven ønsker jeg å sette fokus på *alvorlig spiseforstyrrelse*, definert av psykiater Finn Skårderud som et mangeårig forløp, nærmest totalt styrende for den enkeltes liv (Skårderud 2016). Alexithymi påvirker pasienter med spiseforstyrrelser i stor grad, da de får mer antidepressiva, er oftere innlagt, de får mindre terapi en de uten alexithymi (Speranza, Loas, Gulbaud & Corcos, 2011).

Jeg ønsker å bringe opp noen sentrale begrep fra selvpsykologisk tilnærming, en psykodynamisk retning grunnlagt av Heinz Kohut (1913 – 1981) på 70-tallet. Skårderud (2016) sier at han opplever selvpsykologiens begreper som nyttig i behandlingen av spiseforstyrrelser. Jeg vil i teoridelen presentere de aktuelle begrep i forhold til pasientens situasjon.

I empiridelen ønsker jeg å fortelle om en pasient jeg har valgt å kalle Berit, en ung kvinne jeg møtte via praksis på et distriktpsykiatrisk senter (DPS), jeg har valgt å trekke fram samspillsituasjoner for å undersøke nytten av selvpsykologisk tilnærming knyttet opp mot hennes spiseforstyrrelse og alexithymi. Spiseforstyrrelse hos unge har en alvorlig konsekvens for fysisk, psykisk og sosial utvikling. Behandling og tiltak bør settes i gang tidlig når symptomene i betydelig grad går ut over den sykes helse og fungering. Pasienter som blir friske fra anorexi har gode muligheter til å ha en normal personlighet og et godt selvbylde som unge voksne (Mangrud 2006).

I diskusjonsdelen ønsker jeg å drøfte sentral teori opp mot mitt narrativ, dette for å undersøke hva som kan være en god tilnærming for å gi unge kvinner med spiseforstyrrelser og alexithymi bedre livskvalitet. Jeg anser dette som relevant å belyse for å få en dypere forståelse for hvordan miljøarbeidere kan møte den spiseforstyrrede pasienten på best mulig måte; og på den måten bidra til et styrket språk for følelser og opplevelser. Skårderud (2016, 21) sier at et menneske med evnene til å tro på egne ressurser, til å tåle skuffelser og evne til å trøste seg selv neppe noen gang vil utvikle en spiseforstyrrelse.

Pasienten jeg beskrevet var innlagt på et DPS den tiden narrativet beskriver, men jeg anser temaet som relevant i forhold til 1. og 2. linjehelsetjenesten da vi møter pasienter med spiseforstyrrelser i alle nivå av helsetjenesten. I denne fordypningsoppgaven brukes betegnelsen spiseforstyrrelser som samlebetegnelse på de tre grunnformene; anorexia nervosa, bulimi og overspising, for mange av pasientene dekker ikke en diagnose alt, da de beveger seg mellom diagnosegruppene (Skårderud 2016). Teorien og forskningen viser ofte til diagnosen anorexia nervosa, men jeg anser at behandlingen av anorexia også kan benyttes for andre former av spiseforstyrrelser da mange av de samme mekanismene bak sykdommen er de samme.



Også menn blir rammet av spiseforstyrrelser, men denne oppgaven har jeg begrenset til kvinner, men jeg anser funnene i fordypningsoppgaven som overførbare til også behandling av menn. Jeg har valgt å anvende navnet «Berit» eller «hun» som personlig pronomen i stedet for pasienten. I denne oppgaven blir begrepet miljøarbeider brukt om alt helsepersonell som jobber innen psykisk helse.

## 1.1 Litteratursøk

Jeg har benyttet meg av flere databaser i mitt artikkelsøk. Søkeord jeg har brukt er: *spiseforstyrrelse, terapi, alexithymi, selvpsykologi* på norsk. På engelsk har jeg benyttet meg av søkeordene: *self psychology, eating disorder, therapy, anorexia, recovery, self-efficacy, alexithymia*. Under søkeprosessen fikk jeg få relevante treff i norske databaser, så jeg har i hovedsak brukt engelske databaser som Ovid Medline og PsykInfo.

Det har vært få eller ingen trekk på søkeordene kombinert med søkeordet *selvpsykologi/self psychology*, årsaken kan være at kombinasjonen av søkeord har vært mangelfull eller at det kan være manglende forskning på temaet.

I databasen PsykInfo benyttet jeg meg av søkeordene *anorexia AND recovery AND self-efficacy* da jeg fikk et treff på en artikkel jeg anser som relevant for min oppgave. Jeg har valgt å inkludere artikkelen «Factors impacting treatment and recovery in Anorexia Nervosa: qualitative findings from an online questionnaire» av Fogarty and Ramjan publisert i *Journal of Eating Disorders* (2016) 4:18.

Artikkelen viser til at pasienter rapporterer at støtte og forståelse i møtet med helsepersonell er viktige faktorer for bedring. Mestringstro, motivasjon og relasjoner anses som viktige elementer i behandlingen av den spiseforstyrrede. Jeg har valgt å inkludere artikkelen til tross for at den ikke beskriver spiseforstyrrelser i et selvpsykologisk lys fordi jeg anser at den bringer den sykes stemme og behov inn i denne refleksjonsoppgaven.

Jeg har også valgt å inkludere artikkelen «Alexithymia in anorexia and bulimia: Ubiquitous and primary trait?» av Amianto, F, A. Bertorello, F. Migliore, G. Abbate-Daga og S. Fassino. Publisert i *Cogent Psykologi* (2016) 3: 1185994.

Jeg søkte på søkeordene *alexithymia AND anorexia nervosa* i Ovid Medline. Jeg fikk mange treff og valgte å gå inn på en artikkel som var relevant. Da den ikke fantes i full tekst trykket jeg «finn relaterte artikler» og fikk opp denne. Jeg har valgt å inkludere den da den sier noe om tilstedeværelsen av alexithymi hos mennesker med spiseforstyrrelser. Studien viser til at alexithymi er et tilstedeværende personlighetstrekk hos de fleste med spiseforstyrrelser, dette i større eller mindre grad.

## 1.2 Problemstilling

Hvordan kan miljøarbeider via selvpsykologisk tilnærming gi jenter med spiseforstyrrelser og alexithymi bedre livskvalitet igjennom å styrke deres verbale språk.

Denne blir belyst og analysert via følgende delspørsmål:

- Det første møtet
- Samtaler uten verbalt språk?
- Språk som middel til å forstå seg selv?
- Kontrollbehov – også et analogt språk?
- Økt vitalitetsaffekt – bedre livskvalitet?

## 2.0 Teoridel

### 2.1 Teori om spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelse er en psykisk lidelse som oftest oppstår hos kvinner i alderen 15-35 år (Røer 2016). Man deler spiseforstyrrelser inn i tre grunnformer; anorexi, bulimi og overspising, men omtrent halvparten av pasienter med spiseforstyrrelse har sammensatte symptomer som ikke enkelt kan la seg klassifisere, mange beveger seg mellom diagnosegruppene (Skårderud 2016).

Det er ikke bare vansker med kropp og mat som definerer den spiseforstyrrede pasienten, men også vansker med å forholde seg til egne tanker og følelser. Den syke forsøker å endre sin kropp i et forsøk på å fremme selvfølelse og skape kontroll. Anne Røer (2016, 18) sier at spiseforstyrrelser er symptomer som er meningsbærende signaler til omgivelsene om sammenbrudd og krise. Spiseforstyrrelsen kan ses på som et særeget forsøk fra pasientens side, bevist eller ubevist, på kommunikasjon, der målet er at krisen skal fanges opp av omgivelsene (Skårderud 2016).

Spiseforstyrrelser kan defineres som en samling av flere ulike symptomer, disse kan deles opp i kjernesymptomer og følgetilstander. Flere ulike symptomer som depresjon, angst og tvangslidelser kan vise seg i symptombildet til pasienten. Også somatiske symptomer vil framtre ettersom pasientens sykdom får utvikle seg gjennom økt belastning på kroppen (Skårderud 2016).

Spiseforstyrrelser er varianter av tre grunnformer. *Anorektikeren* er pasienten som nekter å spise. Ofte benekter pasienten at hun spiser lite og hun kan selv ha en opplevelse av å spise nok. Pasienten kan oppleve seg selv som overvektig selv om vekten er lav. Denne pasientgruppen blir ofte engstelig av å spise, setter seg ofte regler for tillatt mengde mat og har strenge regler hun må forholde seg til. *Bulimikeren* er svært ofte en som kaster opp, men hun kan også være en som faster, overtrener eller har en massiv bruk av avføringsmiddel, målet er som oftest renselse. *Overspiseren* mister kontrollen over matinntaket. Pasienten kan være en som planlegger sin overspiser som et ritual med faste regler, eller det kan være en impulshandling. Pasienten spiser til hun er fylt opp og vel så det. Etter slike episoder oppstår ofte skam og selvforakt (Skårderud 2016).

Skårderud (2016, 229) sier at det handler om mat, og det er alt det handler om. Samtidig er maten bare et bilde på noe annet. Hun er ikke fornøyd med seg selv og hun kjennes ikke seg selv. En spiseforstyrrelse er preget av en dobbelthet, pasienten er det selvutslettende barnet som styrer familien, pasienten er så tilpasningsdyktig at hun er mistilpasset og det handler om at kjærlighet og intimitet er like farlig som nødvendig. Den syke kan sier å være følelsesmessig feilernært, hun er ikke hel. Den spiseforstyrrede pasienten trenger sin lidelse, enn så lenge, via sin sykdom forsøker hun å være noen. Spiseforstyrrelsen forteller om en skade, men også et forøk på løsning; en overlevelsesstrategi. I behandlingen av

pasienten er det nødvendig å innse at hun gjennom symptomatisk adferd kanskje finner noe av det hun søker. Før symptomenes budskap er fanget opp og bearbeidet vil den syke tviholde på sine symptomer, å oppgi disse er umulig uten å bli forstått og ivaretatt (Røer 2016).

Fogarty og Ramjan (2016) sier i sin studie at deltagerne peket på viktigheten av å behandle underliggende årsaker, at alle aspekt med spiseforstyrrelsen ble sett på som en helhet. Når pasientene kun ble hjulpet opp i normalvekt følte de ikke at de hadde ferdighetene til å håndtere sykdommen etter at behandlingen var ferdig. Pasientene burde få mulighet til å fokusere på hva spiseforstyrrelsen representerer, undersøke personlighetstrekk og interesser.

### **2.1.1 Spiseforstyrrelse som språk**

Den spiseforstyrrede pasienten har ofte dårlig kontakt med seg selv, hun vet lite om hvem hun er. Problemer med å sette ord på egne tanker og følelser kan oppleves som indre uro, følelsene oppstår som affekter uten navn og dette ubehaget kan bli forsøkt sultet vekk. Anne Røer (2006, 29) eier at spiseforstyrrelser er et analogt språk, en analog kommunikasjon i situasjoner eller miljøer hvor andre uttrykksformer blir forhindret. I familier hvor man ikke kan snakke sammen om følelser eller personlige temaer vil det oppstå andre spontane ikke-bevisste uttrykksmåter. Pasienter med spiseforstyrrelser har ofte et begrenset verbalt språk for tanker og følelser, de lar spiseforstyrrelsen kommunisere sine følelser. Man kan se spiseforstyrrelsen som en form for kommunikasjon av en smertefull indre tilstand (Røer 2016, Skårderud 2016).

Når pasienten ikke kjenner seg selv utvikler hun et behov for bekreftelse hos den andre. Hun speiler seg i andres anerkjennelse. «Å være noen er å bli bekreftet (Skårderud 2016, 26)». Gjennom dialog er målet å nylære et språk for følelser og tanker, språket må følelsesmessig gjennomarbeides i forholdet mellom pasient og terapeut (Røer 2016).

### **2.1.2 Uten-ord-på-følelser – Alexithymi**

Alexithymi er et personlighetstrekk som påvirker oppdagelsen av, samt det verbale språket, av egne og andres følelser. Amianto et al. (2016) sier i sin studie at deltagerne med spiseforstyrrelser hadde større problemer med å identifisere følelser enn kontrollgruppen. Det er usikkerhet om alexithymi er en av årsakene til spiseforstyrrelser eller om det er en følge av selve sykdommen, men en del av forklaringen kan være en umoden personlighet, endret oppfatning av følelser og emosjoner, og depressive personlighetstrekk hos de med spiseforstyrrelser.

### **2.1.3 Spiseforstyrrelse som forsøk på kontroll**

«Spiseforstyrrelse er ikke kontroll, men liksom-kontroll, etterligningen av kontroll og illusjonen om kontroll (Skårderud 2016, 22)».

Usikkerhet, ensomhet, følelsen av å ikke bli sett og forstått kan gi vanskelige følelser hos mennesker. I en tid preget av indre kaos og forvirring kan det å ta kontroll over maten og kroppen bli en løsning. Skårderud (2016, 22) sier at den syke fører en fortvilt kamp om full kontroll over følelser og prestasjoner, over egen kropp og det som omgir henne. Erfaringer med å miste kontrollen over egen kropp, som for eksempel hos den som har opplevd fysiske eller psykiske overgrep, spiller også inn og kan være utløsende faktorer.

Fogarty og Ramjan (2016) viser i sin studie til at deltagerne ikke følte at de fikk god hjelp når de ikke ble hørt og forstått, når det ble brukt belønninger og straff, og når de følte at de mistet kontrollen over egen sykdom og behandling.

## 2.2 Teori om selvpsykologi

I 1970-årene vokste det fram en retning innenfor psykoanalysen; selvpsykologien. Heinz Kohut (1913 – 1981) blir regnet som selvpsykologiens grunnlegger. Kohut var i utgangspunktet psykoanalytiker, men hans interesse for hvordan terapeutens forståelse av pasienten formes førte til utviklingen av selvpsykologien. Kohut mente at det var kun igjennom empati og introspeksjon at vi får tilgang til den andres verden, og at dette krever en empatisk anstrengelse og en langvarig empatisk fordypelse i den andre.

Selvpsykologien ser på terapien som en subjekt-subjekt-relasjon, en intersubjektiv prosess, der terapeut og pasient er to likestilte individer. Det ble lagt vekt på empati og stedfortredende introspeksjon, der terapeuten skulle spørre seg selv: «Hvordan ville jeg følt det om dette var meg?» (Haugsjerd et al. 2012).

Kohut var opptatt av selvet som psykisk instans, og han så selvet som opplevelsesnært. Karterud (2005) sier at Kohut anså at selvet utviklet seg langs sin egen utviklingslinje i samspill med de nære personene i ens liv.

Selvpsykologiens fokus er først og fremst den følelsesmessige tilknytningen til viktige andre, hvordan dette former oss, opprettholder hvem vi er og hvordan dette kan bryte oss ned. Kohut anså kilden til psykopatologi som ulike grader og former for selvobjektsvikt, samt svikt i empati fra våre betydningsfulle omgivelser. Negative følelser kan da ta overhånd og en kan oppleve seg som fragmentert. I selvpsykologisk tilnærming vil man forsøke å reparere denne selvobjektsvikten igjennom empatisk lytning og fortolkning. Selvpsykologien anser at mennesket har en steben etter fylde, helhet, vitalitet og balanse, og at vår indre motivasjon driver oss mot dette målet.

Selvpsykologien legger vekt på empatisk forståelse og mindre vekt på tolkning av indre konflikter i følelseslivet til pasienten. Selvpsykologien har høstet kritikk mot nettopp dette, den er beskylt for å tegne et for mildt og vennlig bilde av den menneskelige natur.

Utviklingen av selvet er en interaktiv prosess mellom spedbarn og omsorgsgiver, affektinntoning er avgjørende for barnets vitalitetsaffekter og barnets affektregulering senere i livet. Daniel Stern (1934-2012)) har i sitt forfatterskap vist til at det nyfødte barnet

allerede har en meget høy kompetanse når det gjelder å finne og tolke sanseopplevelser. Spedbarnet oppfatter omsorgspersonene som adskilte og konstante fra første stund, og det forholder seg affektivt til dem. Spedbarnet har en gryende selvopplevelse. Stern peker på at affektinntoning er avgjørende for barnets vitalitetsaffekter og for å bistå barnet med affektregulering som de senere er i stand til å integrere som sitt eget. Barnets betydningsfulle omsorgspersoner blir sett på som helt sentrale i barnets utvikling (Haugsjerd et al. 2012).

### **2.2.1 Empati**

Empati kan forstås som evnen til å kognitivt og emosjonelt plassere seg i den andres følelsesmessige indre verden. Empati kan beskrives som mottakers følelse av å bli møtt og forstått, det er mottakeren som kan si noe om en relasjon er empatisk eller ikke (Karterud 2005). En empatisk relasjon innebærer å observere og følelsesmessig forstå den andre fra innsiden, slik at den andre opplever å forstå seg selv og andre. Gjennom empatisk lytting og forståelse prøver terapeuten å gjøre pasientens ubegripelige følelser begripelige. Dette gir en bekreftelse som styrker selvfølelsen og en opplevelse av sammenheng, mening og vitalitet. Først når behandleren setter sin forforståelse til side og er åpen for den andre kan man ta inn over seg den andre opplevelsesverden (Hartmann 2000).

### **2.2.2 Selvet**

Selvpsykologien beskriver selvet som tripolart. De tre polene er forankret i dybden av det som anses som et kjerneselv. Kjerneselvet blir dannet i tidlig barndom og blir beskrevet som når et menneske opplever sine egne følelser og handlinger adskilt fra andre, når man føler seg som et selvstendig individ med selvstendige meninger og selvsammenheng. Kjerneselvet fungerer som et ankerfeste for mennesket personlighet (Haugsjerd et al. 2012).

Det grandiose selvet er den umodne utgaven av selvet. Det higer etter på bli sett og være et midtpunkt. Det er sulten på oppmerksomhet og er avhengig av bekreftelser fra sine omgivelser. Dersom det grandiose selvet blir tråkket på eller ydmyket har det et potensiale

for narcissistisk raseri. Gradvis blir dette senteret for personens ambisjoner og får sin unike utforming hos hver enkelt, men dersom det skjer en svikt i modningsprosessen hos det grandiose selvet vil disse umodne formene blir bestående. Individet kan da i vil da voksen alder kunne fremstå som urealistisk på siden av det som miljøet oppfatter som relevant. Det grandiose selvet spenner seg fra selvunderkjennende til verdensmester, og det søker bekræftende svar fra omgivelsene (Karterud 2005).

Det idealiserende selvet søker følelsen av å bli holdt oppe av noe større enn seg selv, trygghet, tillitt og det å kunne stole på noen. I umoden form fremtrer det idealiserende selvet som et intenst savn etter å ha noe å orientere seg etter, noe som gir mening i en forvirrende verden. I moden form vil individets etiske personlige forankring komme til syne. Det idealiserende selvet spenner seg fra hjelpende til hjelpeløst, fra jeg klarer til jeg klarer ikke (Karterud 2005).

Det tvillingsøkende selvet står for individets behov for å bli bekreftet av en tilsvarende annen gjennom sin likhet. Individet vil føle felleskap og aksept i gjennom bekræftelse fra mennesker som ligner en selv. Gjennom den andres likhet forankres viktige deler av selvet vårt. Når individer føler seg like kan de oppleve å bli forstått uten å måtte forklare så mye. Det tvillingsøkende selvet kan føle seg utenfor eller inkludert (Karterud 2005).

### **2.2.3 Selvobjektsrelasjoner**

Mennesket har behov for bekræftende selvobjekter hele livet. For at selvet skal bli modent og utviklet må barnet ha et samspill med betydningsfulle andre personer igjennom handlinger og væremåter som støtter opp om selvopplevelsen. Til dette trengs et godt empatisk selvobjektmiljø som møter barnets behov for tilknytning, felleskap og bekræftelse. Selvobjekter er personer som gjennom handlinger og sin væremåte støtter opp om opplevelsen av vitalitet, sammenheng og trygghet. Foreldre og betydningsfulle andre er selvobjekter for mennesket (Karterud 2005, Hartmann 2000).

«Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idetradisjon har for opprettholdelsen av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv (Karterud 2005, 18)».



Barnet utvikler da en følelse av trygghet, kompetanse, vitalitet og sammenheng (Haugsjerd et al. 2012). Kohut beskriver selvobjekter som oksygenet i den lufta vi puster inn. Vi kan ikke klare oss uten (Karterud 2005).

Mennesket har grunnleggende behov for relasjoner fra fødsel til død, ingen blir så modne og selvstendige at de ikke trenger selvobjektserfaringer. Selvet utvikler seg i samspillet med andre, og for å få en normal utvikling er man avhengig av et tilfredstillende selvobjektmiljø. Selvet blir styrket av gode relasjoner og svekket av dårlige (Hartmann 2000).

#### **2.2.4 Selvobjektsvikt og fragmentering**

Selvpsykologien ser på kilden til all psykopatologi som selvobjektsvikt. Selvobjektsvikt er en empatisk svikt fra våre betydningsfulle omgivelser. Dette fører til at vi føler oss fragmenterte og at negative følelser tar overhånd. Behandlingen er via empatisk lytting og fortolkning å reparere denne selvobjektsvikten slik at pasienten kan eie hele sitt følelsesregister og dermed føle seg hel, uten skam og skyld (Haugsjerd et al. 2012).

Dersom selvobjektsvikten er av betydelig art i de mest betydningsfulle relasjoner kan det innebære så stor grad av negative følelser at selvsammenhengen oppløses og man opplever å være fragmentert. Da er kjerneselvet skadet. I følge Kohut er fragmentering en tilstand som kan oppstå ved mangel på tilstrekkelige speilende selvobjektsoverføringer, gjerne i kombinasjon med traumer eller andre negative erfaringer. Dette kan føre til at individet strever etter selvhelbredelse og selvbevaring (Hartmann 2000).

#### **2.2.5 Affektinntoning**

Affektinntoning er sentralt for empatiutviklingen, mor eller en annen betydningsfull person gjenkjenner barnets signaler for sine behov. Daniel Stern mente at spedbarn har gode forutsetninger for å tolke og identifisere sanseopplevelser, særlig i samspill med

mennesker. De har en gryende selvopplevelse og er klar for gjensidighetsrelasjoner allerede fra fødselen av (Karterud 2005).

Affektinntoning kan beskrives som en følelse av samstemthet, en følelse av og bli forstått og møtt. Stern så på samspillet mellom mor og barn, mor forsøker å leve seg inn i og sende tilbake det barnet kommuniserer, på den måten får barnet svar og opplever en følelsesmessig samstemthet. Barnet regulerer sine handlinger gjennom de følelsesmessige gjensvar det får fra sine primære omsorgsgivere (Urnes 1997).

Dersom barnet opplever ulike former for svikt i affektinntoning i tidlige relasjoner kan det gi utslag i en forstyrret selvopplevelse, en manglende følelse av selvsammenheng og på den måten føre til psykiske plager senere i livet. Det er ulike typer feilinntoning:

*Selektiv inntoning:* Barnet blir møtt på deler av sin adferd og følelsesuttrykk. Det stilles spesifikke krav og forventinger til barnet væremåte, og barnet møtes med at det kun er deler av dets adferd og væremåte som kan aksepteres, barnet risikerer å utvikle et selv som i stor grad er knyttet til andres forventinger. Barnet risikerer å utvikle et falskt selv, det vil skjule deler av seg som ikke føles akseptert. Områder av barnets opplevelsesverden og følelsesreaksjoner må hemmeligholdes, noe som kan føre til en følelse av tomhet og identitetsløshet.

*Feilinntoning:* Barnet møter uforutsigbarhet i reaksjoner fra selvobjektet. Barnet møter en inadekvat respons på det følelsesuttrykk barnet viser. Dette kan føre til at barnet utvikler et skult selv, barnet trekker seg inn i seg selv og blir hemmelig. Barnet kan tone ned forventningene til andre, noe som senere i livet fører til at barnet lar andre ta valg framfor å vise egne meninger og følelser.

*Overinntoning:* Barnet får ikke uttrykke sine egne følelser da selvobjektet tar over barnets opplevelse. Dette vil føles som en invadering. Andre blir styrende. Dette kan føre til et selvutslettende selv.

*Manglende inntoning:* Barnet får ikke bekreftelse på sine følelser eller indre verden. Selvobjektet viser ingen interesse for barnet, og møter ikke barnets behov eller behov for forståelse. Når barnet ikke får validert sine egne følelsesmessige reaksjoner vil det oppstå en mangel på vekst og barnet vil kunne bygge opp en privat verden med sin egen logikk og sosiale regler (Schibbye 2009, Urnes 1997)

## 2.2.6 Vitalitetsaffekt

Vitalitetsaffekt er en tilstand av å føle seg levende. Ved å oppleve selvsammenheng kan man oppnå vitalitetsaffekt (Karterud 2005). Det kan beskrives som man er helt og holdent avstemt med seg selv, en opplevelse av å føle seg hel. Vitalitetsaffekt gir mennesket mulighet til å kunne takle negative opplevelser. En god vitalitetsaffekt gjør at man har mulighet til å regulere sine affekter. Affektregulering er når en har evne til å uttrykke, regulere og håndtere følelsesmessige erfaringer som oppstår (Urnes 1997).

## 2.2.7 Motstand

Selvpsykologien ser på motstand som beskyttelse mot retraumatisering, den kan arte seg som tilbakeholdelse av informasjon, fortrenning eller utagering. Pasienten kan oppleve angst, tristhet, skam, forlegenhet og ydmykelse som ikke direkte er relatert til tema i samtalen. Dette bør utløse selvransakelse hos terapeuten. Motstanden skal ikke påpekes eller tolkes som svikt hos den andre, og heller ikke motstand mot innsikt eller mot å bli frisk (Hartmann 2000).

## 2.3 Selvpsykologi og spiseforstyrrelse

Skårderud (1997, 230) skriver at han opplever selvpsykologiens begreper som nyttige i forståelsen og behandlingen av spiseforstyrrelser. Han trekker fram selvpsykologiens fokus på selvfølelse og et sammenhengende selv som grunnleggende behov hos alle mennesker.

Pasienten med spiseforstyrrelse strever i høy grad med å kontrollere, skille og forstå sine egne affekter. Svikt i empati i ung alder kan føre til manglende selvtillit, liten evne til selvtrøst og ytterliggående sårbarhet. Repeterende fravær av affektinntoning kan bidra til at følelsesreaksjoner kan oppleves som truende og/eller ikke kjente.

Barnets omsorgspersoner bidrar til å skille ulike affekttilstander igjennom å gjenkjenne, skille og gi adekvate svar på barnets ulike følelser. Når dette feiler og barnet signaliserer et behov, men et annet blir tilfredsstilt eller snakket om vil barnet blir forvirret med hensyn av hva det føler, hva det skal uttrykke og hva det har behov for. Når barnet ikke vet hva det føler og trenger, er det nær ved å erfare tap av egen virkelighet. Den spiseforstyrrede viser dette gjennom sin kroppsbildeforstyrrelse, hun ser at hun er tykk uten at hun er det.

En god selvopplevelse uttrykkes igjennom en evne til å forstå og tolke motstridende følelser, samt å se disse i sammenheng. Den spiseforstyrrede er enten-eller, svart-hvit, og viser mangel på syntetisering. Dette tenker man at utvikles når foreldrene tåler alle, ikke bare noen følelser hos barnet. Når hele barnets tanker og følelser tåles over tid gir dette grunnlag for barnets egen bæring og modulering av affektive reaksjoner. I motsatt fall, når barnets affekter ikke tåles vil barnet fortrenge sine følelser, og aktivisering av disse kan bringe fram følelser som skam og selvforakt. Dette er ofte beskrevet som en manglende evne til å regulere indre spenning, og spesielt hos bulimikeren kan overspising og rensing ble beskrevet som nettopp avspenning.

Spiseforstyrrelser debuterer som oftest i puberteten. I en prosess der barnet skal løsrives fra foreldrene, og kroppens stadige endringer kommer til syne, setter det barnets evne til å bære seg selv på prøve. Barnets ustabile selv kommer til synes og det trues av fragmentering. Som en kompensasjon mot dette vanskelige blir kroppen en utvei.

I terapi kan vi se at selvobjektsfunksjonen og selvobjektsresponser bidrar til å forankre virkelighetssansen og validere selvets egne opplevelser. På den måten kan man fremme opplevelsen av kontroll og pasientens selvfølelse. Den spiseforstyrrede pasienten kan søke anerkjennelse på den måten hun har lært seg, via tilpasning og være flink. Hun kan rapportere om bedring uten at det er reelt, hun kan være engstelig for at terapeuten blir lei seg og føler seg mislykket. Hun kan oppleve sterke emosjoner i timene, men holder tilbake da hun forventer at ikke skal bli tålt. Hun forblir taus, men kan likevel nyttiggjøre seg terapeutiske prosessen, men terapeuten må ta ansvar for å synliggjøre den tause og tilpasningsdyktige pasienten.

### 3.0 Empiri

I denne oppgaven ønsker jeg å fortelle om Berit, en ung jente med diagnostisert spiseforstyrrelse.

Vårt første møte var under inntakssamtale med psykolog. Berit framsto svært liten under store klær. Hun hadde bustete hår og var usminket. Samtalen kom inn på hennes usikkerhet i forhold til de andre pasientene på avdelingen. Psykologen spurte Berit om hvorfor hun er redd for å møte andre ukjente mennesker. ”Jeg er stygg”, var svaret.

En av mine oppgaver var å vekke Berit til frokost. Hun spør om hun kan få spise på rommet. På spørsmål om hvorfor hun ønsker å spise på rommet svarer hun at de andre blir kvalme av å spise sammen med henne. Jeg spør Berit om noen har gitt uttrykk for dette, men det svarer hun benektende på. ”Alle synes jeg er ekkel”. På spørsmål om hvorfor alle finner henne ekkel svarer pasienten at hun er stygg.

En av avdelingens sykepleiere og jeg som student kommer inn på Berit sitt rom, hun skal ha permisjon og står nå og gjør seg klar. Hun har kledd på seg svært store klær og sminket seg kraftig. Hun forklarer at hun ikke kan være blant venner uten å sminke seg for da vil alle synes hun er ekkel. Hun er svært konfronterende, sier at hun ikke kan gå ut blant folk slik hun ser ut og framstår provosert når jeg forsøker å utfordre dette. Hun påpeker at sykepleier som er med under samtalen er svært pen og at hun nok har et mye enklere liv grunnet dette.

Berit kommer stolt tilbake å viser fram flotte bilder hun har tatt. Hun framstår svært lykkelig og stolt, både av at turen med venninnene gikk så bra, men også av bildene hun har tatt. På spørsmål om hun liker å ta bilder og skape svarer hun bekræftende. Hun forteller at hun elsker å tegne, spesielt pene mennesker.

Berit viser få tegn til å ha et godt verbalt språk for hva som plager henne. Hun kommer stadig tilbake til at jeg er stygg, ingen liker meg og livet hadde vært enklere om jeg var pen. Hun definerer seg ofte igjennom uttrykk om hennes utseende, og da i negative ordelag.

## 4.0 Diskusjon

Jeg vil i diskusjonsdelen forsøke å svare på problemstillingen: Hvordan kan miljøarbeider via selvspsykologisk tilnærming gi jenter med spiseforstyrrelser og alexithymi bedre livskvalitet igjennom å styrke deres verbale språk.

### 4.1 Det første møtet

Som student i praksisperiode var jeg observatør til Berits første møte med psykolog og sykepleier på sengepost. Min rolle var ikke-deltagende i samtalen, men jeg ønsker likevel å skrive noe om refleksjonene jeg gjorde meg i dette første møtet med pasienten.

I det første møtet med Berit sitter hun fortrenget opp i et hjørne i en stol, hun ser svært ukomfortabel ut. Hun sitter med hendene knytt rundt magen, holder ikke blikkontakt og svarer ja/nei på spørsmål som blir stilt. Psykologen stiller spørsmålet: «hva skal til for at du blir frisk?». Som observatør er det lett å se at pasienten fryser til, det er tydelig å se at hun lukker seg. Kroppen knytter seg enda tettere sammen og hun blir stille. Psykologen fortsetter med å si: «ja, det er kanskje ikke så lett å svare på».

I selvspsykologien blir empati og affektinntoning sett på som de viktigste hjelpemidlene for terapeutisk arbeid. I dette tilfellet kan det virke som psykologen ikke var inntonet på Berit, han var ikke kognitivt og emosjonelt i Berits indre følelsesverden. En terapeutisk relasjon der empati og affektinntoning er frastedværende kan føre til en objekt-subjekt-relasjon, noe som gir en maktubalanse og en følelse av å bli styrt av andre. Som observatør kan jeg tenke at psykologen burde vært åpen for Berits opplevelse av situasjonen, latt henne definere opplevelsene hun har og gjennom empatisk søken avklare spørsmålet som ble stilt: «hva skal til for at du blir frisk?» (Schibbye 2009, Vatne 2006).

Svikt i empati vil føre til negative følelser hos pasienten tar overhånd (Karterud 2005), kanskje var det nettopp dette Berit opplevde når hun satt i dette møtet. Det var en psykolog tsamt en sykepleier til stedet, ble disse oppfattet som empatiske, interesserte i henne og i hennes tanker og følelser, eller satt Berit igjen med følelsen av å være enda *en pasient*?

Når man ser tilbake på denne samtalen ville det vært naturlig å se for seg en setting der alle i rommet var deltagende, og at fokuset var på pasientens her og nå-opplevelse, der empati ble brukt som observasjonsmåte og terapeutisk holdning (Karterud 2005).

Via sokratiske spørsmål kunne man avklart pasientens tanker, følelser og opplevelser, kontra hennes tanker omkring en løsning. Selvpsykologiens fokus og terapeutiske mål er utvikling og modning av selvet ved hjelp av nærende selvobjekter, ikke målbar bedring. Her tenker jeg at vi burde sett på innkomsamtalen mindre som en time for informasjonsutveksling, men mer som en etablering av relasjon igjennom empatisk søken.

Selvet utvikler seg i samspill med andre (Hartmann 2000) og for å gi Berit optimal behandling bør fokuset være på å gi henne et tilfredsstillende selvobjektmiljø. Et selvobjekt kan være en psykiater eller en annen miljøarbeider, vi kan igjennom handlinger og vår væremåte støtte opp om Berits selvopplevelse. For å gjøre dette må vi som miljøarbeidere støtte opp om hennes behov for bekreftelse, og hennes opplevelse av selvsammenheng og trygghet. Slik innkomsamtalen ble anser jeg ikke disse behovene for fylt.

«Du forteller litt om hvor vanskelig det er for deg å spise, og selv om jeg ikke forstår hvordan du har det så kjenner jeg på kroppen at det må være svært vanskelig». Vi kan bekrefte pasientens opplevelse igjennom empati og affektinntoning. Affektinntoning er den følelsmessige inntoning som oppstår når en leser hverandres følelestilstand og man opplever et felleskap (Haugsjerd et al. 2012, Urnes 1997 ). Ved å aktivt lytte til Berit og det hun sier trenger vi ikke være opptatte av en løsning, men heller prøve å treffe henne i hennes indre følelsesverden.

## **4.2 Samtaler uten verbalt språk?**

I mitt andre møte med Berit snakker vi om hennes opphold på DPSet, og hun gir uttrykk for at hun synes det er vanskelig å tilbringe tid så tett opp mot andre mennesker. Min umiddelbare tanke er at mange pasienter synes nettopp dette og at det ikke er en unormal følelse, og jeg svarer med at «det er mange som føler det slik, det må du ikke tenke på».

Affektinntoning beskrives som en spontan og umiddelbar følelsesmessig innstemning til den andres stemningsleie (Bråten 2014). Dersom Berit opplevde ulike former for svikt i affektinntoning i tidligere relasjoner vil det kunne gi utslag i at hun ønsker å skjule den delen av seg som ikke føles akseptert, at hun ikke er vant til å uttrykke sine egne følelser, eller at hun ikke er vant til å bli hørt. Denne erfaringen vil hun bringe med seg inn i senere relasjoner. Selvpsykologien sier at dette kan repareres igjennom terapeutens langvarige empatiske fordyking og affektinntoning i den terapeutiske relasjon (Shibbye 2009, Karterud 2005).

Igjennom min spontane reaksjon tilla jeg Berit følelser og tanker som hun kanskje ikke satt med; en overinntoning. Min forforståelse ble styrende. Som miljøarbeider må vi være observante på hvilken forforståelse vi sitter med og vi må forsøke å nullstille oss i møtet med pasienten. Et åpent sokratiske spørsmål kunne vært: «kan du si noe mer om dette ubehaget i møte med de andre pasientene?». Dette åpner for at Berit kan uttrykke noe om sine tanker og følelser på hennes egne premisser, og gjennom å høre seg selv snakke om dette kan vi øke hennes selvforståelse.

Berit uttrykker i en samtale «at jeg er så stygg at de andre helst ikke vil være nær meg». Som medmenneske er det lett å hoppe til den konklusjonen at vi må avkrefte dette og styrke hennes selvbilde via uttrykk som «nei, du er jo en pen jente!».

Lav selvfølelse er et psykologisk fenomen i spiseforstyrrelsen og Berits uttrykk om eget utseende kan være nettopp et språk for dette. Skårderud (2016, 21) sier at lav selvfølelse ofte ikke er synlig, og dette kan jeg relatere min opplevelse av Berit til. Hun er alltid pent sminket og velstelt. I terapi kan vi se at selvobjektsfunksjonen og selvobjektsresponsen bidrar til å forankre relasjonen, vi må være trygge i oss selv, kjenne på de vonde følelsene som oppstår når en slik dyp og vond følelse blir formidlet. Som miljøarbeidere må vi ha et robust selv for å stå i pasientens vonde tanker, følelser og opplevelser, slik at vi ikke avviser hennes forsøk på kontakt. Igjennom selvobjektresponsen kan vi bidra til å validere Berits egen opplevelse. Igjennom empatiske tilbakemeldinger og sokratiske spørsmål kan vi utforske denne vonde følelsen Berit uttrykker igjennom sitt utsagn: «Når du sier at du er så stygg at andre ikke vil være sammen med deg, hvordan føles dette?» Dette åpner for at Berit kan kjenne etter i her-og-nå situasjonen hvilke følelser som oppstår, og via



selvobjektsoverføringer lære seg hvordan disse kan håndteres gjennom andre måter en å sulte kroppen.

Når Berit føler seg hørt, forstått og møtt kan hun speile våre følelser på denne vonde tanken og danne et språk for det som er smertefullt, et verbalt språk som kan erstatte det analoge språket spiseforstyrrelsen er. Når hun får uttrykke sin smerte verbalt og blir møtt på dette, hun får validert sine følelser og får opplevelsen av å bli forstått kan dette føre til en større selvsammenheng og gradvis legelse av selvet. Fogarty og Ramjan (2016) viser til at det å bli forstått, håp og bli lyttet til var viktige faktorer i forbedringen av sykdommen.

### 4.3 Språk som middel til å forstå seg selv?

I mine møter med Berit beskriver hun ofte en indre uro. «Jeg får ikke sove, jeg tenker for mye» er et utsagn hun ofte kommer med som begrunnelse på hvorfor hun må sove på dagtid. Berits sovemønster er blitt en evig kamp under innleggelsen, jeg oppfatter dette som et tiltak for å fremme normal døgnrytme og sørge for at pasienten er til stedet under alle måltid, men det kan også oppfattes som en kamp om hvem som er *sjef* og *vet best* angående behandlingen av Berits tilstand. Et av tiltakene under innleggelse er at Berit skal delta under alle måltid, men når hun da velger å sove på dagtid forsvinner minst to av de planlagte måltidene. Dette tiltaket er Berit innforstått med og hun er enig i at dette er et fornuftig, men når det kommer til stykket trekker hun seg unna.

Jeg går inn for å vekke Berit en morgen før frokost. Hun sier at hun er svært trøtt, hun har tenkt i hele natt. Min umiddelbare respons er: «hva har du tenkt på?». Berit rister på skuldrene og svarer «vet ikke, men nå vil jeg sove». I motoverføringen kan jeg kjenne på hva Berit sitter med av emosjonell tomhet og mangel på vitalitet. Dette må miljøarbeideren være observant for slik at man ikke bekrefter hennes dobbelthet på en negativ måte, dels via å bare se barnet i henne og bli provosert, og utagere via maktkamp eller avvisning, eller til å ta full kontroll; Skårderud (1997,256) kaller dette *tiltakssyke*. Fogarty og Ramjan (2016) viser til at deltagerne svarte at å ikke bli hørt, og forstått, miste kontroll, bli behandlet som et barn og belønning og straff førte til at de fikk en opplevelse av usikkerhet og de klarte ikke håndtere endringene som måtte til.

Her kan vi som miljøarbeidere velge å minne Berit på avtalen hun har laget, hun skal spise alle måltider og om hun ikke følger dette er det ingen hensikt at hun er innlagt, eller vi kan velge å utforske dette igjennom empatisk fordypning i pasienten og hjelpe henne til å forstå seg selv. Igjennom åpne undrende spørsmål kan vi stille spørsmål som åpner opp for samtale og refleksjon. Når Berit svarer at hun har ligget våken og tenkt igjennom natten kan man spørre henne om «hvordan føler du deg nå etter å ha ligget våken og grublet igjennom natten?». Det enkle svaret er selvfølgelig trøtt, men kanskje ville Berit tatt denne invitasjonen til samtale.

Pasienten med spiseforstyrrelse har ofte dårlig kontakt med seg selv og har problemer med å sette ord på egne tanker og følelser (Skårderud 2016). Kanskje er det vanskelig for Berit å sette ord på grubletankene hun har om natten, og derfor anser jeg et her-og-nå fokus som lettere for Berit og håndtere. Studien til (Amianto et al. 2016) viser til at vansker med å uttrykke følelser er overrepresentert hos alle i studien. Ved å stille åpne sokratiske spørsmål åpner vi får refleksjon rundt den oppståtte situasjonen, kontra fokus på det som det kanskje ikke finnes ord for.

Spørsmål man kan stille seg er: kan Berits reaksjon på disse vanskelige navnløse følelsene være å svare med å sulte seg, kan årsaken til at hun hopper over måltid være at det er hennes svar til følelser hun ikke kjenner? Når Berit ikke har lært å skille følelser og snakke om disse vil det oppstå spontane ikke-bevisste uttrykksformer (Røer 2016). Kan Berits behov for å sulte seg være en form for kommunikasjon på indre smerter?

Dersom dette er Berits form for kommunikasjon er det svært viktig at jeg lytter, reflekterer og svarer, framfor å gå inn i en tilstand av frustrasjon, oppgitthet og avvisning. Fogarty og Ramjan (2016) sier at behandlingen må være tilpasset den enkelte for å lykkes, dersom behandlingen ble for rigid og ikke-individuell blir det vanskelig for den syke å oppleve bedring. Selvpsykologien sier at selvobjektsfunksjoner er en forutsetning for selvets vekst og modning. Vår hovedoppgave som miljøarbeidere er ikke konfliktbearbeiding, men selvutvikling (Karterud 2005). Det grandiose selvet higer etter å bli sett og etter bekreftelser. Svikt i utviklingen av denne polen av selvet kan gi uttrykk som manglende ambisjoner. Igjennom speilende selvobjektsoverføringer kan vi gi Berit en følelse av å bli gjenkjent, akseptert og forstått. Igjennom en empatisk relasjon kan Berit nylære et språk for følelser og tanker. Skårderud (2016,136) sier at samtalen skaper nye fortellinger, og

dette vil bidra til en romsligere psykisk verden. Det nylærte språket må leves og følelsesmessig gjennomarbeides i forholdet mellom Berit og meg som miljøarbeideren. De sentrale temaene i Beits liv utspiller seg i det terapeutiske rommet og blir trukket inn i dialogen.

Kanskje et ikke det beste tidspunktet for denne terapirelasjonen tidlig om morgenen når Berit er svært trøtt, men jeg anser det som viktig at vi har dette teoretiske bakteppet når vi møter henne i en situasjon det er lett å bli oppgitt og forsøke å overtale henne til noe hun ikke vil. Som miljøarbeider vil det være naturlig å tenke at refleksjonene fra denne situasjonen senere kan benyttes i terapirelasjonen, som miljøarbeider sitter vi kanskje igjen med en økt forståelse av Berits reaksjonsmønster.

Når pasienten ikke kjenner seg selv utvikler hun et behov for bekreftelse hos andre, hun speiler seg i den andres anerkjennelse (Skårderud 2016). Dersom vi møter Berit med irritasjon over at hun igjen bryter en avtale vil hun kunne få bekreftet følelsene hun bærer med seg, hun er ikke god nok for andre og hun når ikke opp til andres krav; en selvobjektsvikt som kan føre til at hun velger å trekke seg unna. Erfaringsmessig er det ikke lett å vite hvordan man skal møte Berit i en slik situasjon, Berit er svært var for min reaksjon og spiseforstyrrelsens dobbelthet kan lett vise seg. Sier jeg at hun skal slippe å spise kan hun føle at jeg svikter vårt felles mål og forsøker jeg å overtale henne kan hun føle på at jeg underkjenner hennes rett til egne følelser og avgjørelser. Her kan jeg velge å si noe om nettopp denne følelsen, dette for å vise Berit at vi kan snakke om det som er vanskelig og gjennom språket kan vi finne en felles forståelse for hvor vi har hverandre. Dette kan styrke relasjonen mellom oss.

#### **4.4 Kontrollbehov – også et analogt språk?**

Igjennom flere møter med Berit har jeg erfart at hun har et stort behov for kontroll. Hun kan ikke overtales til noe hun ikke vil, da vil hun trekke seg inn i seg selv og dytte deg som miljøarbeider unna. Usikkerhet, ensomhet og følelsen av å ikke bli sett eller forstått kan gi vanskelige følelser (Skårderud 2016) og i de situasjonene miljøarbeideren forsøker å ta kontrollen over Berits liv trekker hun seg unna. Fogarty og Ramjan (2016) viser i sin studie at når deltagerne følte de mistet kontrollen opplevde de problemer med å bli bedre

av sin sykdom. Opplever Berit en selvobjektsvikt når andre forsøker å overtale henne til noe hun ikke vil? Når vi opplever selvobjektsvikt fra våre betydningsfulle omgivelser vil vi føle oss fragmenterte og negative følelser tar overhånd (Haugsjerd et al. 20012). Skårderud (1997, 255) sier at å bli respektert, tålt og samtidig avgrenset er viktig å behandlingen. Jeg anser det som viktig at vi respekterer Berits behov for kontroll, samtidig som vi igjennom empatisk søken og affektinntoning forsøker å tolke og forstå dette behovet for kontroll, og gi det tilbake til Berit slik at hun selv kan forstå og tolke dette.

For Berit kan det være vanskelig å uttrykke disse behovene verbalt, men som miljøarbeider må man igjennom affektinntoning og empatisk søken treffe Berit der hun er. I stedet for å bestemme over henne bør man utforske Berits ønsker og behov, og på den måten motivere henne. Igjennom affektinntoning kan vi som miljøarbeidere reparere denne selvobjektsvikten slik at Berit kan eie hele sitt følelsesregister og føle seg hel.

Den spiseforstyrrede kan trenge sin sykdom, det kan være slik hun beholder sin kontroll (Skårderud 2016). For Berit kan det å bli friskere fra sin spiseforstyrrelse kanskje virke skremmende, hvem er hun da? Fogarty og Ramjan (2016) sier i sin studie at miljøarbeidere bør introdusere håp for framtiden, samt gi pasienten nye ferdigheter og håndteringsmekanismer. Igjennom selvobjektsfunksjoner kan vi som miljøarbeidere speile Berit på at disse vanskelige følelsene er reelle, men håndterbare. Igjennom vekstfremmende opplevelser vil Berit kanskje finne styrke til å håndtere nye opplevelser, både på godt og vondt.

Som miljøarbeidere kan vi introdusere Berit for nye opplevelser. For eksempel en god tilknytning til andre som kan gi lyst og glede, når Berit opplever positivt samspill med andre øker det motivasjonen for å oppleve dette igjen. Både negative og positive følelser har en vitaliserende affekt på Berits selvopplevelse, når hun i selvobjektsoverføringen finner styrke til å håndtere følelsene vil det styrke og reaktivere hennes selv. Når Berit opplever seg styrket vil hun søke opplevelser, og vi som miljøarbeidere kan være der for å støtte henne i denne prosessen. Det vil skape en følelse av kontroll hos Berit.

## 4.5 Økt vitalitetsaffekt – bedre livskvalitet?

Berit er glad i å ta bilder og tegne, men under innleggelsen foretrekker hun å holde seg for seg selv på rommet sitt. Noen ganger klarer miljøpersonell å motivere henne til å bli med på avdelingens hobbyrom, og når hun først kommer dit ser hun ut til å trives.

Dørstokkterskelen kan være høy for Berit, hun liker ikke å gå ut av rommet sitt, hun blir utrygg og engstelig. De gangene Berit blir med på aktivitetsrommet kan det synes som samtalen i forkant har blitt sett på som empatisk og med god affektinntoning, Berit opplever forståelse for sine vansker, og igjennom selvobjektsoverføringen finner hun mot til å delta. Kanskje har miljøarbeideren tilført selvet en kapasitet det manglet?

Som miljøarbeider ønsker jeg å motivere Berit til å delta på aktiviteter hun anser som lystbetont. Fogerty og Ramjan (2016) viser til at miljøarbeider bør se hele pasienten, ikke bare selve problemet med matinntaket. Når Berit snakker om seg selv trekker hun ofte fram fotografering og tegning som en svært viktig del av hennes liv, og dette ønsker jeg å videreføre mens hun er innlagt. Når hun viser meg bilder kan man se at hun lyser opp, og vi kan ha lange samtaler rundt bildene. Kan det være at Berit opplever vitalitetsaffekt i slike situasjoner? Igjennom empatisk tilnærming kan jeg som miljøpersonell kjenne at Berit er lettere til sinns, og dette kan jeg velge å uttrykke til henne slik at vi kan utforske disse gode følelsene sammen. «Når vi nå sitter her og ser på bilder så kjenner jeg på kroppen at du er lettere til sinns, hvordan opplever du selv at du har det nå?» Når man skal skape et verbalt språk for følelser er det og viktig at vi kan fokusere på de gode øyeblikkene, vi trenger ikke bare språk for det som er vanskelig, men også for det som er godt. Vitalitetsaffekt gjør at man har mulighet til å regulere sine affekter (Urnes 1997), og Berit kan igjennom gode erfaringer lære å håndtere følelsesmessige erfaringer som oppstår. Berit vil kunne oppleve vekst; selvet vil utvikle seg i takt med selvobjektsoverføringene.

## 5.0 Konklusjon:

I denne oppgaven ønsket jeg å se nærmere på «Hvordan kan miljøarbeider via selvspsykologisk tilnærming gi jenter med spiseforstyrrelser og alexithymi bedre livskvalitet igjennom å styrke deres verbale språk».

Manglende oppdagelse og verbalt språk for følelser, alexithymia, er ofte sett hos pasienter med spiseforstyrrelser. Vansker med å uttrykke følelser er det som oftest blir rapportert (Amianto et al. 2018), og man kan se spiseforstyrrelsen som et analogt språk for å kommunisere sine vansker (Røer 2016). Berit uttrykker få behov og følelser, hun forteller lite om hva som foregår inni henne av tanker, det kan synes som om kroppen er hennes talerør.

Via selvspsykologisk tilnærming kan miljøarbeider gjennom langvarig empatisk fordykning og affektinntoning bidra til at Berit kan få økt forståelse for seg selv, sine opplevelser og sine affekter. Når Berit sitter igjen med en opplevelse av å bli forstått, og tålt med hele seg, kan hun oppleve å forstå seg selv. Denne forståelsen fører til en opplevelse av selvsammenheng, mening og vitalitet. Dette kan gi henne en opplevelse av at selvet blir sterkere og får mer selvsammenheng, og dermed en sjanse til utvikling (Hartmann 2000).

Selvobjektsvikt kan føre til et fragmentert selv og at negative opplevelser tar overhånd. Repeterende fravær av affektinntoning kan bidra til at følelser kan oppleves som truende og skremmende (Skårderud 1997). For at selvet skal bli modent og utviklet må Berit ha samspill med andre som støtter opp om selvopplevelsen. Til dette trengs et godt empatisk selvobjektsmiljø som støtter opp om opplevelsen av vitalitet, sammenheng og trygghet (Hartmann 2000). Dette vil styrke hennes opplevelsen av trygghet, vitalitet og selvsammenheng (Haugsjerd et al. 2012).

Som miljøarbeidere kan vi validere pasientens opplevelser og følelser igjennom selvobjektsoverføringer, utforske og sette ord på det som er vanskelig å håndtere. Via styrket vitalitetsaffekt vil Berit bli bedre til å regulere sine affekter, både negative og positive opplevelser integreres i selvet og styrker hennes resiliens.

Når Berit opplever selvsammenheng vil hun oppnå en følelse av vitalitetsaffekt (Karterud 2005). En god vitalitetsaffekt gir pasienten mulighet til å regulere sine affekter (Urnes

1997). Miljøarbeideren skal tilføre selvet en kapasitet det selv mangler, og gi pasienten en sterkere følelse av helhet og selvsammenheng. Når pasienten kan uttrykke sine behov, tanker og følelser i større grad vil hun kunne oppleve en bedret livskvalitet, da hun vil kunne benytte sitt nylærte verbale språk framfor det analoge språket kroppen er.

I denne oppgaven har Berits somatiske behov vært underordnet, men man må alltid ha et fokus på at pasienten får i seg nok kalorier i løpet av en dag slik at hun kan være ved god helse, vi må alltid ha et blikk på pasientens somatiske tilstand samtidig som vi behandler hennes psykiske utfordringer. Mat er både behandling og uvenn, en utfordring for den gode relasjonen. En svakhet i oppgaven kan være det manglende fokuset på økt matinntak for å bedre Berits somatiske helsetilstand, da dette virkelig setter relasjonen på prøve. Et menneske må alltid ses på som en helhet, vi kan ikke bare behandle en del av et menneske og håpe på et stabilt og godt resultat.

Jeg har ikke funnet et entydig svar på min problemstilling, men jeg har fått økt forståelse for sykdommen, årsakene og symptomene. Alexithymi står fram for meg som et viktig felt å forske videre på, da menneskets kontakt med sine følelser er avgjørende for få en god selvsammenheng.

Jeg har fått en ny innsikt når det gjelder behandlingen av denne type sykdom. Det handler i stor grad om det relasjonelle møtet mellom mennesker, vi er alle forskjellige og med forskjellige livserfaringer. Selvpsykologien setter fokus på noe jeg anser som elementært i behandlingen; empati og affektinntoning. Dobbeltheten hos den spiseforstyrrede kan sette en god miljøarbeider på prøve, men igjennom empati og introspeksjon kan vi forsøke å sette oss i den andres sko, og gi henne en følelse av forståelse, framfor å forsøke å styre henne i en retning vi ønsker.

Begge de inkluderte artiklene er av nyere dato, dette gir meg et håp om at spiseforstyrrelse og forståelse av denne sykdommen er dagsaktuelt. Jeg anser det som et behov for mer forskning på området, og et håp er at noe av denne forskningen vil være på det relasjonelle forholdet mellom pasient og miljøarbeider når pasienten har alexithymi.

### *Oppgavens svakheter*

Noen av bøkene jeg referer til har jeg ikke hatt i hende da de ikke var tilgjengelig på biblioteket. Da de har vært svært aktuelle for oppgaven har jeg likevel valgt å bruke disse, selv om jeg kan ha brukt usikre kilder. Dette er bøker som er benyttet i andre fordypingsoppgaver ved høyskolen.

Jeg fant ingen norske artikler, dette kan ha ført til at artikkelfunnene ikke er like aktuelle i vår kultur. Jeg har likevel valgt å benytte disse da pasientens stemme og opplevelse av sykdommen er viktig å få fram i en slik oppgave. Vi kan ikke forstå noen uten å lytte til dem.

### *Styrker ved oppgaven*

Jeg anser det som en styrke at jeg har funnet relevant litteratur som knytter spiseforstyrrelser og selvpsykologi sammen. Selv om denne litteraturen er skrevet i 1997 anser jeg den som viktig både for forståelsen av spiseforstyrrelsen og benyttelsen av selvpsykologisk perspektiv.

Temaet jeg har valgt er svært relevant da spiseforstyrrelser er en av de mest utbredte psykiske sykdommene hos unge kvinner. Igjennom denne oppgaven har jeg fått økt forståelse for sykdommen per se, men også for mekanismene bak. Spiseforstyrrelser handler ikke bare om mat, men i svært stor grad om følelser.



## 6.0 Referanseliste

Amianto, F, A. Bertorello, F. Migliore, G. Abbate-Daga og S. Fassino. 2016. "Alexithymia in anorexia and bulimia: Ubiquitous and primary trait?" Cogent Psychology. 3: 1185994

Bergwitz, Tone og Inger Halvorsen. 2016. «Spiseforstyrrelser.» Lest 07.04.2018.

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-50-spiseforstyrrelser/>

Bråten, Stein. 2014. Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom. 2. utgave. Oslo. Universitetsforlaget.

Fogarty, Sarah og Lucie M. Ramjan. 2016. «Factors impacting treatment and recovery in Anorexia Nervosa: qualitative findings from online questionnaire». Journal of Eating Disorders, 4:18

Graver, Kari. 2016. «Hva er spiseforstyrrelser». Lest 16.01.2018.

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/finn-en-psykolog/hva-er-spiseforstyrrelser>

Hartmann, Ellen. 2000. "Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi." I Psykoterapi og psykoterapiveiledning, Arne Holte, Geir Høstmark Nielsen og Michael Helge Rønnestad, red., s. 17 – 44. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2012. Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle. 3. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.

Karterud, Sigmund. 2005. " Heinz Kohuts selvpsykologi." I Selvpsykologi – utviklingen etter Kohut, Karterud, Sigmund og Jon T. Monsen red. Kapittel 1. 4.Opplag. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lindberg, Monica. 2018. «Spiseforstyrrelser - mer en det vi ser». Lest 08.04.2018.

<http://www.psynett.no/student/spiseforstyrrelser/fagartikkel/>

Mangrud, Reidun . 2006. «Anorexi har langvarig effekt på livskvalitet» Lest 08.04.2018

<https://forskning.no/barn-og-ungdom-psykologi/2008/02/anorexi-har-langvarig-effekt-pa-livskvalitet>

Røer, Anne. 2016. Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Skårderud, Finn. 1997. «Vekten av et selv. Spiseforstyrrelser og selvpsykologi». I: Karterud, S; Monsen, J. T. red. Selvpsykologi – Utviklingen etter Kohut. Utgave 2005, s. 228 – 265. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skårderud, Finn. 2016. «Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser». Oslo: Askehoug selvutvikling.

Speranza, Loas, Gulbaud & Corcos. 2011. «Are treatment options related to alexithumia in eating disorders? Results form a three-year naturalistic longitudinal study». Biomedicine & Pharmacotherapy. 65: 585-589

Urnes, Ø. 1997. "Utviklingspsykologi og selvpsykologi." I. Selvpsykologi, Sigmund Karterud, og Jon T. Monsen, red., s. 64 – 89. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Vatne, Solfrid. 2006. Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.