



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan man ved hjelp av selvpsykologisk tilnærming møte ungdom som opplever å ha suicidale tanker?

Elizabeth Hagen Halsvik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 33

Molde, 23.04.20



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.

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

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjellaug Klock Myklebust

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 23.04.20

Antall ord: 8542

Sammendrag

Ungdom som sliter med suicidale tanker har det tøft og vanskelig. I denne oppgaven har jeg belyst dette gjennom problemstillingen «hvordan kan man ved hjelp av selvspsykologisk tilnærming møte ungdom som opplever å ha suicidale tanker».

Perspektivet jeg har valgt for å belyse temaet er en selvspsykologisk tilnærming i møte med ungdom som opplever å ha suicidale tanker. Essensen i selvspsykologi er relasjon, og dets betydning for utviklingen av menneske som et selvstendig individ med unike og særegne egenskaper.

Innledningsvis presenteres årsak til valg av narrativ, forskning belyst ut i fra valgt tema, terapeutisk retning, statistikk og faktorer knyttet til selvmord. I teoridelen tar jeg for meg depresjon hos ungdom, suicidalitet, mobbing, selvspsykologi, selvobjekt og selvobjektsvikt, selvet, empati og inntoning, selvsammenheng, vitalitetsaffekt og tolkning. I empirien skildres samhandling med Lena som har opplevd selvobjektsvikt i form av utestengning, latterliggjøring og baksnakking gjennom oppveksten. Dette har gjort at hun føler seg fragmentert. Hun føler seg nummen i kroppen og har devaluerende tanker om seg selv. Fra et selvspsykologisk perspektiv kan suicidale tanker være en løsning for å takle indre krise. I diskusjonsdelen analyseres samtalesekvenser som jeg og Lena hadde, og det drøftes fra et selvspsykologisk perspektiv hvordan hun føler som hun gjør og hvordan terapeut kan hjelpe henne på en mer hensiktsmessig måte. Jeg valgte å drøfte narrativ opp i mot depresjon, mobbing og suicidale tanker på bakgrunn av samtalesekvensene. Funnene i oppgaven var at psykodynamisk terapi er en effektiv måte å bruke for mennesker med alvorlig depresjon, i form av at man vil oppnå selvsammenheng ved å føle seg sett og forstått på en riktig måte.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Depresjon, mobbing og suicidale tanker	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Litteratursøk	2
2.0	Teori	4
2.1	Depresjon hos ungdom.....	4
2.2	Suicidalitet.....	5
2.3	Mobbing	6
2.4	Selvpsykologi	7
2.4.1	Selvobjekt og selvobjektsvikt	8
2.4.2	Selvet.....	9
2.4.3	Empati og inntoning.....	9
2.4.4	Selvsammenheng	10
2.4.5	Vitalitetsaffekt	11
2.4.6	Tolkning	12
3.0	Narrativ.....	13
3.1	Dag 1	13
3.2	Dag 2.....	15
4.0	Drøfting.....	16
4.1	Utfordringer med inntoning.....	16
4.2	Selvobjektsrelasjoner	17
4.2.1	Mangel på selvobjektrelasjoner	18
4.2.2	Terapeut som selvobjekt.....	19
4.3	Stille spørsmål om suicidale tanker	20
4.4	Vitalitetsaffekt	20
4.5	Tolkning som styrker selvfølelsen.....	21
5.0	Konklusjon og forslag til videre forskning og fagutvikling.....	23
	Referanseliste.....	24

1.0 Introduksjon

Jeg har et sterkt engasjement for barn og unges psykiske helse og ønsker å videreutvikle meg i dette fagfeltet. Jeg har derfor jobbet noen år på ungdomspsykiatrisk sengepost i spesialisthelsetjenesten og hadde også praksis innenfor feltet. Der har jeg møtt mange mennesker med unike historier som har gjort inntrykk. Et av de som spesielt berørte meg var ei jente på 16 år med suicidale tanker. Ved første møte fikk jeg inntrykk av at hun var ei jente som hadde det fint med seg selv fordi hun virket så trygg, blid og avslappet. Hun har tidligere hatt gode karakterer og familien ble beskrevet som ressurssterke. Denne jenta snakket varmt om venninner og jeg fikk inntrykk av at hun hadde et støttende nettverk rundt seg. Bak fasaden sitter en skjør jente med alvorlige tanker om å ta sitt eget liv. Hva skjedde? I samtalene kommer det frem at hun over flere år har følt seg mobbet, noe som har ført til at hun har lært å påta seg et smil for å skjule hvordan hun egentlig føler seg. Dette gjorde meg veldig interessert i å studere konsekvensene av mobbing, og hvordan det kan oppleves for den enkelte. Jeg har derfor valgt å ha suicidalitet som problemstilling og andre temaer som blir drøftet i oppgaven er depresjon og mobbing, da jeg mener disse er relevant i forhold til temaet suicidalitet. Jenta i narrativet viser tegn til spiseforstyrrelser. Fra et selvpsykologisk perspektiv er dette en selvreguleringsstrategi hun begynte med. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt og ikke gi dette fokus.

Den terapeutiske retningen jeg har valgt er selvpsykologi. Den er forankret i det relasjonelle mellom individer og den terapeutiske retningen omhandler hvordan man kan komme inntil og forstå den andre ved hjelp av empati og inntoning.

1.1 Depresjon, mobbing og suicidale tanker

Ifølge folkehelseinstituttet fikk 2,5 % av jenter i alder 15 – 17 år en depresjonsdiagnose i 2013 (Süren et. al 2018). Ifølge Kvernmo og Bye (2019) vil omtrent 15 – 20 prosent av barn og unge kjenne på psykiske vansker fra tre – attenårsalder. Angst og depresjon er tydelig uthevet i spekteret av psykiske vansker. De har foretatt en studie som viser til at forekomsten av angst og depresjon er fire ganger høyere i 2014 enn i 1994 hos eldre ungdom i Finnmark. Kjønnsmessig er det størst økning hos jenter, men man ser også klar økning hos gutter. Denne studien viste at sosial støtte var beskyttende faktor for depresjonssymptomer. Å bo hjemme hos foreldre og ha et støttende sosialt nettverk rundt

seg, noe som samsvarer med tidligere funn (Kvernmo og Bye 2019). Av dagens unge er det ca. 10 % som har tanker om å skade seg selv. Tankene oppstår gjerne rundt puberteten, men kan oppstå både før og senere. Selvmordstanker – og forsøk er mest vanlig hos jenter, men utførelse av selvmord er vanligst hos gutter. Psykososiale belastninger som mobbing, seksuelle overgrep, omsorgssvikt og konflikt i familien øker risikoen for selvmord (Helsebiblioteket 2019). Å bli mobbet i barn – og ungdomsårene utgjør en stor risikofaktor i forhold til psykiske og sosiale belastninger senere i livet (Rey et. al 2019). Ifølge nasjonalt senter for selvmordsforskning – og forebygging var selvmord i 2018 den hyppigste dødsårsaken i aldersgruppen 15 – 24 år med anslagsvis 43.2 % av alle dødsfall (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging [NSSF] 2020).

Risikofaktorer knyttet til selvmord kan blant annet være angst – og panikk lidelse, depresjon, bipolar lidelse, psykose og spiseforstyrrelser. Sårbarhetsfaktorer kan blant annet være lav toleranse for stress, tidligere utsatt for seksuelle overgrep, dårlig selvbilde og konfliktfylte sosiale relasjoner i oppveksten. Beskyttelsesfaktorer kan være støttende nettverk, føle seg inkludert og ha god emosjonell intelligens. I forhold til kjønn er det høyere risiko at jenter tar selvmord ved langvarig mobbing (Kvelling 2015).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan man ved hjelp av selvpsykologisk tilnærming møte ungdom som opplever å ha suicidale tanker?

1.3 Litteratursøk

For å finne litteratur foruten om pensum brukte jeg ulike databaser som Oria, Nordart, Psyk.info og google som søkemotor. For å finne relevant litteratur i Oria og google brukte jeg søkeord som selvpsykologi, barn og psykisk helse, ungdom og depresjon, mobbing og ungdom, ungdomspsykiatri, hvordan mobbing påvirker barn og unges psykiske helse.

I Psyk.info ble søkeordene children, depression og suicidal ideation kombinert. Jeg la inn årstallene 2010 til 2020 på «specific year range» og dette ga 257 treff. Jeg gikk gjennom disse og fant en artikkel som passet til min problemstilling. Søkeordene Psychological stress + school environment ga 23 treff. En av disse hadde en relevant artikkel som jeg har brukt i oppgaven. For å finne studier i psykodynamisk terapi brukte jeg søkeord som

psychodynamic, therapeutic processes, depression, psychotherapy og disse kombinert ga 63 treff der jeg fant to studier som jeg har brukt i oppgaven.

I helsebiblioteket brukte jeg kombinasjon av søkeordene Sucidalitet og ungdom. Her fikk jeg 24 treff. Jeg leste gjennom treffene men syns at innholdet var ganske likt teorien jeg har funnet så valgte å ikke bruke det.

I nordart søkte jeg først på Suicidal, som medførte 100 treff. For å innsnevre dette la jeg inn «ungdom» som ga to treff. Søkeordene «ung og deprimert» viste null treff. Jeg la deretter inn «young and depression» som resulterte i 9 treff. Artikkene leste jeg gjennom og fant forskning jeg kunne bruke for å belyse problemstillingen.

2.0 Teori

2.1 Depresjon hos ungdom

Ungdom blir ofte beskrevet som depressive, men det betyr ikke at de er deprimerte i klinisk forstand. Man må skille mellom tristhet, nedstemthet og depresjon. Tristhet og nedstemthet er normale følelser i perioder i livet, og går over i løpet av et par uker. Den psykiatriske lidelsen depresjon er svært inngripende i hverdagen og varer i en tidsperiode på minst to uker (Olsson 2006). Kriteriene som må være til stede for å kalle det en depresjon er nedstemthet, redusert energi – og aktivitetsnivå. Andre symptomer som ofte er tilstede er sviktende konsentrasjonsevne, fastlåst tankemønster, dårlig matlyst, forandringer i følelsesregisteret, svekket selvtillit og nedsatt søvnkvalitet ifølge ICD – 10 (Helsedirektoratet 2011). Man kan oppleve symptomer i somatisk forstand, som vondt i magen, kvalme, forstoppelse, hodepine, muskel – og leddsmerter. Mange ungdommer synes det er vanskelig å oppsøke hjelp. De føler at de må ordne opp selv og at det å oppsøke hjelp er et resultat av svakhet. På den ene siden kan det være positivt å ha denne innstilningen da det får de til å ta tak i sine egne problemer. På den andre siden så kan det være til en forverring i symptomene på grunn av utilstrekkelig og skyldfølelse fordi de blir fastlåst i situasjonen og ikke kommer noe sted. Når den indre konflikten er for påtrengende og avstanden mellom samvittigheten og kravene blir for stor i forhold til hva man faktisk mestrer, kan psykodynamisk terapi være en god behandlingstype for ungdommen (Haugsgjerd, Skårderud og Stänicke 2018).

Forklaringsmodellen i forhold til depressive lidelser er kategorisert i to hovedgrupper, skuffelser i relasjoner, og skuffelser i forhold til at man ikke når opp til sine indre krav. Ved å frigjøre ressurser til bedre mestring vil behandlingen gå ut på å hjelpe ungdommen til å kjenne på mindre skyldfølelse og et mer realistisk selvilde. I terapien vil man ha størst fokus på ungdommens relasjoner. Målet i psykodynamisk terapi er å styrke vitalitetsaffekter og fremme pasientens evne til å regulere negative følelser (Haugsgjerd, Skårderud og Stänicke 2018).

Allerede tidlig i depresjonen utvikler man konsentrasjonsvansker, noe som kan slå ut faglig ved at det går ut over karakterene. Man kan klare å følge med og lytte i timene, men det blir vanskelig å lære seg noe alene. Dersom depresjonen forverrer seg medfører dette

vanskeligheter med å møte opp på skolen. Dersom tenåringen oppsøker helsesykepleier er det ofte for de somatiske plagene. Her er det viktig at helsesykepleieren fanger opp symptomene (Olsson 2006).

Forskjellen på en voksen person med depresjon, og en ungdom er at humøret til ungdommen er mer variert enn hos den voksne. De kan i korte perioder også virke glad. Det kan derfor være vanskelig å gjenkjenne symptomer på depresjon og forveksle de med tristhet. I ungdomstiden kommer man i puberteten, noe som medfører variert stemningsleie for mange. Det kan derfor være lett å normalisere det variable stemningsleie, istedenfor å tenke at det kan være tegn til noe langt mer alvorlig. Ungdom har også store behov for å føle tilhørighet til andre, og være en del av en gruppe. De kan derfor prøve å virke glad for å passe inn som en del av gjengen (Olsson 2006). Ved den mest alvorlige form for depresjon kan den unge være ute av stand til å føle noe som helst. Dette kan komme i uttrykk ved tilbaketrekning og sosial isolasjon. Ungdommen orker ingenting og vil kun være alene. Ting som tidligere ga glede føles meningsløst (Haugsgjerd, Skårderud og Stänicke 2018).

2.2 Suicidalitet

Ved dyp depresjon er risikoen for selvmord fra mellom tre til seks prosent. Man skiller mellom psykiske lidelser og psykiske vansker. Psykiske lidelser kan innebære former for rigiditet, dårlig selvregulering, svekket mentaliseringsevne, dårlig selvbilde og vanskeligheter med å holde seg til mål en har selv satt seg. Psykiske vansker dekker alle former for psykisk uhelse. Kvello (2015) viser til en studie der anslagsvis 50 prosent av de som hadde psykisk lidelse i barneårene ikke viser ikke symptomer på psykisk lidelse i voksen alder. Forklaringer på dette kan være beskyttelsesfaktorer som det å ha trygge omsorgspersoner og støttende nettverk rundt seg (Kvello 2015).

Generelt er det en økt risiko for selvmord hos mennesker som selv gjentar tema om suicidale tanker og død. Risikoen for å ta selvmord øker betraktelig hos de ungdommene som tenker på å ta sitt eget liv sammenlignet med ungdommer som ikke har disse tankene. Dersom disse tankene kommer oftere og varer i mer enn en time sammenhengende kan det gi tydelige indikasjoner på at ungdommen med høy sannsynlighet vil prøve å ta sitt eget liv (Kvello 2015). Selvmordstanker er ofte knyttet tett opptil en dyp depresjon. Dersom tenåring har gått lenge med en depresjon vil de ofte få følelsen av at det ikke er verdt å

fortsette lenger. Livet er ikke verdt å leve. Støtte fra foreldre og opplevelse av følelsesmessig tilknytning er viktige faktorer for å forhindre selvmordsforsøk. Når en selvmords handling ikke gjennomføres finnes det alltid håp, til tross for at ungdommen uttrykker håpløshet. Eksempel på utsagn som viser til dyp depresjon kan være: «Jeg hadde ikke vært i live i dag hadde det ikke vært for at jeg ikke unner mine foreldre den store sorgen». Uten profesjonell hjelp kan de suicidale tankene bli til virkelighet. En deprimert tenåring skjuler ofte for foreldrene at hun kjenner seg nedstemt og det å isolere seg kan kjennes lettere enn å fortelle foreldrene om følelsene og tankene sine. Tenåringen kan i noen tilfeller oppsøke hjelp for selvmordstankene sine. Det er da viktig at helsepersonell og nettverk rundt tenåringen utviser respekt. De trenger å bli trygget på det at det er mulig å få hjelp mot den dype depresjonen (Olsson 2006).

Dersom relasjonen anses som trygg anbefales det å stille direkte spørsmål ved mistanke om planer for selvmord (Kvelling 2015). Utforske tankene og planer for en slik handling. Man skal ikke legge ord i munnen på pasienten, det vil si stille spørsmål ut i fra hvordan man tolker det pasienten sier. Pasienten må komme med sine egne tanker (Haugsgjerd, Skårderud og Stånicke 2018). Det er også viktig å belyse spørsmål som løfter frem beskyttelsesfaktorer hos denne ungdommen. Spørsmål som bevisstgjør pasienten på hva som har hjulpet henne til å ikke gjennomføre selvmordet (Kvelling 2015).

Suicidale tanker trenger ikke å omhandle et sterkt ønske om å oppleve døden i seg selv. Fra et psykodynamisk perspektiv kan suicidale tanker være en løsning for å takle indre krisetilstand. Den indre krisetilstanden kommer som et resultat av langvarig opplevelse av negative følelser som angst, avvisning, skam, tristhet og skyldfølelse. I lengden kan dette bli for vanskelig å bære. Det finnes flere eksempler på situasjoner som kan gi langvarig negative følelser på grunn av at psykologiske behov er blitt devaluert. Avvist kjærlighet og aksept, sterk hjelpsløshet i form av å miste kontroll i ulike situasjoner, truet selvbilde og ødelagte nære relasjoner. Ved å redusere de negative følelsene vil de suicidale tankene avta (Haugsgjerd, Skårderud og Stånicke 2018).

2.3 Mobbing

Over 50 000 norske barn og unge i grunnskole og videregående utsettes for mobbing ifølge tall fra elevundersøkelsen og Ungdata (Breivik et. al 2017). Alle barn og unge har behov for å oppleve trygghet, føle seg verdifull og ha en tilhørighet til jevnaldrende. Dette er

essensielt for deres psykologiske, kognitive og sosiale utvikling. Å bli utsatt for mobbing truer disse behovene og det kan forekomme en svikt i barnets utvikling noe som kan føre til alvorlige skadevirkninger (Breivik et. al 2017).

Definisjonen mobbing beskrives som negative handlinger der intensjonen er å skade andre, og må strekke seg over tid. Den kommer i to former, direkte og indirekte mobbing. Skjult mobbing (indirekte) blir ofte definert som relasjonell aggresjon der intensjonen kan være todelt. Bevisst påføre andre smerte på en skjult måte og manipulere relasjoner. Den er definert som skjult fordi den kan virke usynlig utad. Man må vite hva man skal se etter for å synliggjøre den indirekte mobbingen. Omtrent ti prosent av jenter i skolen opplever å bli utsatt for skjult mobbing over en lenge periode. Jenter som utsettes for indirekte mobbing vil ofte slite med å sette ord på det. Årsaker til dette kan være at det blir bagatellisert, bortforklart av foreldre og lærere. Metoder innenfor skjult mobbing kan være baksnacking, latterliggjøring, utestenging, ryktespredning, falske vennskap og sosial isolering (Myklebust 2015). Den som opplever dette kan føle at en mister total kontroll over sitt eget liv, noe som fører til psykiske vansker (Breivik et. al 2017).

De psykiske vanskene er sterkest assosiert med skjult mobbing (Myklebust 2015). En kan oppleve å bli plaget med psykosomatisk helseproblematikk som hodepine, magesmerter, svimmelhet, anspenhet, trøtthet, kvalme og dårlig appetitt. Å bli mobbet av jevnaldrende påvirker måten man tenker på seg selv. Det kan gå utover selvtilliten. Man føler seg mislykket og blir selvkritisk. Studier har vist at det er stor sannsynlighet for at barn og unge som blir mobbet utvikler symptomer på depresjon. Stresset det medfører å bli mobbet kan relateres til det stresset som knytter seg til posttraumatisk stresslidelse. Mobbing kan knyttes til selvmordstanker og selvmordsforsøk. Det kan også gi adferds- og rusproblematikk i senere alder. Mobbing rammer tilfeldig (Breivik et. al 2017).

2.4 Selvpsykologi

Heinz Kohut, psykiater og psyko - analytiker grunnla den psykodynamiske retningen selvpsykologi som er videreutviklet fra psykoanalytisk tenkning (Karterud 1997, 13 – 16). Selvpsykologien har en vitenskapsteoretisk forankring i fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteori der individets subjektfølelse er i fokus (Haugsgjerd et al. 2009). Kohut hadde en teori om at det viktigste for barnets utvikling er å ha gode og trygge relasjoner rundt seg. Gjennom idealiserte, speilende og tvillingbekreftende selvobjektsfunksjoner vil

det utvikle seg til å bli et menneske med vitalt, fremtidsrettet og kreativt selv. Terapeutens oppgave vil være å bidra til selvutvikling gjennom å være det selvobjektet som den andre trenger for fremme en større følelse av helhet og selvsammenheng. Målet er at den andre skal føle seg hel, verdifull og se meningen med livet. Mangel på selvobjekt vil føre til et fragmentert selv (Haugsgjerd et al. 2009).

2.4.1 Selvobjekt og selvobjektsvikt

«Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idetradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv (Karterud 1997, 18)». Et selvobjekt kan ikke måles eller veies. Man har behov for selvobjekt fra man blir født til man dør, men man kan oppnå en selvstendighet i å velge selvobjekter. Selvobjektrelasjoner dekker polene i det tripolare selvet (Karterud 1997, 18 - 19).

Det speilende selvobjekt er det selvobjektet som gir oss anerkjennelse, følelsen av å bli beundret, sett, verdsatt, anerkjent, akseptert og bekreftet. Det kan for eksempel være foreldre, søsken eller venner.

Det idealiserende selvobjekt kan være noe du ser opp til, beundrer, lener og støtter deg til. Noe som utstråler visdom og kunnskap. Det kan for eksempel være en lærer, en religion eller besteforelder. Det står til det idealiserende selvet.

Alter – ego selvobjekt går ut på at mennesket har behov for å føle tilhørighet med andre. Det har et grunnleggende behov for å være med andre som har like interesser, tankegang eller hobbyer som bekrefter viktige deler av selvet. Eksempler på alter – ego selvobjekt kan være bestevenner, treningskamperater og kollegaer. Kohut mener at dersom pasient kjenner på grunnleggende likhetsfølelse med terapeut vil det å være sammen skape indre harmoni (Karterud 1997, 23 - 24).

Kohut likestiller behovet for selvobjekt med behov for oksygen i kroppen. Uten oksygen dør kroppen, og det samme gjør mennesket uten selvobjekt. Det er fravær på selvobjekt som fører til at selvet ikke klarer å utvikle seg til et modent og selvregulerende system. Dette fører til patologi (Karterud 1997, 19).

I terapissammenheng tenker man at uansett hvor oppmerksomme terapeuten er og hvor empatisk vi prøver å være, kan det skje at vi svikter den andres behov for å bli sett, hørt og forstått. Det kalles selvobjektsvikt. Årsaker til dette kan være ferie, sykdom, misforståelser, og motoverføring. Selv når vi tror vi er helt til stede og føler vi er godt inntonet kan den andre oppleve selvobjektsvikt. Terapeut kan merke dette med at pasienten endrer tema, eller han kan oppleve bebreidelser. Selvobjektsvikt kan true alliansen og føre til brudd i terapien (Karterud 1997, 20).

2.4.2 Selvet

Kohut har definert selvet som et dynamisk system bestående av det grandiose selvet, det idealiserende selvet og det tvillingssøkende selvet. Disse er forankret i kjerneselvet og utvikler seg i samspill med selvobjektrelasjoner. Kjerneselvet er senteret av seg selv, det som ligger til grunn for at en kan snakke om seg selv som i mitt selv, noe særegent som er adskilt fra andre. Vi er ikke født med et kjerneselv, men utvikler dette i tidlig barndom i samspill med relasjoner i omgivelsene og det vil nedfelle seg som en grunnleggende psykisk struktur. Kohut tenkte at selvet var tripolært og de tre selvobjektene jeg har nevnt er viktig for selvet (Karterud 1997, 22 - 23).

2.4.3 Empati og inntoning

Daniel Sterns forskning ble viktig for selvpsykologi. Allerede fra fødselen av har mennesket behov for å bli utfylt av en annen for å utvikle seg. Barnet har en fornemmelse av en gryende selvfølelse i kontakt med andre. Utviklingen av selvet foregår i et samspill. Mor og barn stiller seg inn på hverandres stemningsleie på en spontan og umiddelbar måte, noe som gir næring til fullverdig utvikling. Barnet lærer seg å fortolke verden gjennom mors affektinntoning. Opplevelsen og dannelsen av selvfølelsen dannes de første leveår. Etterhvert skapes fortellinger om seg selv som et unikt individ. Fortellingene er utviklet i samspill med seg selv og relasjonene rundt seg. Det skjer en selvdannelse i barnets selvfølelse og opplevelse av andre (Bråten 2004). Gjennom samspillet med den andre lærer barnet seg å regulere selvopplevelser knyttet til følelser og trygghet (Urnes 1997, 75).

Stern beskriver også negative inntoningsvarianter. De ulike inntoningsvariantene kalte han manglende inntoning, selektiv inntoning, feilinntoning og overinntoning.

Manglende inntoning innebærer at barnet ikke får bekreftet sine følelser. Det kan oppleves som en grunnleggende alenefølelse. Følelsen av å være ulik alle i verden. Når barnet ikke blir møtt og bekreftet på sine følelser kan det etterhvert utvikle sin egen fantasiverden der han selv utvikler sin egen logikk og sosiale regler.

Selektiv inntoning innebærer at foreldre former barnet etter deres ønsker, drømmer og mål. Barnet blir kun bekreftet på enkelte følelser, imens andre følelser blir ekskludert. Når en utvikler sitt selv etter andres forventninger kalles det et falskt selv. Barnet vil etterhvert kjenne på en tomhet og identitetsløshet da deler av dets opplevelsesverden gradvis går tapt.

Feilinntoning vil si at det ikke er noen forutsigbarhet i hvilke følelser barnet blir bekreftet i. Det gjør at barnet etterhvert mister evnen til å analysere eller ha sine egne følelser. I fare for å miste seg selv setter barnet opp en fasade, et skjult selv.

Overinntoning går ut på at en annen tar over barnets følelsesuttrykk, noe som føles invaderende. Barnet har ingenting det skulle sagt. Det blir ikke erkjent i sine følelsesuttrykk (Urnes 1997, 77 – 78).

Stern mente at denne utviklingspsykologien kunne overføres til terapien. Selvopplevelser utvikles ikke bare i barndommen, de tar man med seg livet gjennom og er til stede i alle former for relasjoner. I den terapeutiske relasjonen tas det utgangspunkt i nåtid og overføringsforholdet de imellom. Noe av oppgaven i terapien blir å knytte følelser til ord (Urnes 1997, 80). For å være en god terapeut må man oppleves som empatisk av den andre. Det er kun gjennom empati og inntoning at man får tilgang til den andres indre verden. Se verden med den andres øyne. Man må hele tiden være bevisst egne tanker, holdninger og følelser. For å oppfattes empatisk må man være inntonet. Inntoning vil si å komme nær den andre gjennom ord, holdning og kroppsspråk (Karterud 1997, 14).

2.4.4 Selvsammenheng

Selvsammenheng vil si å ha en følelse av å ha en stabil indre tilstand der man føler seg mentalt tilstede, kjenner på følelser, og kan skille mellom fortid, nåtid og fremtid. Det å kjenne på selvsammenheng vil si at du føler deg hel og verdifull (Urnes 1997, 70). Dersom man mister selvsammenheng opplever man selvfragmentering, som betyr at man kan oppleve å miste seg selv, miste retningen i livet og opplevelse av å slutte å være til. Kohut

mener at dersom barnet ikke blir møtt på den måten det trenger i form av nødvendig respons, bekræftende og aksepterende respons kan det bli sårbart for selvfragmentering. Opplevs den for overveldende i forhold til barnets affekter vil det kunne føre til en trussel mot barnets selvobjektstilknytning og barnets følelser (Haugsgjerd et al. 2009).

2.4.5 Vitalitetsaffekt

Daniel Stern viser til en ny følelse, livsfølelsen. Han beskriver vitalitetsaffekt som en livsfølelse som er mer generell og vag enn klare emosjoner som for eksempel sinne, glede, overraskelse, avsky og lignende. Eksempel på en livsfølelse kan være den gode følelsen vi kan ha i et fellesskap når vi løper sammen, danser, synger, berøringen til to forelskede, følelsen av å legge barnet til brystet ved amming. Ved depresjon slukner noe av denne livsfølelsen og livslysten. Når livslysten svinner hen kan man få følelse av apati. Man orker ikke gjøre noen ting. Man føler seg ikke verdt noe. Orker ikke møte noen. Vil heller ligge i sengen (Bråten 2004).

For å inneha en følelsesmessig selvopplevelse må man være selvreflekterende. Ved å være selvreflekterende har man tilgang til sine indre følelser, altså en affektiv opplevelse. Det innebærer en selvavgrensning der individet må skille ut sitt selv fra den andres. Evnen til å kunne se seg selv, den andre og relasjonen utenfra. Selvrefleksjon innebærer også evnen til å skille mellom egne indre opplevelser. Utviklingen av selvrefleksjon kan bli undergravd ved ytre påvirkninger. Konsekvensen av dette er at vi skjuler deler av selvet vårt, både for andre og for oss selv. Selvrefleksivitet utvikles i relasjoner (Schibbye og Andersen 1998, 164 - 166). Avgjørende for selvrefleksivitetsutviklingen er aksept av barnets følelsesuttrykk, god tilknytning, trygge omsorgspersoner med evne til innlevelse. Annerkjennelse og aksept har sammenheng med utvikling av selvrefleksjon (Schibbye og Andersen 1998, 172 - 175). I terapi er undring et viktig verktøy for å la en interpersonlig prosess utvikle seg. Ved å undre seg i dialog frigir det økt informasjon og kunnskap om seg selv. Undring som appellerer til affekt er relasjonelt og fører til økt affektuttrykk. Ved at affekter oppstår får man gradvis tak i egne følelser og kan tilegne disse som sine egne. Poenget med å bruke undring som verktøy er for å ta del i hele erkjennelsesprosessen, ikke komme frem til et resultat (Schibbye og Andersen 1998, 175 - 182).

2.4.6 Tolkning

I selvspsykologien er tolkningsprosessen en viktig del av terapien. Kohut beskrev den som om at den var i to faser, der det i første fase innebærer at pasienten opplever seg forstått. I andre fase ser man på pasientens egen historie og setter den inn i en større sammenheng. Forklaring og forståelse vil ofte være blandet med hverandre. Pasienten må føle at terapeuts tolkning har truffet han på noe vesentlig ved hans historie, noe som belyser hvordan hans fortid henger sammen med hans nåtid. Dersom man sammen kommer frem til rekonstruksjoner, og pasienten føler seg sett i dybden av sitt selv vil dette ha en svært virkningsfull kraft i terapi (Karterud 1997, 198 – 199). Man gjør det ubevisste bevisst. Empatisk restrukturerende tolkning innebærer at man ser på hvilke måter pasienten prøver å løse problemer på, er mestringsstrategier som oppsto under oppveksten. Dette styrker selvfølelsen og kan være med å fremme terapien (Hartmann 2013, 37 – 38).

3.0 Narrativ

Jeg var i praksis på ungdomspsykiatrisk sengepost og der møtte jeg en jente på 16 år som gjorde sterkt inntrykk på meg. I rapport ved vaktstart fikk jeg vite at det var innlagt en jente, Lena på 16 år med symptomer på depresjon og fare for suicidalitet. Hun viser tegn til spiseforstyrrelser, så dette er noe man må være oppmerksom på. Utover oppholdet, etter diverse somatiske undersøkelser og samtaler mener behandlere at hun har utviklet en alvorlig depresjon. De som kjenner henne sier hun lider av «flink pike – syndromet». Hun har alltid vært flink på skolen, god i idrett, ei glad jente som alltid har hatt fokus på å ta vare på de rundt seg. Lena kommer fra en tilsynelatende ressurssterk familie med et stort nettverk. Hun har alltid vært en sosial jente som har vist glede i være med familie og venner, men det siste halvåret opplever de rundt at hun har trukket seg tilbake. Hun ønsker ikke lenger å delta på sosiale begivenheter eller familiebesøk, har økende fravær på skolen, virker fraværende i blikket og generelt sliten. Mor uttrykker bekymring til fastlege og han henviste henne til samtaler med psykolog på BUP – poliklinikk for barn og unge for ca. et halv år siden. Denne jenta skulle jeg følge opp.

3.1 Dag 1

Da jeg ankom stua på sengeposten ble jeg overrasket over hva som møtte meg. I sofaen sitter en jente og maler. Hun virker strålende blid og prater med andre innlagte pasienter. Jeg presenterer meg og setter meg ned hos henne. Vi småprater litt. Hun trekker seg inn på rommet etter en liten stund. Jeg foretok tilsyn etter en liten stund og spurte: «Går det bra?» Pasienten svarte ja. Jeg observerte at hun lå i senga og slappet av med musikk. Så bra, svarer jeg. Dette er et spørsmål jeg har stilt flere ganger tidligere til andre pasienter ved tilsyn. Gjennom videreutdanningen har jeg blitt kjent med selvpsykologi og dets måte å stille spørsmål på for at den andre skal finne seg selv. Selvpsykologi står for det å ha en åpen tilnærming og la pasienten sette agendaen. Jeg begynte derfor å reflektere over spørsmålet jeg hadde stilt og hvorfor jeg stilte det. Hvilken effekt måten man har å spørre på utformer samtalen.

Ved neste tilsyn bestemte jeg meg for å ha en annen inntoning og tenke over måten jeg stiller spørsmål på. Jeg banker forsiktig på, venter i noen sekunder og åpner døren. Lena smiler, og jeg spør om å få komme inn, noe hun nikker bekreftende på. Jeg spør henne hvordan det går, og hun sier det går bra. Da undrer jeg meg over hva som er bra. Hvordan

det kjennes ut for henne. Hun svarer at det er et godt spørsmål. Jeg spør henne om hun ønsker å snakke om det. Lena bekrefter at det er noe hun vil snakke om, men at kjennes rart fordi at hun ikke er vant til å snakke om hvordan hun har det. Jeg spør henne derfor hva hun er vandt til. Lena forteller at hun er vant til å være den som smiler og er glad, jenta alle kan gå til dersom det er noe. De forteller henne at hun er så glad og at det er godt å komme til henne når ting er vanskelig. Jeg spør henne om hun har noen å snakke med om ting som er vanskelig. Dialogen foregår videre slik:

Lena: Ja. Jeg har et par venniner. Eller den ene vennina mistet sin far til selvmord så jeg føler ikke at jeg kan belaste henne med dette. Også har jeg en nær tante som jeg har betrodd meg til om alt som har skjedd siste månedene. Hun sier at jeg må kontakte henne dersom jeg får det vanskelig.

Jeg: Så bra. Vil du fortelle hva som har skjedd siste månedene?

Lena: Det er jo disse tankene som har kommet. Om at jeg ikke ønsker å leve lenger. Jeg var jo aldri slik før. Nå når ting endelig går så bra. Jeg skjønner ikke hvorfor de kommer nå. Jeg har jo alt. Folk som bryr seg om meg. Trives endelig på skolen.

Jeg: Mhm. Nå når ting endelig går så bra, sier du. Har det skjedd en endring?

Lena: Ja. Jeg flyttet vekk for å gå på videregående skole for et halvt år siden. Der ble jeg kjent med noen fantastiske mennesker som oppriktig bryr seg om meg. Det er så fint å være med folk som bryr seg. Slik var det ikke før.

Jeg: Hvordan var det før?

Lena: Jeg hadde jo venner. Og gjorde det jo bra på skole. Men de var så falske mot meg. Baksnakket, mobbet og gjorde narr av meg. Men jeg tok på en slags glamaske og latet som at jeg ikke brydde meg.

Jeg: Hva gjorde det med deg?

Lena: Det gjorde vel at jeg fikk dårlig selvtillit da.

Jeg: Vil du fortelle mer om det?

Lena: Jeg begynte å slite med nattesøvnen. Var konstant på vakt for hva jeg sa og hvordan jeg opptrådte fremfor de andre. Ville ikke at de skulle se hvor såret og lei meg jeg var så jeg tok heller på glamasken.

Jeg sier at det høres vondt ut og spør henne hvordan det kjennes ut å prate om dette nå.

Hun forteller at det er vondt, at hun ikke vil ha det sånn og at hun ikke skjønner hvorfor de vonde følelsene kommer til uttrykk nå når det endelig gikk så bra.

3.2 Dag 2

Jeg: Hei. Hvordan går det med deg i dag?

Lena: Ikke så bra. Jeg synes det er vanskelig. Er så vandt med å late som at alt er bra.

Jeg: hvordan føles det å det bra?

Lena: At man slipper å ha den vonde klumpen i magen som jeg går rundt med hele tiden.

Plutselig dukker det opp tanker i form av bilder i hodet der jeg tar livet av meg. Det hadde vært så mye enklere da.

Jeg: Disse bildene. Hva er i de?

Lena: Det er bilder eller scener der jeg drukner meg selv i vannet på en strand eller henger meg i skogen. De spilles om og om igjen.

Jeg: Det å ta livet av seg. Er det noe du tenker på å gjøre imens du er innlagt her?

Lena: Nei. Men dersom jeg ønsker å gjøre det så kan jeg bare skrive meg ut fordi jeg er frivillig innlagt.

Jeg: Har du fortalt det til noen av dine nære at du har slike tanker?

Lena: Kun den ene vennina mi. Men jeg kan ikke dele det med noen. Tenk så redde de hadde vært for meg. Det er jo det som stopper meg. Jeg har jo sett på nært hold hvordan det er for familien rundt når noen tar livet sitt og jeg vil jo ikke at de skal få det så vondt. Det er det som stopper meg på en måte. Men samtidig så føler jeg meg så lite verdt og ubetydelig at det kanskje hadde vært like greit. Veldig rart. Jeg føler meg liksom så nummen i kroppen. Føler ingenting. Klarer ikke å gråte.

Under oppholdet spiser hun greit og det ser tilsynelatende ut som at matinntaket går fint for henne. Men etter å ha hatt en del kontakt med henne over tid, opprettet allianse og tillit forteller Lena at hun spiser for å blidgjøre personalet, men at det føles forferdelig. Dette synes jeg gjenspeiler det «flink pike» syndromet. Hun uttrykker til tider bekymring med tanke på skolefraværet, og føler sterkt på behovet for å gjøre skolearbeid. Kort tid etterpå kan hun virke helt fraværende og vise apati.

4.0 Drøfting

I drøftingsdelen ønsker jeg å belyse hvordan man kan møte ungdom som sliter med suicidale tanker på en god måte ved hjelp av et selvpsykologisk perspektiv. I et selvpsykologisk perspektiv vil selvsammenheng være viktig for at de suicidale tankene skal avta. Jeg har en bred diskusjon om utfordringer med inntoning i samtale, selvobjektrelasjoner, utfordringer med samtalen omkring suicidale tanker, vitalitetsaffekt og tolkning. De selvpsykologiske begrepene drøfter jeg oppimot depresjon, mobbing og suicidale tanker.

4.1 Utfordringer med inntoning

På dag 1 følte jeg i øyeblikket at jeg hadde en god inntoning i forhold til samtalen vår. Det virket som om at hun åpnet seg opp og reflekterte rundt spørsmålene jeg stilte ved at jeg lyttet og anerkjente hennes følelser ut i fra det hun fortalte. Men det er pasienten som kjenner på om terapeuten har inntonet seg på en god måte (Urnes 1997, 75). Spørsmålene kan ha følt invaderende og krenkende. At jeg har spurt disse spørsmålene for «tidlig» i bli kjent fasen. I henhold til de negative inntoningsvariantene til Stern kan jeg ha overinntonet meg (Urnes 1997, 77 – 78). Man skal som terapeut ikke ha en skjult agenda, og stille spørsmål for å lede en vei man selv ønsker svar på. Utfordringen med inntoningen er at Lena tidligere har sagt at hun sier til mennesker det hun tror de ønsker å høre. Hun tar på seg en skjult maske slik at hun slipper å gå inn på sine egne følelser. Hvordan vet jeg som terapeut om hun svarer reelt ut i fra sine tanker og følelser, eller om hun svarer ut i fra hva som hadde vært det riktige å svare som en «flink» pasient. Jeg merket meg under samtalen med henne at hun var opptatt av å skryte over hvor flink jeg var og fikk meg til å føle meg så bra. At jeg stilte de riktige spørsmålene som fikk henne til å virkelig tenke. Dette ga meg en bekreftelse på meg i studentrollen som mestret faget. I ettertid har jeg undret meg over dette. Så syk, men fortsatt så ivrig på å si ting som gjorde at menneskene rundt henne følte seg bra. Hadde jeg egentlig en god inntoning? Jeg følte det i øyeblikket men det er opp til henne å bedømme. Var det ærlig eller var det en utgave av masken som hun har delt tidligere i samtalen? Et annet alternativ hadde vært å gå videre på dette temaet. Stille spørsmål som «Jeg blir litt usikker nå i forhold til at du har fortalt en del om at du har tatt på deg en maske. Også skryter du over meg. Hvis du kjenner godt inni deg. Er det «maskejenta» som snakker eller er det oppriktig? Dette kan være en skummel samtale i forhold til inntoningen. Det kan på den ene siden føre til en inntoningssvikt med

tanke på at vi i det tidlige forløpet ikke har rukket og bygd opp en sterk allianse (Urnes 1997, 77 – 78) . En studie fra Mccarthy m.fl. (2017) viser til at for å oppnå utvikling i terapien er det nødvendig med en økt terapeutisk allianse. En sterk allianse vil bidra til at man bearbeider seg gjennom negative og positive følelser som etterhvert vil utvikle innsikt og gjøre at hun føler på et mer sammenhengende selv. Alle følelser, både positive og negative er viktige å bearbeide. Den terapeutiske allianse gir økt bevissthet og innsikt i egne følelser (Mccarthy et. al 2017). På den andre siden kan det å ta imot dette på en empatisk måte være betydningsfullt for henne og være med på å bygge opp den terapeutiske alliansen. Å oppfattes empatisk av den andre er en del av den terapeutiske holdningen i selvpsykologi (Karterud 1997, 14).

Ut i fra det hun forteller om hennes relasjoner i oppveksten kan det virke som hun har opplevd å bli selektivt inntonet. Hun har følt at sider av seg selv har vært bra nok da vennene har trengt henne, imens andre sider av henne har blitt fortrent. Det kan være med på å forklare hvorfor hun kjenner på tomhet inni seg og hvorfor hun ikke klarer å glede seg nå når hun har fått et nettverk på skole med venner som hun føler ser og godtar henne som hun er. Hun har vært i slike relasjoner i hele oppveksten og det har nok gjort at hun har utviklet seg etter forventningene om hvilken rolle hun skulle være. Fra et selvpsykologisk perspektiv kan hun ha utviklet et falsk selv som etterhvert kan gjøre at man kjenner på tomhet og manglende tilhørighet (Urnes 1997, 77 – 78). Det er sårbarhetsfaktorer som øker risikoen for suicidale tanker og selvmord (Kvelling 2015).

4.2 Selvobjektsrelasjoner

Hele behandlingen er jo som nevnt i teorien basert på å trygge gode selvobjektrelasjoner (Karterud, 1997, 18 – 20). I samtalen uttrykker hun at hun føler seg nummen i kroppen, og ikke klarer å gråte eller kjenne på følelser. Behandlerne mener at det er en dyp depresjon med tanke på graden av symptomer. Hun slutter å møte opp på skolen og trekker seg tilbake fra det sosiale sammenkomster. Hun har også somatiske symptomer som svimmelhet, klump i magen, kortpustethet, lite kraft i kroppen og føler seg generelt svak (Haugsgjerd, Skårderud og Stänicke 2018). I samtale dag 1 sier hun at hun har fått dårlig selvtillit og at det kan bunne i mange års erfaring med mobbing som baksnakking og det at hun følte at hun ble gjort narr av. Måten hun beskriver dette på får meg til å tenke at det høres ut som skjult mobbing. Den skjulte mobbingen kan virke skjult utad, og man må vite hva man skal se etter (Myklebust 2015). Det kan være vanskelig å sette ord på hva man

opplever av mobbing siden mobbingen er så skjult, men det å føle på utestenging, latterliggjøring, falske vennskap påvirker utviklingen av selvet. I selvpsykologien vil man definere dette som et dårlig selvobjektmiljø som fører til selvobjektsvikt og kan gjøre at man føler seg fragmentert (Haugsgjerd et al. 2009). Dette kan forklare hvorfor Lena har suicidale tanker.

4.2.1 Mangel på selvobjektrelasjoner

Det er foretatt mye forskning som viser til viktigheten av å oppleve trygghet, føle seg verdifull og ha en tilhørighet til jevnaldrende. Ved opplevelsen av mobbing kan det forekomme en svikt i utviklingen. Følelsen av å miste kontroll over eget liv kan føre til psykiske vansker, og psykosomatiske plager, slik symptomene til Lena viser. Mobbing kan også føre til selvmordstanker – og forsøk (Breivik et. al 2017). I selvpsykologi beskriver Kohut at det å ikke ha trygge og gode selvobjektrelasjoner rundt seg medfører patologi (Karterud 1997, 19). Det speilende, idealiserende og alter – ego er definert som selvobjekt som dekker polene i det tripolare selvet. For at barnets selv skal utvikle seg trenger det gode selvobjektrelasjoner som treffer en på det idealiserte, speilende og tvillingssøkende selvet. Lena har tilsynelatende hatt gode selvobjektrelasjoner til familie, som *kan* ha hatt en forebyggende faktor for at hun ikke har fått disse psykiske vanskene før nå. Hun kan også ha hatt andre gode selvobjektrelasjoner som hittil ikke er kommet frem i samtale. Men hun har kanskje manglet vennskap som har sett henne for den hun var (Karterud 1997, 22 – 24).

Relasjoner i barne – og ungdomsskolen kan treffe på alle poler i selvet og er viktig for utviklingen av selvsammenheng. Det å ikke ha alter – ego selvobjekt, som treffer deg på det tvillingssøkende selvet gjør at man kan føle seg helt utenfor av et fellesskap, identitetsløs og alene i verden. Det er jo en følelse hun har beskrevet i samtale der hun sier at hun føler seg ubetydelig og lite verdt. Eksempel på alter – ego kan være venner som hun deler felles interesser med. Lena beskriver sine relasjoner som at hun har vært der for «vennene» når de har trengt henne. Jeg tolker det derfor slik at hun har vært et grandiost selvobjekt for de der hun har vært den som gir anerkjennelse, verdsetter, anerkjenner, aksepterer og bekrefter den andre. Men i hennes selv har hun ikke blitt møtt på disse behovene selv (Karterud 1997, 22 – 24). Det har for henne skjedd gjentatte selvobjektsvikt.

4.2.2 Terapeut som selvobjekt

I selvpsykologi er det jeg som terapeut som blant annet skal være det selvobjektet Lena trenger for å få en større følelse av helhet i selvet og selvsammenheng (Karterud 1997, 18 – 19). Dette vil jo variere i terapirommet. Å inneha felles interesser som for eksempel fjellturer, tv – program, musikk eller andre hobbyer kan være eksempel på alter ego – selvobjekt. Det innebærer et ønske om å føle seg lik og likeverdig med terapeut, ifølge Kohut (Karterud 1997, 23 - 24). Terapeut kan også bli et grandios og idealisert selvobjekt der pasienten beundrer og ser opp til terapeut. Jeg følte dette i stor grad da hun gjentatte ganger viste stor interesse for meg, min utdanning og måten hun uttrykte beundring på ved å gi mye skryt. Kohut mener at man skal ta imot idealiseringen og bruke den for det den er verdt (Karterud 1997, 22 – 24).

I dialogen mellom terapeut og pasienten sier selvpsykologien at ved å føle seg møtt og forstått på en riktig måte vil man oppnå større selvsammenheng (Urnes, 1997, 70). I Lenas tilfelle vil man kunne anta at det å oppnå større selvsammenheng vil medføre at hun klarer å åpne seg i andre relasjoner. Kunne føle på at hun er seg selv, helt og holdent. Ingen skjult maske. Se seg utenfra og andre innenfra. Det er foretatt mange studier på psykodynamisk terapi, og studiene styrker påstanden om at effekten av terapiformen er virkningsfull. Ifølge Haugsgjerd, Skårderud og Stänicke (2018) har studier vist at denne terapiformen oppnår bedring som varer lenger enn kognitiv adferdsterapi. Men forutsetningen for at den psykodynamiske terapien skal være en god terapiform for den enkelte må det foreligge en god nok allianse mellom pasient og behandler.

Jeg stilte et spørsmål om hun hadde noen å snakke med om ting som er vanskelig som er forankret i relasjoner. Jeg kunne gått dypere inn i det. Da hun i samtalen fortalte at hun endelig hadde alt, folk som brydde seg om henne og trivsel på skolen kunne jeg stilt spørsmål rundt dette: «Hvordan føles det det ut for deg at folk bryr seg om deg?», «Det å ha det bra, hvordan kjennes det ut?». «Hvordan er det å trives på skolen?». Spørsmål som får henne til å kjenne på livsfølelse og kan bidra til å redusere de suicidale tankene (Bråten 2004). Lena kommer fra en tilsynelatende ressurssterk familie. Forskning har vist at beskyttelsesfaktorer rundt selvmordsforsøk er følelsesmessig tilknytning til foreldre. Ved å snakke om disse beskyttelsesfaktorene kan man skape håp, noe som kan hjelpe på tankene hun sliter med. Siden hun sier at hun har folk rundt seg som bryr seg om henne kunne man

spurt om familien og hvilke relasjoner hun har til de. Stilt spørsmål som «hvem føler du at forstår deg?» «Er det noen du står nærmere enn andre?» «Hvem er det hun kontakter når hun har noe på hjertet hun ønsker å dele?» «Hva bruker dere å gjøre på sammen?» (Olsson 2006).

4.3 Stille spørsmål om suicidale tanker

Grunnen til at jeg valgte å spørre henne om hun hadde reelle tanker om å ta livet sitt på avdeling var fordi jeg følte der og da at det kom så naturlig i samtalen. At det ikke ble så kunstig og skjematisk. Slik jeg forsto det som student på denne avdelingen var at det er retningslinjer som tilsier at dersom man får mistanke om selvmords planer skal man spørre direkte om det. Jeg har tidligere vært med på samtaler med behandler og pasient der jeg har følt at spørsmålene som ble stilt har føltet så lite empatisk. Mer som et intervju. I situasjonen med Lena anså jeg vår relasjon som godt etablert og følte meg derfor trygg på å kunne stille dette direkte spørsmålet. På forhånd hadde jeg også lest teori om suicidale tanker som underbygger viktigheten av å stille direkte spørsmål om eventuelle planer for selvmord (Kvello 2015). Faren ved å stille spørsmål om hun har reelle tanker om å ta livet sitt så tidlig i allianseoppbyggingen kan føre til feilinnstilling der Lena føler at hun må sette opp en fasade for terapeut og muligens seg selv for å skjule hvordan hun virkelig har det. Faren ved dette er at Lena ikke får delt sine tanker om hvordan hun har det, noe som øker sjansen for suicidalitet (Urnes 1997, 77 – 78).

4.4 Vitalitetsaffekt

Ved depresjon kan man føle at man mister livsfølelsen. Mange beskriver følelsen av apati (Bråten 2004). Ved å undre seg over tema som blir tatt opp i samtalen kan jeg hjelpe henne med å stimulere til eierskap over sine følelser. Affektoplevelser oppstår i undring og gjennom å snakke om dette kan det stimulere til selvrefleksivitet og økt affektuttrykk. Ved å kjenne på affekt kan man gradvis ta tak i egne følelser og på denne måten bygge opp selvet (Schibbye og Andersen 1998, 164 - 175). I samtalen på dag 2 med Lena gis det lite rom for undring rundt de bildene hun ser (Schibbye og Andersen 1998, 175 - 182). Jeg lukker dette temaet ved å gå rett på spørsmålet om selvmord. Når man lukker temaet skjer det en selektiv innstilling ved at jeg former samtalen ut i fra hva jeg ønsker å få svar på. Det kan bidra til å forsterke de negative følelsene (Urnes 1997, 77 – 78). Ved å ha undret meg mer rundt disse bildene kunne det stimulert til økt utvikling i selvrefleksivitet og

fremmet hennes følelse av vitalitetsaffekt. Stille spørsmål som: «hvordan er det å snakke om dette?», «hva ser du?», «har du alltid sett disse type bilder?», «har du fortalt noen om disse bildene? ««Hva sier de?» «Hvor lenge har du sett disse bildene?» «Har de alltid vært der eller har de dukket opp nylig?», «Er det sånne typer bilder som plager deg, eller er det mer som en fortvilelse?» «Skjedde det noe spesielt i den tiden de dukket opp?». Underveis i spørsmålene må jeg observere hennes kroppsspråk og undre meg på om jeg har forstått det riktig. Være avventende. Ta imot følelsen som blir uttrykt, snakke om den og gi den tilbake (Schibbye og Andersen 1998, 175 - 182). De spørsmålene jeg har illustrert kan redusere selvmordsfaren på sikt ut i fra selvpsykologi. Det kan jeg begrunne med selvobjektrelasjoner og hvordan de utvikler seg til å styrke selvet. Ved at jeg er empatisk og inntonet åpner jeg opp for det vanskelige. Gjennom dette tenker man at hun får styrket selvet sitt og kommet i kontakt med vitale følelser. Komme i kontakt med seg selv og kjenne på selvsammenheng (Urnes 1997, 70 – 71)

4.5 Tolkning som styrker selvfølelsen

Ved å ta i bruk empatisk restrukturerende tolkning kan man styrke selvfølelsen. Det gjør man ved å vise til at måten man prøver å løse problemer i nåtid stammer fra uhensiktsmessig mestringsstrategier under oppveksten (Hartmann 2013, 37 – 38). Ved å være empatisk restrukturerende i samtalen kunne jeg stilt spørsmål som «Det å føle seg utenfor i vennegjengen, og bare kjenne seg bra nok når andre har behov for det. Når det ikke er rom for de vanskelige følelsene og man bare får bekreftelse når det er noe den andre mener man gjør bra. Det kan føles som at man hele tiden må sette seg i andre rekke og må stenge av noen av følelsene sine. Kan det ha vært slik for deg?». Dersom Lena bekrefter dette kan jeg gå videre ved å stille henne spørsmål i lys av de suicidale tankene. Det er ikke sikkert Lena har forståelse for hvorfor, eller når de suicidale tankene kommer. Spørsmål som «Det å føle seg utenfor i vennegjengen og bare føles bra nok når de trenger det, de opplevelsene i fortellingen, kan det ha sammenheng med selvmordstankene?». Hjelp henne til å få en slags tolkning av at det er forståelsesfullt at hun har det slik nå etter alle de vonde opplevelsene, noe jeg vet fordi jeg har møtt mange ungdommer med suicidale tanker som har forhistorie med mobbing. Vektlegge at hun nå har mange som er glade i henne og bryr seg om henne. Disse tolkningen kan bidra til å gi tankene og følelsene mening og hun vil kanskje oppleve å få en annerledes innsikt i måten å se seg selv på. Sammen kan vi lete etter en ny historie om Lena og hvem hun er. Hvis hun får en slags tolkning av de suicidale tankene så kan det bidra til å fremme terapien (Hartmann

2013, 37 – 38). Utfordringen her er at det kan være lett for terapeut å overinntone seg (Urnes 1997, 77 – 78).

5.0 Konklusjon og forslag til videre forskning og fagutvikling

Problemstillingen for denne oppgaven var: « Hvordan kan man ved hjelp av selvspsykologisk tilnærming møte ungdom som opplever å ha suicidale tanker». I diskusjonsdelen har jeg argumentert for hvordan selvspsykologi kan være en god tilnærming i møte med ungdom som opplever å ha suicidale tanker. Ved å være det selvobjektet Lena trenger der og da får hun styrket selvet slik at hun opplever å føle seg som et likeverdig menneske. Oppgaven har begrensninger. Jeg har et narrativ men pasienten har ikke sett innholdet og kan bekrefte om jeg har forstått det rett. Vi har hatt kort tid på å bygge allianse, noe som er en stor begrensning i seg selv. Gjennom å lese ulike forskningsartikler og bøker har jeg fått bekreftet at selvspsykologi er en god terapiretning å bruke for mennesker med depresjon. Jeg har alltid hatt et inntrykk av at det har vært vanlig å behandle med medikamentell behandling for depresjon. Dette gjorde meg nysgjerrig i å finne ut hva forskning sier om dette. En studie utført av Rosso et al (2019) undersøkte hva som ga best effekt av psykodynamisk terapi eller antidepressiv medikament etter fem år etter en førstegangs opplevelse med depresjon. Studien viser at 71,7 % av pasientene som ble behandlet med psykodynamisk terapi ikke hadde fått tilbakefall etter fem år. Studien henviser til tidligere forskning som viser at psykodynamisk terapi er en effektiv terapiform å bruke for mennesker som sliter med alvorlig depresjon (Rosso 2019). Kognitiv adferdsterapi kan være en annen type behandling som gir god effekt hos ungdommer som sliter med depresjon og suicidale tanker. Studier fra (Gloaguen et. al 1998) viser til at kognitiv terapi gir god effekt, og den viser på lik linje som studien av Rosso at kognitiv terapi har bedre effekt enn antidepressiv behandling for å forebygge tilbakefall på lang sikt. I lys av dette kunne kognitiv terapi også være et godt perspektiv å bruke i stedet for selvspsykologi.

Forslag til videre forskning kan være å studere de suicidale tankene. Det er mye forskning omkring hvor mange som har foretatt selvmord, eller selvmordsforsøk, men lite på hvor mange som sliter med slike tanker. Jeg forstår det kan være utfordrende å gjennomføre slike typer studier med tanke på mørketall, men det hadde vært interessant. Mange studier er basert på følger av omsorgssvikt, men få studier er basert på narrativ der ungdommen kommer fra et ressurssterk hjem.

Referanseliste

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

<https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2017/a-bli-utsatt-for-mobbing---en-kunnskapsoppsummering-om-konsekvenser-og-tiltak.pdf>

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

Gloaguen, Valérie, Cotteaux, Jean, Cucherat, Michel og Blackburn, Ivy – Marie (1998). "A meta – analysis of the effects of cognitive therapy in depressed pasients." *Journal of affective Disorders* 49 (1): 59 – 72.

Hartmann, Ellen. 2013. «Hva er virksomt i psykoterapi? Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap». I *God psykoterapi – et integrativt perspektiv, redigert av Kirsten Benum, Eva Dalsgaard Axelsen og Ellen hartmann*, 37 – 38. Sweden: Pax forlag.

Haugsgjerd, Svein. Skårderud, Finn. Stänicke, Erik. 2018. *Psykiatriboken – sinn kropp og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Haugsgjerd, Svein. Jensen, Per. Karlsson, Bengt og Løkke, A Jon. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse: Å forstå, beskrive og behandle*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsebiblioteket. Revidert 2019. «Pediatriveiledere fra Norsk barnelegeforening. 12.9 Selvskading og suicidalatferd.». Oppdatert 2019.

<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5975&key=262691>

Helsedirektoratet (2011). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Vigmostad og Bjørk AS.

- Karterud, Sigmund. 1997. "Heinz Kohuts selvpsykologi." I *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut*, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, 13-28. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Øyvind. 2015. *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvernmo, Siv og Bye, Ronja Sæterhaug. 2019. «Forekomsten av angst – og depresjonssymptomer hos samiske og ikke – samiske elever i videregående skole i Finnmark i 1994 og 2014». *Norsk Epidemiologi* 28 (1-2): 15-25.
- Mccarthy, Kye L. Caputi, Peter og F.S Grenyer, Brin. 2017. «Significant change events in psychodynamic psychotherapy: Is cognition or emotion more important?» *The british Psychological Society* 90 (3): 377 – 388.
- Myklebust, Kari. 2015. *Skjult mobbing i skolen – jenter og de viktige relasjonene*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging. 2020. "Fakta om selvmord" Universitetet i Oslo. Revidert 14 februar 2020.
https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvskading/nssf_fakta-om-selvskading.pdf
- Olsson, Gunilla. 2006. *Depresjoner I tenårene – ung, trett og trist*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Rey, Lourdes. Quintana – Orts, Cirenia. Merida – Lopez, Sergio. Extremera, Natalio. 2019. “Being Bullied at School: Gratitude as potential Protective Factor for Suicide Risk in Adolescents”. *Frontiers in psychology* 10(662): 1 – 10.
- Rosso, Gianluca. Aragno, Elena. Guomo, Alessandro. Fagiolini, Andrea. D Salvo, Gabrielle. Maina, Giuseppe. 2019. “Five years follow – up of first – episode depression treated with psychodynamic psychotherapy or antidepressants”. *Psychiatry research* 2019(275): 27 – 30.

Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 1998. "Å bli kjent med seg selv og andre." I *Psykiatri i endring: forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*, redigert av Anders Johan W. Andersen og Bengt Karlsson, 163-182. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Søren, Pål. Furu, Kari. Reneflot, Anne. Bang, Nes, Ragnhild. Torgersen, Leila. Landsjøåsen, Bakken, Inger Johanne. 2018. «Barn og unge: Livskvalitet og psykiske lidelser.» I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. Oppdatert 14.mai, 2018.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/#depresjon>

Urnes, Øyvind. 1997. "Utviklingspsykologi og selvpsykologi." I *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut*, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, 70-78. Oslo: Gyldendal akademisk.