



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

**Relasjon til pasient i psykose uten bruk av makt med
utgangspunkt i selvpsykologisk perspektiv**

Siri Hjelset

Totalt antall sider inkludert forsiden: 33

Molde, 23.04.2020



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert 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: Ingrid Olavsdotter Nesland

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: 22.04.2020

Antall ord: 8722

Før levde jeg mine dager som sau.
Hver dag samlet gjeterne alle på avdelingen til felles utmarsj i flokk.
Og som gjeterhunder flest bjeffet de kvasst hvis noen nølte med å gå ut døra.

Det hendte jeg brekte litt, lavt,
idet de drev meg gjennom gangene,
men ingen spurte noen gang om hvorfor
-når man først er gal, kan man da gjerne breke.

Før levde jeg mine dager som sau.
I samlet flokk drev de oss langs gangveiene rundt sykehuset,
en langsom uensartet saueflokk av individer ingen tenkte på å se.

For vi var blitt en flokk,
og hele flokken skulle ut og gå
og hele flokken skulle lukkes inn igjen.

Før levde jeg mine dager som sau.
Gjeterne klippet manken min og stusset klørne
så jeg lettere skulle gli inn i flokken.
Jeg tasset av gårde blant pent friserte esler, bjørner, ekorn og krokodiller
Og lurte på hvorfor ingen ville se.

For jeg levde mine dager som sau
mens alt i meg lengtet etter å jage over savannene.
Og jeg lot meg drive fra kve til innhegning til fjøs
når de sa at det var det som var best for en sau.
Og jeg visste at det var feil.
Og jeg visste at det ikke ville vare evig.

For jeg levde mine dager som sau.
Men i morgen var jeg alltid en løve.

Arnhild Lauveng

Sammendrag

Temaet for denne fordypningsoppgaven er relasjon til en person i psykose uten bruk av makt. Jeg ønsket å fordype meg i dette temaet fordi jeg mener at det både er et krevende men også spennende tema i psykisk helsevern. Oppgaven omhandler en kvinne med det fiktive navnet Anna, som er i en akutt psykotisk fase.

I teoridelen legger jeg vekt på psykose og hvordan kommunikasjon med et menneske med psykiske lidelser er, samt bruken av makt i psykisk helsevern. Jeg forklarer endel begrep i teoridelen. Jeg har dessuten lagt vekt på Heinz Kohuts retning i psykodynamisk perspektiv og dratt frem selvspsykologisk tilnærming som behandlingsperspektiv.

I drøftingsdelen diskuterer jeg problemstillingen opp imot teorien, der jeg beskriver, reflekterer og diskuterer ut ifra mine egne erfaringer hvordan møtet var med en person i en psykose.

Avslutningsvis fokuserer jeg på å svare på problemstillingen min opp imot teori og egne erfaringer. Her peker jeg spesielt på hvordan man kan oppnå relasjon til en person i psykose uten bruk av makt, og om dette er mulig. Jeg har i tillegg kommet med forslag til videre forskning.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling	2
1.2	Litteratursøk	2
2.0	Teori	3
2.1	Psykose.....	3
2.1.1	Kommunikasjon og Relasjon	5
2.1.2	Makt	6
2.2	Selvpsykologi.....	7
2.2.1	Kohuts definisjon av selvet	7
2.2.2	Selvobjekt, selvobjektoverføringer og selvobjektsvikt.....	9
2.2.3	Affektinntoning og empati	10
2.2.4	Toleransevindu og selvregulering	11
2.2.5	Inntoningsvikt og motstand	11
3.0	Empiri	13
4.0	Drøfting	15
5.0	Konklusjon	22
	Litteraturliste	24

1.0 Introduksjon

Personer som er i en psykose kan være vitne til eller oppleve makt i møte med helsepersonell. Uavhengig om det er makt som er hensiktsmessig eller ikke, så skjer dette i psykisk helsevern. I min oppgave ønsker jeg å utforske hvordan dette kan unngås gjennom å skape best mulig relasjon med en person som er i en psykose.

Relasjonsbygging kan bidra til å minske form for uhensiktsmessig bruk av makt, med de riktige terapeutiske redskapene kan pasienter i psykose oppleve mindre grad av makt og føle seg verdifull og verdsatt. Når en pasient er i en akuttpsykotisk tilstand kan virkelighetsforståelsen utfordre relasjonen til helsepersonell. Dialogen mellom pasient og helsepersonell kan skape motstand.

Makt er verken uetisk eller etisk, men det er slik at makt fordeles og utøves på etisk uforsvarligere eller forsvarlige måter. Dette betyr at man er knyttet til etiske dilemmaer og spørsmål. Noen ganger kan det bli brukt for å tilsløre overgrep som at «Det er til ditt eget beste». Helsepersonell skal bidra til å forbygge uhensiktsmessig form for maktbruk gjennom å sette igang tiltak. Det krever da at helsepersonell har faglig kompetanse og erfaring. (Skau, 1996)

Psykoanalysen som ble etablert av Freud, og hadde filosofiske iakttagelser om det ubevisste og skapte røtter i hypnose. Den vokste frem i starten av 1900 – tallet. I etterkant vokste det frem flere retninger innen psykoanalysen, og den ene var Heinz Kohut sin selvpsykologi som vokste frem på 1970 – tallet. Selvpsykologien legger vekt på å få forståelse, bekreftelse og anerkjennelse gjennom empatisk forståelse og affektinntoning for å kunne rette blikket mot andre menneskers indre verden (Hartmann, 2000)

I denne oppgaven skal jeg belyse hvordan helsepersonell kan unngå bruk av makt med hjelp av selvpsykologisk tilnærming. Gjennom å få tilgang til pasientens indre verden og skape relasjon.

1.1 Problemstilling

Jeg har valgt å skrive om relasjon i møte med en person i psykose uten bruk av makt. Ønsket mitt var hovedsakelig å fokusere på relasjonsbygging mellom helsepersonell og pasient i psykose, men jeg ville også belyse bruken av makt og om det er mulig å ikke bruke noen form for maktutøvelse i en avdeling for psykisk helse.

Hovedproblemstilling:

Hvordan kan helsepersonell, gjennom selvpsykologisk tilnærming, skape best mulig relasjon uten bruk av makt i møte med en pasient i psykose

Delproblemstillinger:

Hvordan kan man unngå bruk av makt til en person i psykose, gjennom selvpsykologisk tilnærming.

Hvordan kan man forhindre at en pasienten i psykose opplever bruk av makt i møte med helsepersonell gjennom selvpsykologisk tilnærming.

1.2 Litteratursøk

Jeg valgte å bruke Oria som database. Jeg fant få artikler som var relevant i forhold til psykose, maktbruk, relasjon og selvpsykologi. På starten av søkene valgte jeg å bruke nøkkelord som psychosis, power, relation og self psychology med OG imellom. Her avgrenset jeg til siste 10 årene og med engelsk format, samt open access og fulltekstdokumenter. Jeg fikk 1091 treff. Fant ingen artikler jeg så på som relevante til min oppgave. Så jeg tenkte jeg kunne fokusere mer på kommunikasjon og psykose og se hva jeg fant i forhold til det. Så jeg søkte Psychosis og communication, med OG imellom. Avgrenset det til artikler, engelsk språklig og siste 10 år. Fant en artikkel som nr. 2 på lista: Negative communication in psychosis: understanding pathways to poorer patient outcomes. Jeg ønsket å ha med hvordan negativ kommunikasjon kan påvirke relasjon med en pasient i psykose. Videre ønsket jeg å finne en artikkel som ville være relevant i forhold til toleransevidu og selvregulering. Jeg fikk vite om en forfatter som har skrevet om dette tidligere, Dag Ø. Nordanger. Jeg bestemte meg for å ta et nytt søk i Oria med nøkkelord; Regulering og Nordanger med OG i mellom. Avgrenset det til fulltekstdokumenter, open

access og Dag. Ø Nordanger. Fant 2 artikler som nr. 1 på lista: Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i ny traumepsykologi. Jeg valgte denne artikkelen fordi jeg opplevde den som relevant til empiriet mitt. Jeg synes det er viktig å belyse hvordan regulering kan skape både relasjon og men også motstand i møte med mennesker i en psykose.

2.0 Teori

2.1 Psykose

Det å være psykotisk handler om at man har en annen og/eller endret oppfatning av virkeligheten. Dette er en virkelighetsoppfatning som er avvikende, som ikke deles med andre mennesker. Man kan også i denne sammenheng bruke begrepene sammenbrudd eller realitetsbrist. Individet som er i en psykotisk tilstand vil ikke lenger klare å oppfatte verden rundt seg eller holdninger til andre individ. Noen psykoselidelser er kortvarige og forbigående, mens andre er langvarige og fører til et sterkt fall i forhold til sin sosiale funksjon. (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010)

Det eksisterer flere grader eller former for psykose. Det kan hende det er en del av personligheten som er psykotisk, og resten er normalt fungerende og ikke psykotisk. Mens hos andre kan det være at man er psykotisk i en slik grad at det ikke virker som at det finnes noen normal tankegang igjen (Strand, 2001).

Akutt psykose: Akutt psykose er inndelt i fem faser, der prodromalfasen kan vare noen uker, men som også kan fortsette i flere år. Da kan man oppleve en form for angstpreget depresjon, samtidig forsterket hørsel og synsinntrykk. Prodromalfasen forsterkes i prepsykosefasen, der antydninger til opplevelser av hallusinasjoner og vrangforestillinger inntreffer. Deretter kommer den tidlige psykosefasen som kan oppleves stormende, men overfladisk sett kan den være nokså kontrollert. Som betyr at psykosen har tatt over den gjenværende kontrollen og resterende av selvkontroll forsvinner ofte på grunn av tvangsinnleggelse i tillegg til økte symptomer. Personen kan oppleve at det kommer budskap om befalinger som at man skal utføre handlinger eller tenke visse tanker, som å kle seg naken og gå ut i gatene selv om det er vinter. Hørselshallusinasjoner blir mer

dominerende. Hvis forvirringen øker kan det føre til voldshandlinger i fasen her, fra den syke personens synsvinkel er dette en form for selvforsvar. I den sene psykosefasen opplever man flere friske perioder. Vrangforestillingene og hallusinasjonene er mindre dominerende. Til tross for dette øker de depressive symptomene over alt som har skjedd både før og under innleggelsen. I den postpsykotiske fasen, er det en nyorientering der personen ser på seg selv som et fullverdig menneske og kan igjen gå inn i samfunnet. Har personen innsikt og bearbeider det som har skjedd kan det være med på å forebygge flere psykosestilfeller (Cullberg, 2005)

Psykososer kan komme i alle aldre, men en stor andel får psykose i ung alder fra 15 til 30 år. Psykotiske lidelser fører til at familie og venner stilles ovenfor store utfordringer i hvordan de skal kunne forholde seg til personen som har en psykose. (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010)

Mennesker som er psykotiske kan oppleve hallusinasjoner, vrangforestillinger, forstyrret atferd og feiltolkning av sanseinntrykk. Det man ser for seg er at det er indre følelseskonflikter som personen som er psykotisk holder skjult for andre utenfor sin indre livsverden, som også ikke trenger være kjent for personen selv. Da kan en psykotisk dekompenisering oppstå. (Haugsgjerd et al. 2012) Det å befinne seg i en psykotisk tilstand vil derfor føre til ensomhet. Det å se og oppleve ting ingen andre kan bekrefte, og bli livredd for det mennesker rundt mener er fantasier vil føles ydmykende fordi man blir behandlet som en sinnssyk. (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010)

I følge Cullberg (2005) trenger ikke hallusinasjoner, atferdsforstyrrelser og konfusjon nødvendigvis å være inkludert for at psykosebegrepet skal gjelde, men det kan heller inngå i begrepet. (Cullberg, 2005)

Realitetsbrist er et begrep som får oss til å tenke over noe vi tar for gitt, og det er at de aller fleste av oss oppfatter virkeligheten rundt oss på lik måte som andre. Det kalles realitetsforankring. Denne utvikles fra barndommen av. Vi utvikler en felles og realistisk opplevelse av den usynlige verden, der menneskelige relasjoner er vevet inn. Vi forstår da forskjell på irritasjon, vennlighet, humor og alvor, og i store trekk forstår vi også menneskers tanker og følelser når vi snakker med dem. Mennesket som er psykotisk har falt ut av opplevelsen av å forstå relasjoner til andre mennesker, og har mistet fotfestet i virkelighetsoppfatningen som er felles for andre. Dette er det som fører til ensomhet og

eventuelt angst, som så fører til tankemessig forvirring. Forvirringen fører til isolasjon. Dette blir en sirkel som er selvforsterkende. Når man tror verden ikke er som man tidligere trodde den var og ikke kan stole på andre om at alt er i orden, vil det åpne seg skremmende dører. Ved psykose har man ikke en opplevelse av selvsammenheng, men heller en fragmentering av selvet. (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010)

Når påkjenninger oppleves større og påvirker tålegrensen for et individ, slik at en ikke kan gjøre noe med situasjonen, kan personen oppleve at den eneste løsningen er å gjøre noe med seg selv, gjennom endring av bevissthetstilstanden. Dette kan bidra til utvikling av irrasjonelle reaksjoner. På denne måten kan psykose utvikle seg (Reichelt og Haavind, 2005).

2.1.1 Kommunikasjon og Relasjon

Kommunikasjon kommer fra det latinske verbet *communicare*, med det menes det «å gjøre felles». Når vi i fellesskap skaper, utveksler og kommuniserer, avdekker og utveksler vi mening. Dette betyr at vi meddeler oss. Vi bringer da noe fra vår indre verden ut i omverdenen rundt oss, i fellesskap med andre mennesker, som gjør at det blir synlig for andre. Mening blir skapt i fellesskap med andre, som betyr at mellommenneskelig kommunikasjon oppstår når atferden vår får mening. For at atferden skal gi mening må både den som gir budskapet og den som mottar det være med (Røkenes, 2012).

Begrepet anerkjennelse er knyttet sammen med begrepene anseelse og verdsetting og er et grunnleggende menneskelig behov. Dette betyr at man har opplevelsen av å være verdt noe og føle man blir lyttet til i relasjon med andre. Generelt sett sier man da at mennesker har behov for å bli forstått, sett og respektert eller akseptert av andre mennesker rundt seg for å kunne føle seg verdifull. Anerkjennende kommunikasjon i terapeutisk kontekst betyr at man samhandler med andre mennesker på en slik måte at pasienter kan oppleve å bli verdsatt selv når de har negative opplevelser på grunn av sine psykiske lidelser. (Karlsson, 2008)

Når et menneske er i en psykose kan det være vanskelig å opprettholde den verbale kommunikasjonen, det vil da være viktig å benytte seg av non verbal kommunikasjon, som

da vil blant annet være at du viser pasienten at du har tid. Det å ha god tid er en forutsetning ved at man blant annet kan lytte tålmodig. Dette er helt nødvendig for å kunne skape god kommunikasjon (Lauveng, 2005)

En bærende relasjon er med på å skape samhandling og kommunikasjon mellom terapeut og klient. Dette er med på å øke forståelsen for hverandre og føle kontakt (Røkenes, 2012) Relasjon mellom terapeut og klient skal bygge opp under tillit og gjensidighet, gjennom en felles forståelse og der terapeuten bruker seg selv terapeutisk. Dette blir sett på som en grunnleggende dimensjon når man jobber med psykisk helse. (Schibbye 2002) Martin Buber var interessert i møtet mellom mennesker og hvordan det ble erfart. Han mente et slikt møte mellom et «jeg» og et «du» kunne både være en form for mulighet men også et vågestykke og at det er basert på gjensidighet. Han mente det var gjennom å betrakte, utforske og komme inn til et menneske på. I møtet mellom to individ, vil det være forutsett en medvirkning og deltaking fra begge parter, som da vil utgjøre en slik gjensidighet. (Eide et al. 2009)

Pasienter som er i en psykose kan være følsomme for stress i miljøet når de går inn i en psykose. Når verbal kommunikasjon oppleves nedlatende og kald kan det føre til forstyrrelser i humør og føre til sterkere symptomtrykk hos en pasient med psykose. (Finnegan et al. 2005)

2.1.2 Makt

Begrepet makt har endel negative assosiasjoner knyttet til det og som har ført til at mennesker både vil unngå å være rundt andre som utøver makt og samtidig ikke selv vil bli definert som en som utøver makt. Ifølge Monsen (1990) er ikke makt i seg selv ondt. «Å bruke makt er like ofte godt som ondt. At maktbruk ofte fører til destruktive resultater, kan henge sammen med at maktutøverne er ubevisste og uprofesjonelle» (Skau, 1996. s.39)

Helsepersonell som jobber i det psykiske helsevesenet har mulighet til å utøve makt ovenfor pasienter. Dette fører med seg et stort ansvar når det gjelder hvordan helsepersonalet utøver en slik makt i henhold til egen atferd og hvordan de kommuniserer med pasientene. Kommunikasjon er grunnleggende hva som fører til et maktforhold.

Opplevelsen av makt og avmakt kan derfor være til stede uavhengig av intensjoner som den andre personen måtte ha. Derfor kan man skille mellom en maktutøvelse som er intensjonell og handlinger helsepersonell kan foreta seg ubevisst. (Norvoll, 2007)

Maktaspektet er tilstede i alle relasjoner mellom helsepersonell og pasient, men det kan ofte tilsløres fordi at mataspektet ikke er synlig. (Skau, 1996)

Makt kan også bety å ha innflytelse og styrke til å gjennomføre noe. Med det menes at man har evne til å kunne endre atferd og holdninger hos andre. Grensesetting er en type skjult makt som er reflektert mye over innen psykisk helsevern. Grensesetting kan være nødvendig for å beskytte både pasient og helsepersonell hvis det gjøres på en terapeutisk og hensiktsmessig måte. Helsepersonell må da ha nok erfaring, integritet og kunnskap. (Vatne, 2006)

Avmakt kan oppleves som grensekrenkelse, invadering og neglisjering hos en person som er den svake part i en relasjon som kan bidra til psykiske problemer. Å få psykiske problemer grunnet avmakt kan føre til en reaksjon på å føle seg svak for så å ikke kunne ha påvirkningsmuligheter (Reichelt og Haavind, 2005)

2.2 Selvpsykologi

Selvpsykologiens grunnlegger Heinz Kohut var etterfølgeren av den mer psykoanalytiske Freud. Kohut ble mer kritisk til egopsykologien og driftspsykologien til Freud. Dette førte til at han i slutten av 1960 – tallet begynte å utvikle egne teorier og begreper, som da ville utgjøre hans selvpsykologi. Han hadde ingen ønske om at det skulle bli noe brudd med psykoanalysen. I stedet så han for seg videreutvikling av psykoanalysen som gjorde at han fortsatte videre fra driftsteorien til Freud og la mer vekt på relasjon i terapien. Dette var starten på selvpsykologien på 1970-tallet (Hartmann, 2000)

2.2.1 Kohuts definisjon av selvet

Kohut mente først og fremst at selvet er opplevelsesnært og utvikler seg når man skaper mellommenneskelig erfaringer som bidrar til at individet opplever å kunne vekke, vedlikeholde og utvikle seg selv for å kunne ha et sammenhengende selv. Da vil man

kunne føle seg hel, vital, grunnleggende forstått og verdifull av viktige andre. (Hartmann, 2000) Kohut tenkte at individet har et medfødt selv som utvikles i samspill med signifikante andre. Det er forbeholdent at hvis man skal kunne ha en normal utvikling av selvet, må man også ha et adekvat og bekreftende selvobjektmiljø. I følge Kohut er selvobjekt andre personer som gjennom enkelte handlinger og holdninger er med på å støtte opp om individets selvopplevelse. Det kan være gjennom å medvirke til at individet får en følelse av vitalitet, trygghet, sammenheng og kompetanse.

Det tripolare selvet: Først og fremst beskrev Kohut selvet som bipolar, men i senere tid har han beskrevet det som tripolart, som ble bestått av det grandiose, idealsøkende og tvillingsøkende selvet. Denne oppdeling i poler har hatt en slik betydning for at man skulle kunne forstå ulike former for selvobjektoverføringer i terapeutiske situasjoner (Hartmann, 2000).

Det grandiose selvet: Man har da behov for å bli sett og hørt, og ønsker da å være verdens midtpunkt, beundret, anerkjent og forstått. Man har da et sterkt ønske om å få bekreftende tilbakemeldinger fra omgivelsene rundt seg selv på det man har å vise frem. Man kan også ha et narsissistisk raseri om man blir ydmyket eller tråkket på. Om det blir svikt i modningen i det grandiose selvet, kan det føre til urealistiske krav om hengiven og spesiell oppmerksomhet i voksen alder.

Det idealiserende selvet: Man har da behov for å støtte seg til, og holdt oppe av en annen person som blir sett på som større og som sitter med kunnskap og visdom. Man føler da på trygghet og tillit. I en moden form blir det idealiserende selvet sett på som etikkens personlige forankring. Om dette behovet ikke blir innfridd kan det føre til at individet får et intenst savn etter en annen å støtte seg til.

Det tvillingsøkende selvet: Er den tredje polen og da har man behov for at en likesinnet annen skal bekrefte med individets likhet. Dette skjer ved at man deler felles språk, tanker, følelser og kulturarv. I følge Kohut ble denne polen sett på som området for ferdigheter og talent. (Karterud, 1997)

Å ha et styrket selv mente Kohut i første omgang var evnen til å kunne omgi seg med og holde på givende selvobjekter i enkelt individets liv. Mest sannsynlig vil fleste

selvpsykologer i dagens miljø være enige i at et individ får en styrket selvopplevelse når han har oppnådd en bedre følelsesmessig tilknytning til nære andre, når man har evnen til å gi andre og seg selv omsorg og at man klarer å motta omsorg fra andre. Med dette menes også økt evne til håp, utforskende væremåte og empati ovenfor seg selv og andre. (Hartmann, 2000)

2.2.2 Selvobjekt, selvobjektoverføringer og selvobjektsvikt

Selvobjekt kan sees på som empati som observasjonsmetode. Man skilte mellom indre og ytre objekter, altså objekters indre og ytre verden. Et ytre objekt kan man se, observere og høre, mens et selvobjekt kan man ikke måle eller veie. Vi har et følelsesmessig behov for å bli anerkjent og forstått, noe som gjør at vi er avhengig av å ha andre rundt oss.

Funksjonen til et selvobjekt er at man skal kunne ha en følelse av å være et meningsfylt og sammenhengende selv (Karterud, 1997). Dette oppstår når man føler bekreftelse, tilknytning og fellesskap fra viktige andre i et selvobjektmiljø. For at selvet skal kunne utvikle seg til et modent og selvregulerende system må selvobjektmiljøet være tilstede. (Hartmann, 2000)

Overføring blir sett på som et universelt fenomen i selvpsykologien. Det utspiller seg i samspill med andre. Overføring betyr hva slags følelser og holdninger pasienter har overfor sin terapeut, som kan blant annet være ubevisste gjentakelser av reaksjonsmønstre og følelser pasienten har hatt til viktige relasjoner tidligere i livet (Hartmann, 2000)

I den klassiske psykonalysen innebar overføring at klienten etterhvert begynte å oppføre seg ovenfor terapeuten slik han var som barn ovenfor sine omsorgspersoner. Kohut derimot mente at klientene hadde bevisste og ubevisste forhåpninger til hvordan terapeuten skulle oppføre seg i samhandling med klienten. Hvis disse forventningene ikke ble innfridd kunne det ofte bli et brudd i terapeut – klient forholdet som var alvorlig.

Kohut beskrev tre former for selvobjektoverføringer der han mente at terapeuten måtte vise empatisk forståelse, for så å være til en viss grad imøtekommende. *Idealiserende overføring*: Klienten hadde behov for å idealisere terapeuten. *Speilende overføring*: Klienten hadde trang til bekreftelse og anerkjennelse fra terapeuten. *Tvillingoverføring*: Klienten ønsket en opplevelse av vesentlig likhet med terapeuten (Hartmann, 2000)

Når selvobjektbehovet fremtrer i overføringen, kan det føre med seg skuffelse og svik. Uavhengig av hvor mye man anstrenger seg og hvor empatisk en terapeut måtte være, så vil man ofte kunne svikte pasientens eksakte behov for å bli møtt, anerkjent, forstått og tatt vare på. Terapeuter kan avlyser timer, blir syke selv, tar ut ferier, er dårlig opplagte eller uoppmerksomme. Pasienten kan gjennom dette oppleve selvobjektsvikt. Reaksjoner på selvobjektsvikt kan være forskjellig fra pasient til pasient. Noen kan ha en lite merkbar reaksjon, mens andre kan reagere steikt på en slik svikt (Karterud, 1997).

2.2.3 Affektinntoning og empati

Inntoning betyr det å kunne tone seg inn, Stern mente at dette innebar at mor stiller seg inn på barnets affektive bølgelengde. På den måten vil barnet slippe moren inn i barnets egne bevissthet. Denne type inntoning gjør at det etableres en bro mellom barnet og morens indre verdener. Dette betyr at moren kommer innenfor barnets indre verden gjennom affektinntoning. (Schibbye, 2009)

Empati er et sentralt begrep i selvpsykologien og det blir definert som evnen til å emosjonelt og kognitivt forstå eller plassere seg så godt det lar seg gjøre i den andres følelser og opplevelser. (Hartmann, 2000) Dette handler om å kunne som terapeut få muligheten til å forstå den andres indre verden. Det å kunne spørre seg selv «hvordan hadde dette vært for meg og jeg var i tilsvarende situasjon» blir sett på som empatisk. Det er opp til den andre personen å bedømme om man er empatisk eller ei. Empati blir sett på som krevende følelsesmessig, og det krever erfaring og personlige forutsetninger for å kunne fordype seg i den andres indre verden. Dette kan føre til en trussel mot vårt eget selv. (Karterud, 1997)

Først mente Kohut at empati var en erkjennelsesmetode fremfor at det var et terapeutisk redskap, men i senere tid mente han at empati har en legende virkning. Han mente at terapeuters holdninger måtte være nøytrale, men preget av medmenneskelig varme. Videre mente han også at terapeutens atferd måtte være preget av en slik atferd som var forventet å ha ovenfor et menneske som lider og som har et håp om å få hjelp. (Hartmann, 2000)

2.2.4 Toleransevidu og selvregulering

Toleransevidu: Begrepet toleransevidu refererer til aktiveringen som er optimal for hvert enkelt individ. Dette betyr at det ikke er for lavt eller for høyt. Når man er innfor sitt eget toleransevidu er vi mest oppmerksomt til stede i øyeblikket og fungerer best i møte med andre mennesker. Vi lærer lettest og klarer å fokusere lettere. Om man er over toleransegrensen, er man hyperaktivert, da opplever man forhøyet respirasjon, puls og muskelspenninger. Om man derimot er under denne grensen, er man hypoaktivert og opplever da redusert respirasjon, puls og muskelspenninger. Grensene for når man er over eller underaktiver varierer fra individ til individ. Toleranseviduet blir påvirket av egne erfaringer og den emosjonelle tilstanden man er i, men også egen personlighet. Sosialt samspill påvirker også toleranseviduet. De aller fleste tåler mer når de mer med mennesker de føler seg trygg på. (Nordanger og Braarud, 2012)

Selvregulering: I utviklingspsykologien har toleranseviduet en naturlig kobling til regulering. Regulering er et begrep som er knyttet til det å kunne utøve kontroll over handling (Svartdal, 2019) Når det gjelder barns utvikling er andre-regulering av barnet den viktigste oppgaven omsorgspersonen har. Voksne har generelt bedre reguleringsevner enn det et spedbarn har, og spedbarn er mer sensitive slik at de kan oppleve at ting er mer uhåndterlig og overveldende. Det kan være alt fra sult til tretthet. Sensitiv andre – regulering betyr at man skal kunne inntone seg mot spedbarnets følelsesmessige atferd og tilstand. Deretter skal omsorgspersonen kunne gripe inn og igjen etablere velbehag i den situasjon når spedbarnet gir uttrykk for ubehag og er frustrert. For at barnet skal kjenne på trygghet er det kroppskontakt, mating, skifte bleie osv. Man kan på en annen måte si at det er omsorgspersonens ansvar og oppgave å holde barnet innen sitt eget toleransevidu. (Nordanger og Braarud, 2012)

2.2.5 Inntoningssvikt og motstand

Inntoningssvikt blir sett på som at man ikke blir møtt godt nok, det er en svikt i inntoningen fra signifikante andre, som omsorgspersoner. Stern mener det er fire former for inntoningssvikt:

Manglende inntoning: Barnet får ikke bekreftet sin egen indre verden eller sitt eget følelsesliv. En slik svikt kan føre til en grunnleggende alenefølelse på den måte at man føler seg annerledes fra alle andre i verden, som noen individ med en psykotisk lidelse kan forklare. Individ som ikke får validert egne følelsesmessige reaksjoner kan danne sin egne private verden, som kan i senere tid bli til en fantasiverden, der man har egne sosiale regler og logikk.

Selektiv inntoning: Dette innebærer å selektivt tone seg inn på eller bekræfte enkelte følelsesopplevelser og utelukke andre. Dette fører til at barnet kan utvikle et selv som kan bli knyttet til andres forventninger og som fører til et falskt selv. Dette betyr at det er stor fare for at barnet blir formet etter foreldrenes ønske. Barnet får ikke den friheten til å kjenne på hva han/hun selv føler, og kan da oppleve en identitesløshet og tomhet.

Feilinntoning: Barnet vil da oppleve en inadekvat respons på følelsene sine, noe som fører til at barnet blir innesluttet i frykt av å bli i fra tatt egne følelsesmessige reaksjoner. I senere tid kan dette føre til hemmelighetsholdelse eller et skjult selv. Grunnen til at dette skjer kan være at foreldrene er ustabile som selvobjekt eller har hatt problemer med rus.

Overinntoning: Barnet opplever da en for sterk respons som kan også bli sett på som en invadering. Stern tenker at dette kan være grunnlag for at det kan utvikles en alvorlig personlighetsforstyrrelse. (Urnes, 1997)

Motstand kan utvikle seg gjennom en bevisst tilbakeholdelse av informasjon, som ubevisst utagering eller fortrenning. Kohut mente imidlertid at motstand ikke må bli sett på som motstand mot behandling, men heller en beskyttelsesmekanisme mot å bli retraumatisert i en terapisisituasjon. Han mener at man da må være varsom i bruk av motstandsbearbeiding. Når terapeuten opplever motstand fra klienten er det et signal om at noe i situasjonen eller eventuelt noe med terapeuten som har skapt skam, angst, skyld, tristhet eller andre negative følelser hos klienten. Oppgaven til terapeuten vil da være å undersøke utløsende faktorer fra klientens perspektiv. Motstand vil ofte være en indikasjon for empatisk svikt fra terapeutens side som har ført til utrygghet for klienten. Det er da viktig at en slik svikt blir identifisert av klient og terapeut, og at terapeuten unngår dette slik at arbeidet kan fortsette med mindre motvilje og motstand hos pasienten (Hartmann, 2000).

3.0 Empiri

Anna er en dame i 40 årene som ble innlagt på en rehabiliteringsenhet, før dette har hun bodd hjemme med foreldrene sine og datteren sin. Hun har en kjent bipolar lidelse og har flere ganger i løpet av sitt voksne liv blitt innlagt med akutt psykose. Foreldrene hennes har tatt over foreldreretten til hennes datter. Moren har hun ikke så godt forhold til da hun har opplevd moren som kontrollerende hele sitt liv.

Anna har de siste 10 årene vært mer på en psykiatrisk avdeling enn hjemme med foreldre og datter. Hun har hatt korte perioder i hjemmet der hun har fungert noenlunde, men kort tid etter utskrivelse går hun inn i en ny psykose. Hun beskriver endel vrangforestillinger som at hun ser skygger og demoner rundt seg, samt har hun hørselshallusinasjoner. I en dårlig periode kan hun bli ukritisk med det hun sier og oppleves usammenhengende i dialog. Mye av det som blir sagt er av seksuell kontekst, og hun handler deretter.

Personal på avdelingen har opplevd at samarbeidet med Anna som vanskelig og utfordrende, hun kan bli fysisk voldelig når hun går inn i en psykose og både ødelegge gjenstander og kaste objekter mot personalet. I flere tilfeller har personal måtte avverge slike situasjoner ved å skjerme Anna på eget rom. Dette tar Anna svært dårlig og blir betraktelig verre. Hun sover da mindre og mister evnen til å ta hånd om seg selv. Hun ønsker da ikke å ta medisinen sin, det har blitt observert at hun har tisset i søppeldunken, går ikke frivillig for å dusje og den generelle hygienene blir ikke ivaretatt.

Ved vaktskiftet skulle jeg hilse på Anna, jeg banket på døra og gikk inn. Hilste og sa;

«Hei, Anna, hvordan står det til med deg i dag?»

Anna gikk mot meg og sa

«Hei, ja du vil vel også se puppene mine.»

Så brettet hun opp genseren sin og blottet seg for meg. Jeg svarte;

«Du Anna, dette her er ikke greit, du kan ikke gjøre slikt»

Anna svarte:

«Men du vil jo som alle andre å se dem vil du ikke?»

Jeg svarte:

«Nei jeg vet ikke hva du mener, være så snill å dra ned genseren din igjen»

Hun gjorde dette og jeg sa at jeg skulle komme tilbake litt senere. Jeg opplevde dette som ubehagelig og ville snakke med og informere miljøpersonalet som kjente henne fra tidligere og denne innleggelsen om det som hadde hendt. Miljøpersonalet forklarte at dette kunne til tider skje og at det hadde skjedd endel tidligere, og mente at det ofte brukte å roe seg i løpet av ettermiddagen.

Etter en liten stund gikk jeg tilbake inn på rommet. Da ønsket Anna å låne pasienttelefonen slik at hun kunne ringe moren og datteren sin. hun sa:

«Jeg vil ha telefon, må få tak i massasjeapparatet og snakke med datteren min»

Jeg svarte:

«Ett lite øyeblikk, jeg skal hente den for deg»

Anna fikk låne pasient telefonen. Hun snakket med moren og datteren sin i ca 15 minutter. I etterkant av denne samtalen ble hun i betraktelig dårligere form. Når jeg kom tilbake til rommet hennes ett kvarter senere hadde hun revet toalett papir og strødd det utover rommet sitt, Hun hadde også begynt å kle av seg og klærne lå strødd utover gulvet. Med det samme hun så meg så blottet hun seg igjen.

«Anna, du må ta på deg klærne dine, og hva har skjedd her?»

Hun svarte:

«jeg har laget snø»

Hun kom mot meg og mente at jeg måtte ta på brystene hennes. Jeg rygget unna og gav signal til en av personalet som stod utenfor og kom raskt til meg og prøvde å snakke med henne sammen med meg. Hun presset seg ut av døra og begynte å blamere seg i fellesarealet.

Jeg:

«Anna, jeg tror det er lurt at du holder rommet nå»

Hun svarte:

«Men jeg vil ha massasjeapparatet mitt med en gang»

Ett av miljøpersonalet ringte legen og det ble fattet vedtak om foreløpig skjerming på eget rom da ingen av skjermingsrommene var ledig. Legen kom på visitt samme kvelden.

Morgenen etter hadde legen bestemt at det skulle fattes vedtak om skjerming på skjermingsenhet. Dette skulle et personal og jeg fortelle Anna om. Anna sov ikke, men lå i sengen når vi gikk inn

Jeg fortalte henne:

«Du Anna, Vi (legene og personalet) har tenkt litt på at det hadde vært greit å flytte til ett annet rom med tanke på gårdagen».

Anna svarte

«nei, dere må finne massasje apparatet mitt». Jeg fortsatte med å forklare
«Jeg skjønner at dette kommer litt brått på, men dette må vi prøve å få til nå på morgenen,

Anna svarte:

«Men jeg vil ikke det nå, så kom dere ut»,

Jeg svarte:

«Vi kan gå ut litt nå og heller komme tilbake og hjelpe deg med å flytte tingene dine litt senere, høres det ut som en plan?».

Anna svarte ikke, i stedet begynte hun å hive gjenstander rundt seg. Hun ropte mot oss:

«Jeg vil ikke noe sted, jeg vil ha massasjeapparatet».

Hun reiste seg og gikk mot oss slik at vi måtte rygge bakover.

Jeg svarte:

«ok, vi går ut nå, og kommer tilbake litt senere».

Vi gikk tilbake til rommet hennes kort tid etterpå, da hadde hun pakket sammen tingene sine selv og var på vei ut, hun gikk til skjermingsrommet og vi fikk hentet resterende av tingene hennes og fulgte etter.

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å utforske problemstillingen knyttet opp til fortellingen om Anna.

Hvordan kan Anna forstås gjennom selvpsykologisk perspektiv og hvordan kan akutt psykotisk tilstand påvirke relasjonen mellom Anna og helsepersonell?

Personer i en psykose kan oppleve utfordring i det å opprettholde en relasjon til andre mennesker. De kan føle at kommunikasjonen ikke strekker til fordi de selv ikke forstår det som blir sagt og andre ikke forstår dem. Dette bidrar til at personen opplever en ensomhet som kan føre til angst og i verstefall isolasjon. Opplevelsen av å miste selvsammenhengen kan være en stor påkjenning for personer i en psykose, og selvet vil da bli svekket.

(Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010). Dette kan føre til sterkere symptomtrykk i form av realitetsbrist, vrangforestillinger, befalinger eller stemmer som forteller dem hva som skal gjøres og handlinger de måtte utføre i etterkant (Cullberg, 2005) I en slik situasjon vil jeg tro at man bør unngå all form for realitetsorientering da dette kan skape motstand fra pasienten. Jeg mener at det er viktig å kunne lytte aktivt til hva pasienten har å si og være nysgjerrig på en anerkjennende måte. Da kan pasienten føle at hun blir verdsatt selv om hun har negative opplevelser grunnet sin psykiske lidelse (Karlsson, 2008)

Gjennom min periode på avdelingen fikk jeg iblant være med på å følge opp Anna. Jeg fikk se hennes gode og dårlige perioder. Jeg hadde en ubehagelig følelse av hjelpsløshet i møte med henne flere ganger. Dette var ikke en pasientgruppe jeg var vant til fra før av og det skapte endel tanker og følelser i meg. Var mitt samarbeid med henne godt nok? Hvordan var mine holdninger når jeg møtte henne?

Når jeg fikk høre Anna sin historie tenkte jeg at hun hadde hatt opplevelser i sin barndom som kan ha ført til hennes psykiske lidelse. Kanskje hadde hun opplevd en form for inntoningssvikt. Man kan tenke seg at det har vært en form for manglende eller selektiv inntoning som har ført til at hun mistet endel av sine grenser. Hun opplevde kanskje ingen selvobjekt som hadde tydelige grenser, eller som tvert imot hadde krav og grenser på mye av det hun gjorde. Selvobjektet i hennes selvobjektmiljø klarte kanskje ikke å møte hennes følelsesmessige behov. Dette kan ha ført til at hun begynte å skape en indre verden som ble full av fantasier. I forhold til at hennes mor var kontrollerende, kunne Anna ha vært knyttet til hennes forventninger, som førte til at hun fikk en opplevelse av å være et offer for moren sitt selvobjektbehov (Urnes, 1997).

Anna kan i løpet av sin barndom fått manglende forståelse eller aksept for den hun var og ikke fått den nærhet hun trengte for å kunne utvikle et styrket selv. Det kan hende at selvobjektmiljøet ikke var tilstede når hun trengte det som mest. Hun kan ha opplevd et svik som førte til at hun lagde en indre verden for å rømme fra den ytre. Hun kan ha skapt en fantasiverden i seg selv som førte til en psykose. (Urnes, 1997)

Jeg observerte ved flere anledninger hennes forhold til andre helsepersonell på avdelingen, og jeg så hvem hun var spesielt knyttet til. Hun endret væremåte rundt de hun hadde en

god relasjon med. Jeg skjønnte fort at mye handlet om relasjonsbygging og å få en terapeutisk allianse. Dette var grunnleggende for å kunne kjenne igjen symptomene som kunne føre til en ny dårlig periode. Gjennom Kohuts definisjon av selvet blir det beskrevet dette med overføringer og hvordan det påvirker hvordan pasient ser på terapeuten, som en slags omsorgsperson, (Hartmann, 2000). Det var dette jeg observerte flere ganger når Anna var sammen med helsepersonell hun var trygg på. Hun åpnet seg mer for dem, og tok imot veiledning og jeg observerte liten til ingen motstand.

Relasjonsbygging bør i utgangspunktet rettes mot pasientens historie, og uten terapeutens kunnskap om denne vil terapien bli utfordrende. I mitt møte med Anna, opplevde jeg utfordringer i forhold til mine egne reaksjoner og holdninger. Jeg følte meg usikker på hennes situasjon og forstod ikke helt hva som foregikk. Jeg hadde ikke møtt noen som var i en akutt psykotisk tilstand, og uten kunnskap om dette følte jeg meg hjelpeløs. Det å fortelle henne at det hun gjorde ikke var greit var en form for usikkerhet hos meg. Dette kunne ha skapt motstand hos Anna. Jeg følte at jeg ikke fikk tid til å innhente meg med det samme og inntoning min mot henne var derfor vanskelig. Jeg merket at hun var veldig direkte med alle bevegelsene sine noe jeg ikke hadde sett hos henne før. Jeg tror nok at Anna hadde et ganske kaotisk syn på omgivelsene rundt seg. Jeg følte jeg måtte trekke meg ut fra rommet slik at hun fikk tid. Kanskje det hun trengte mest der og da var noen som var nær henne og som hun følte hun kunne lene seg på. Jeg ble utfordret av disse tankene rundt hva som ville vært best for henne. Jeg opplevde situasjoner etter hun hadde snakket med moren sin som mer utfordrende, hun opplevdes da ugjenkjennbar og jeg følte ikke at jeg hadde skapt en god nok relasjon i mine øyne til at jeg kunne se symptomer på en akutt psykose hos henne.

Dagen etter prøvde jeg meg litt frem, jeg prøvde å tone meg bedre inn ved å sette meg ned å prate med henne på rommet, for å forsøke å skape en viss trygghet. Jeg snakket med henne om hva som skulle skje og hva hun ønsket å gjøre selv eller ha hjelp til. På den ene siden opplevde jeg at det ble en motstand fordi hun ikke ønsket å ha meg på rommet hennes, mens på den andre siden klarte jeg å gi henne tid til å vurdere situasjonen selv. Dette førte til at hun ble med på det som hadde blitt vedtatt. Tross dette tenker jeg at denne formen for motstand kan ha vært hennes redsel for det som ventet henne. Uavhengig av dette så kan hun også ha forstått sin egen situasjon og innså at dette var det beste for henne, for å etablere trygge rammer og for at hun ikke skulle skade seg selv. Jeg var

dessuten usikker på om dette kan ha kommet brått på henne og at hun følte en invadering av hennes privatliv. I etterkant fikk jeg se at hun selv tok initiativet til å gå til skjermingsrommet, og at hun fikk den hjelpen hun trengte med verdigheten i behold. Det ble ingen maktbruk i denne settingen fordi hun selv gikk på rommet på egne premisser og når hun selv ønsket det. Jeg var utenfor og var klar for å hjelpe henne når hun var klar til å få hjelp.

Hvordan kan vi som helsepersonell møte og kommunisere en person i psykose på en empatisk og respektfull måte?

Det å møte en person som mangler grenser, på en empatisk og respektfull måte, kan være utfordrende, men nødvendig for å kunne skape god relasjon. Det handler gjerne om hvem vi er som helsepersonell og hva slags kunnskaper vi har om personer som er i en psykose og erfaringer vi har med slike situasjoner.

Pasienter som er i en psykose har behov for omgivelser som er trygge, forutsigbare og med mindre stimuli. Hvis så ikke er tilfelle kan påkjenninger oppleves større og kan bidra til å påvirke tålegrensen for pasienten, og kan føre til irrasjonelle reaksjoner (Reichelt og Haavind, 2005).

Kommunikasjon er helt grunnleggende for at man skal kunne skape relasjon til andre mennesker. Det handler om hvordan vi ønsker å framstå ovenfor pasienten, hvordan vi prater med pasienten med både bruk av stemmeleie og kroppsspråk. Det å kommunisere med en pasient på en grunnleggende respektfull måte og bruke våre empatiske evner, og genuint plassere oss på en emosjonell måte i pasientens følelser og opplevelser er avgjørende (Hartmann, 2000). Jeg var usikker på om jeg hadde greid å skape god nok relasjon til Anna slik at jeg kunne kommunisere med henne på en måte som gjorde at hun følte seg ivaretatt og verdsatt. For det kan jo hende at min måte å kommunisere med Anna på gjorde henne usikker. Kanskje min kroppsholdning var lukket og hun følte at hun ikke klarte å åpne seg for meg, og kanskje hun til og med var redd fordi hun på det tidspunktet hadde behov for en trygg havn, som hun opplevde med annet helsepersonell. På den andre siden lyttet jeg til hva hun sa og prøvde mitt beste å møte henne med respekt og anerkjennelse.

Ut ifra iakttakelsene jeg gjorde kom jeg frem til at Anna hadde det veldig vanskelig. Jeg prøvde å gjøre det jeg kunne for at hun skulle ha det bedre, men det kan hende at hun trengte en som rett og slett bare satt seg ned med henne og kunne lytte til hva hun ville si. Som nevnt i teorien så er det å kunne vise at du har tid være med på å styrke relasjonen. Når verbal kommunikasjon ikke fungerer, så er slik form for non verbal kommunikasjon avgjørende. (Lauveng, 2005). Ut ifra dette opplevde jeg at hun hørte hva jeg sa, og forstod deler av innholdet. Det som virket vanskelig for henne var å forstå hva hun selv gjorde og hva det kunne føre til. Hun hadde vanskeligheter med å regulere seg selv og jeg var usikker på hva jeg skulle gjøre. På den ene siden opplevde jeg at hun var utenfor sitt eget toleransevindu og var overaktivert. Hun virket hektisk og vanskelig å få øyekontakt med. Dette var en ukjent situasjon for meg, og det var også en ukjent pasientgruppe for meg og jeg følte en overføring fra henne som gjorde at jeg slet med å regulere meg selv. På den andre siden prøvde jeg å regulere ned situasjonen vel å gi henne muligheten til å snakke med sin mor. Jeg ønsket å møte henne å gi henne en form for velbehag i situasjonen hun var i, som opplevdes for meg kaotisk (Nordanger og Braarud, 2012). Tross dette var det en vurdering som kunne ha blitt reflektert bedre over.

På den ene siden prøvde jeg å være en som Anna kunne føle at hun fikk forståelse, bekreftelse og anerkjennelse fra, gjennom å tone meg inn og møte Anna hvor hun var, og prøve å forstå hvor vanskelig hun hadde det. På den andre siden opplevde jeg at det ikke var lett å bestandig regulere meg selv, som jeg beskrev tidligere. Jeg ble engstelig flere ganger på hennes vegne, fordi hun var ukritisk i både hva hun sa og gjorde.

For at vi som helsepersonell skal holde oss i eget toleransevindu i møte med pasienter som er i psykose, er det viktig at vi har erfaring og kunnskap og samtidig har klart å skape en relasjon til pasienten. I motsatt fall kan det ukjente føre til usikkerhet i møte med denne pasientgruppen. Ved å være i eget toleransevindu vil vi kunne klare å konsentrere oss bedre, slik at vi også klarer å regulere våre egne følelser og reaksjoner. I motsatt fall vil vi ha vanskeligheter med å regulere egne følelser, som kan overføres til pasientens følelser og kan føre til overaktivering og lavere reguleringsevner. Når helsepersonell er overaktiverte kan utøvelse av makt skje, fordi man kan bli usikker på grunn av manglende erfaring. Pulsen blir høyere, konsentrasjonen blir dårligere og man vil slite med å holde seg i sitt eget toleransevindu. (Nordanger og Braarud). Når man klarer å regulere seg selv, har man kontroll over sine egne følelser og klarer å konsentrere seg bedre (Svartdal, 2019). Dette

øker sannsynligheten for at vi som helsepersonell klarer å regulere pasienter og holde pasientene i deres eget toleransevindu.

I selvpsykologien spiller affektiv inntoning og empatisk lytting en stor rolle for at pasienter skal føle at de blir forstått, bekreftet og anerkjent. Helsepersonell i møte med personer i psykose bør ha denne egenskapen for å redusere maktbruk. Selvet kan ut ifra empatisk lytting og inntoning styrkes slik at pasienten opplever selvsammenheng. At jeg toner meg inn og møter Anna på en slik måte at hun oppfatter omgivelsene trygge og forutsigbare, bidrar til at jeg kan få tilgang til Anna sin indre verden (Schibbye, 2009)

Kohut mente i første omgang at gjennom et godt og trygt empatisk selvobjektmiljø kan selvet bli styrket, som skaper selvsammenheng hos pasienten. Ved at jeg som Anna sitt selvobjektmiljø har evnen til å kunne være empatisk tilstede, kan bidra til at hennes selvopplevelse blir styrket. Hadde jeg klart å skape en relasjon til Anna før dette møtet, kunne jeg kanskje klart og skapt trygghet og forutsigbarhet (Hartmann, 2000). Kohut mente også at en terapeut skal være nøytral om en skal vise empati, men også preget av medmenneskelig varme. For å kunne vise en slik evne må man kunne tone seg inn i pasienten sin indre verden (Hartmann, 2000).

For å kunne vise respekt og empati for en person med en psykose må man ha en bærende relasjon til pasienten. Dette bidrar til at man øker forståelsen for hverandre. Det skal også bygge opp under tillit, gjensidighet gjennom en felles forståelse (Røkenes, 2012) Her er det også viktig at terapeuten bruker seg selv som et hjelpemiddel og vise anerkjennende kommunikasjonsmetoder i møte med pasienten (Karlsson, 2008)

Hvordan kan man hjelpe pasienten i psykose bevare verdigheten ved at helsepersonell ikke bruker makt?

Makt kan skape endel tanker og assosiasjoner hos oss. Det kan bli sett på som en uhensiktsmessig metode å sette noen på plass. Makt i seg selv trenger ikke nødvendigvis å være negativt, men det er måten det blir brukt på som må reflekteres over. Makt kan brukes uten at en er klar over det selv. Vi utøver makt når vi jobber i psykisk helse, som både kan være uhensiktsmessig, men også nødvendig.

I forhold til mitt møte med Anna, kan jeg se at min måte å utøve grensesetting ble en form for maktutøvelse. I etterkant ser jeg at det kunne blitt gjort på en helt annen måte. Gjennom å skape en god relasjon til Anna, hadde ikke maktanvendelse strengt tatt ha vært nødvendig. Å sette grenser kan både være nødvendig, men også uhensiktsmessig. Skal man ta i bruk denne form for makt må man ha erfaring og kunnskap slik at det blir gjort på en terapeutisk og hensiktsmessig måte (Vatne, 2006). På den ene siden følte jeg at dette var min måte å sette tydelige grenser, for at Anna skulle forstå at dette ikke var i orden for meg. Jeg ønsket ikke at hun skulle gjøre noe som ville føre til følelsen av skam eller ubehag i ettertid. Det kan hende at denne formen for makt kunne ført til en følelse av avmakt fra Anna sin side, som kunne ha ført til motstand mot behandling. På den andre siden kunne hun gått ut i fellesarealet og gjort det samme. Situasjonen kunne ha eskalert og det kunne ført til en maktbruk Anna hadde følt som en grensekrenkelse (Reichelt og Haavind, 2005).

Etter hva jeg har erfart så er det ingen helsepersonell som ønsker å bruke makt mot pasienter i helsevesenet. Men i noen situasjoner der man selv observerer og opplever utagering er det vanskelig å ikke bruke makt. Men bruken er da rettet mer mot hensiktsmessig maktbruk enn intensjoner som fører til at pasienter føler på avmakt (Norvoll, 2007). Avmakt kan føre til at selvet blir svekket, og kan oppleves som invaderende og krenkende, slike følelser bør helsepersonell unngå å få pasienter til å føle (Reichelt og Haavind, 2005). Om Anna hadde følt på en avmakt tidligere i livet, kunne det vært kort vei mellom den tidligere følelsen til situasjonen på en psykiatrisk avdeling.

En av forskningsartiklene (Finnegan, 2014) beskriver hvordan pasienter som er i en psykose kan være følsomme for stress i miljøet når de går inn i en psykose. Hvordan verbal kommunikasjon som er nedlatende og kald kan føre til forstyrrelser i humør og føre til sterkere symptomtrykk hos en pasient med psykose. (Finnegan et al. 2005). Jeg reflekterer over om jeg kunne ha vært for direkte i min måte å formulere meg på. På den andre siden var jeg usikker på utfallet om jeg ikke hadde vært tydelig og spesielt i situasjonen der hun fikk vite at hun skulle skjermes. Jeg opplevde at jeg fikk en følelse av at hun ikke klarte helt å forstå hva som foregikk, eller at den underliggende redselen var med på å skape en motstand i det jeg fortalte henne om skjermingen. For at jeg skulle bevare verdigheten til Anna, følte jeg at det beste var å gi henne rom til å føle seg klar for å ta et valg. Jeg ønsket ikke å presse meg på og få henne til å føle seg presset ut av rommet

med det samme. Jeg ville at hun skulle velge dette selv uten bruk av makt. Ønsket om å la henne ta dette valget selv var viktigere enn å avtale noe tidspunkt for når hun måtte inn på skjermingsrom. Det å inngå avtaler med pasienter er også en form for maktutøvelse, og det kan bidra til å hindre atferd som er uakseptabel (Vatne, 2006).

For at man skal kunne kommunisere på en grunnleggende empatisk og respektfull måte er det viktig at vi som terapeuter er varsom men tydelig i forhold til grensesetting. Det skal ikke være på en måte som er avvisende eller ufin. Gjennom å skape relasjon til en pasient i psykose kan man unngå bruk av makt, da må man vite hvordan man skal kommunisere på en respektfull og empatisk måte.

5.0 Konklusjon

Det har vært spennende å utforske dette temaet nærmere. Jeg har fra tidligere ikke hatt så mye erfaring med psykoser, så det å ha fått muligheten har ført til større interesse for temaet. Det har gitt meg muligheten til å sette meg inn i hvordan det er å jobbe med mennesker som er i en psykose og hva slags utfordringer man møter, men også hvordan man kan gå veien sammen med dem som et medmenneske.

Jeg synes det er vanskelig å gi et konkret svar på problemstillingen om hvordan vi som helsepersonell kan skape best mulig relasjon uten bruk av makt. Grunnen til dette er at en som helsepersonell kan bruke en form for skjult makt som ikke oppleves feil, men kan oppleves som avmakt for pasienten. Det samme kan man si om relasjon. Har man ikke klart og skapt en «god nok» relasjon med pasienten kan helsepersonell raskere ta i bruk grensesetting som vil for pasient oppleves som avvisning.

Så hva betyr det å ha god nok relasjon til en pasient i en psykose? Gjennom selvspsykologisk tilnærming er det nøkkelbegrep som empati, relasjonsbygging, inntoning, toleransevindu og selvregulering. Når man viser empati og prøver så konsekvent som mulig å sette seg inn i en annen person sin situasjon, vil det være med på å styrke relasjonen mellom to mennesker. Gjennom inntoning skal man kunne få tilgang til en annen person sin indre verden, og vil da også ha mulighet til å bygge relasjon. Med toleransevindu og selvregulering, er det viktig å kunne regulere seg selv for å kunne holde

pasienten i sitt eget toleransevindu. I tillegg er det helt grunnleggende i selvsykologien at man har en anerkjennende tilnæringsmåte. Dialogen bør være anerkjennende og åpen. Gjennom dette kan man skape likeverd og gjensidighet mellom helsepersonell og pasient.

Utfordringen i relasjonen mellom helsepersonell og pasient er kommunikasjonen, og dette kan skape er barriere for relasjonen. Et menneske som er i en psykose vil ha en annen oppfatning av virkeligheten enn helsepersonellet og dette kan føre til at det å holde en dialog med pasienten vil bli utfordrende. Gjennom skjult makt kan man skape motstand fra pasienten, som kan gjøre at relasjonen blir satt på prøve. Har man ikke allerede skapt en god relasjon til pasienten, kan en slik form for makt skape høyere symptomtrykk hos pasienten og motstand. Dette er noe som helsepersonell som jobber med mennesker i psykose må være bevisst på.

Ut ifra de drøftinger jeg har gjort opp imot å ikke bruke makt, vil det være svært utfordrende og vanskelig å unngå dette helt, spesielt når en pasient er i en akuttpsykotisk fase. Grensesetting er en form for skjult makt man kan bruke og som kan være nødvendig i gitte situasjoner. Utfordringen kommer når pasienten er så syk at det er vanskelig å opprettholde relasjonen, men gjennom relasjonsbygging og forutsigbarhet i behandlingsforløpet vil det være mulig å begrense maktbruken.

Jeg mener det burde vært mer forskning på hvordan man ikke bruker makt gjennom selvsykologisk tilnærming i psykisk helse. Forskning innen dette fagfeltet vil kunne bidra til at man undersøker hvordan makt blir utøvd når man ikke bruker selvsykologisk behandlingsspektiv og hvordan dette kan avverges ved bruk av selvsykologi. Samtidig mener jeg at det kan forskes på hvordan helsepersonell gjennom erfaring og kunnskap kan skape relasjon til pasienter som er i psykoser. I denne oppgaven beskrives det hvordan helsepersonell sin måte å skape relasjon kan bidra til å begrense eller avverge bruk av makt. Det beskrives ikke erfaringer pasienten har med det. Jeg tenker man kan stille spørsmål rundt, vil selvsykologisk tilnærming, uten bruk av makt, bidra til å gjøre pasienten tryggere på helsepersonell i en akuttpsykotisk tilstand? Så med videre forskning kan man om det er mulig, fokusere mer på hvordan pasienter som har vært i en psykose opplever relasjon med helsepersonell.

Litteraturliste

Cullberg, Johan. 2005. *Psykosser. Et integrert perspektiv*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Eide, Solveig, Hans H. Grelland og Aslaug Kristiansen. 2009. *Fordi vi er mennesker*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Finnegan, Deirdre, Juliana Onwumere, Catherine Green, Daniel Freeman, Philippa Garety and Elisabeth Kuipers. 2014. *Negative communication in psychosis, understanding pathways to poorer patient outcomes*. The journal of nervous and mental disease. Volume 202, number 11.

https://docksci.com/negative-communication-in-psychosis-understanding-pathways-to-poorer-patient-out_5a8521cfd64ab20b5b6bf464.html

Hartmann, Ellen. 2000. Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi." I *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: teori, empiri og praksis*, redigert av Arne Holte, Geir Høstmark Nielsen og Michael Helge Rønnestad, 17-44. Oslo: Gyldendal akademisk.

Karlsson, Bengt. 2008. *Se mennesket. Om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Karterud, Sigmund. 1997. Heinz Kohuts selvpsykologi. I *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut*, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, 13-28. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Lauveng, Arnhild. 2005. *I morgen var jeg alltid en løve*. S, Oslo.

Nordanger, Dag Øystein og Hanne Cecilie Braarud. 2014. *Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi*. Psykologitidsskriftet nr. 07/2014
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>

Norvoll, Reidun. 2007. Samfunn og psykiske lidelser. I *Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Reichelt, Sissel og Hanne Haavind. 2005. *Aktiv psykoterapi. Perspektiver på psykologisk forståelse og behandling*. Ad Notam Gyldendal A/S

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3.utg. Oslo: an Notam Gyldendal. Artikkelsamling. VIPH. Høgskolen i Molde.

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

Skau, Greta Marie. 1996. *Mellom makt og hjelp*. 2. utg. Tano Aschehoug.

Svartdal, Frode. 2019. Selvregulering. I *store norske leksikon* <https://snl.no/selvregulering>

Urnes, Øyvind. 1997. Utviklingspsykologi og selvpsykologi. I *selvpsykologi*. 1.utg. Oslo: an Notam Gyldendal. Artikkelsamling VIPH. Høgskolen i Molde.

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