



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

**Korleis kan psykisk helsearbeidar bruke
sjelvpsykologisk tilnærming i møte med menneske
med angst og/eller depresjon?**

Malin Nerland

Totalt antall sider inkludert forsiden: 30

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 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: Solrun Brenk Rønning

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: 23.04.2020

Antall ord: 8373

Forord

Tankevirus og depresjon

Når depresjonen setter seg fast som et tankevirus.
Som får meg til å tenke nedsettende om meg selv.
Da hagler frustasjonene på hva som er rett eller galt.
Tårene og fortvilelsen føles som et fossehvelv.

Når jeg får hjelp til å komme igjennom disse mørke dagene.
Å lære å forstå at det finnes håp og at jeg har min verdi.
Tårene og angsten kommer og blir lei meg for ting jeg sa.
Kan du tilgi meg å slippe meg fri.

Jeg vet så inderlig godt at det er meg som må kjempe å ikke gi opp.
At det er meg som må være i kroppen min.
Å alltid ha en lengsel at snart vil jeg skinne som en sol igjen.
At dagen kan bli fin.

Hansjohan Engebretsen.

Samandrag

Denne oppgåva har fokus på sjølvpsykologisk tilnærming til menneske med angst og/eller depresjon. Innleiingsvis ser ein på angst og depresjon som fenomen, før ein går over til problemstillinga for oppgåva som er: «Korleis kan psykisk helsearbeidar bruke sjølvpsykologisk tilnærming i møte med menneske med angst og/eller depresjon». Vidare kjem avgrensinga og litteratursøk. Så blir angst og depresjon presentert.

Empirien i oppgåva er henta frå to ulike møter med Pia, som eg har møtt som miljøterapeut gjennom kommunal psykisk helse- og rusteneste. Vidare blir det drøfta opp mot den sjølvpsykologiske tilnærminga for å forsøke å gi det ny mening. Diskusjonsdelen er delt i tre deler : Korleis kan ein ved hjelp av sjølvpsykologien få ei anna forståing for angst og depresjon? Korleis kan ein bruke sjølvpsykologi til å forstå skepsis til nye relasjonar? På kva måte kan sjølvpsykologien hjelpe psykisk helsearbeidar til å finne ei god tilnærming? Under diskusjonsdelen ser eg på korleis Pia blei møtt, finne ei anna forståing og kva som kunne blitt gjort annleis. Avslutningsvis kjem konklusjon, der ein ser på svakheiter med oppgåva og tankar knytt til vidare forskning.

Innholdsliste

1.0 Innleiing.....	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Litteratursøk	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Angst og depresjon	3
2.2 Sjølvpsykologi.....	5
2.2.1 Sjølvvet	5
2.2.2 Sjølvobjekt	6
2.2.3 Sjølvobjektsvikt	7
2.2.4 Sjølvsamanheng og sjølvregulering	7
2.2.5 Empati	8
2.2.6 Inntoning	9
2.2.7 Vitalitetsaffekt.....	10
2.2.8 Relasjon.....	10
2.2.9 Motstand.....	11
3.0 Empiri.....	11
3.1 Angst fasen	11
3.2 Depresjonsfasen.....	12
3.3 Refleksjon.....	13
4.0 Diskusjon	13
4.1 Korleis kan ein ved hjelp av sjølvpsykologien få ei anna forståing for angst og depresjon?	13
4.2 Korleis kan ein bruke sjølvpsykologi til å forstå skepsis til nye relasjonar?.....	15
4.3 På kva måte kan sjølvpsykologien hjelpe psykisk helsearbeidar til å finne ei god tilnærming?	18
5.0 Konklusjon	20
6.0 Kjeldeliste.....	21

1.0 Innleiing

Psykiske lidningar kostar Norge rundt 70 milliardar kroner årleg i trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosialutgifter. Dessutan står depresjon for halvparten av kostnadane for psykiske lidningar (NHI, 2019). Verdens helseorganisasjon har slått fast at depressive lidningar er ein av de leiande årsakene til sjukdom i verden. Ein ser og at depresjon er ein av grunnane til arbeidsfråvær, sjukmelding og uføre. Vidare ser ein at depresjon kan føre til store personlege lidningar, tap av livskvalitet og store omfattande økonomiske og samfunnsmessige omkostningar (Helsedirektoratet,2010). Angstlidningar er den vanlegaste psykiske lidinga hos barn, unge og vaksne. Den nest vanlegaste er depresjon (NHI, 2019).

Som miljøterapeut i kommunal psykisk helse- og rusteneste er det svært sannsynleg å treffe vaksne over 18 år med utfordringar knytt til angst og/eller depresjon. Denne oppgåva vil handle om vaksne. Det å fordjupe seg i dette temaet er interessant men ser det og som svært relevant for arbeidskvardagen. Forskinga seier noko om at ein stor del av befolkninga mellom 18 og 79 år er årleg i kontakt med helsetenesta grunna psykiske lidningar. Depressive lidningar etterfullt av angstlidningar er den vanlegaste konsultasjonsårsaken for psykiske lidningar hos fastlege eller legevakt i primærhelsetenesta (Folkehelseinstituttet, 2018). Som tilsett vil ein treffe mange med ulike utfordringar, men erfaringane eg har gjort meg som miljøterapeut er at det er aukande og fleire yngre som får utfordringar knytt til angst og/eller depresjon. Kvifor er det slik? Kan det vere påverkingar knytt til media? Forventningspress frå venar, skule, familie eller er det slik at ein set krav til seg sjølv? Sjølvpsykologien legg stor vekt på blant anna relasjon, sjølvobjekt, empati og inntoning. Forventningspress kan også handle om korleis relasjonar påverkar oss. For å kunne kome i posisjon til å snakke med andre om vanskelege tema er det viktig å skape relasjon til brukarane. Fordi at sjølvpsykologien seier at relasjon er ein viktig del og derfor ser det som relevant å bruke i høve empirien som blir presentert seinare i oppgåva.

1.1 Problemstilling

Problemstillinga blir som følgjer:

- Korleis kan psykisk helsearbeidar bruke sjølvpsykologisk tilnærming i møte med menneske med angst og/eller depresjon?

Denne oppgåva vil vere avgrensa til å handle om generalisert angst og sosial fobi, til tross for at det er fleire typar angst. Teorien knytt til depresjon er delt i tre delar, men i oppgåva er det mest lagt vekt på moderat og alvorleg depresjon. Når det gjeld omgrep blir det ofte i bøker og artiklar referert til klient eller pasient. I denne oppgåva blir omgrepet brukar brukt.

Sjølvpsykologien har mange element, men i denne oppgåva blir det lagt vekt på sjølv, sjølvobjekt, sjølvobjektsvikt, sjølvsamheng, sjølvregulering, empati, inntoning, vitalitetsaffekt, relasjon og motstand. Det har ikkje blitt skrevet noko om overføring og motoverføring då det ikkje blir berørt i oppgåva, uansett om dette er viktige element. Kontekst for oppgåva er kommunal psykisk helse- og rusteneste gjennom rolla som miljøterapeut.

1.2 Litteratursøk

Det var gjort forskjellige søk i ulike databasar som ORIA, OVID, APA PsycArticles og MEDLINE. Søka blei utført ved å bruke forskjellige kombinasjonar av desse søkeorda: anxiety, depression, self psychology, therapeutic alliance, angst, depresjon, terapeutisk relasjon og sjølvpsykologi. Nokre av søka gav mykje treff og det var utfordrande å avgrense. Fann nokre artiklar som verkar relevante, men etter å ha lest dei var dei likevel ikkje relevant til denne oppgåva og problemstillinga. Det vart gjort avgrensingar knytt til språk, då eg var ute etter skandinavisk og engelsk språk. Var ute etter nyare forskning og det blei gjort avgrensing knytt til årstal frå 2017. Det blei tatt manuelle søk med dei same søkeorda og fann relevant litteratur og artiklar som blir presentert i teoridelen. Har i tillegg lest i litteraturliste i andre artiklar og bøker, samt inspirasjon til litteratur i andre fordjupingsoppgåver.

2.0 Teori

Problemstillinga for denne oppgåva er: Korleis kan psykisk helsearbeidar bruke sjølvpsykologisk tilnærming i møte med menneske med angst og/eller depresjon? Med utgangspunkt i teori knytt til angst, depresjon og sjølvpsykologi vil ein forsøke å finne svar på problemstillinga.

2.1 Angst og depresjon

Kvifor er ein deprimert? Årsakene til det kan variere frå menneske til menneske. Både arv og belastningar i oppveksten kan vere med på å gjere ein person sårbar for depresjon seinare i livet. I følge helsedirektoratet (2010) tenkjer ein at depresjon kan delast inn i 3: mild, moderat og alvorleg depressiv episode. Innanfor mild depressiv episode kan det vere at ein har nedsett stemningsleie, trøyt, opplever tap av glede eller interesse. Pluss to andre former for depressive plager, som til dømes søvnproblem og dårleg matlyst. Ofte så klarer personar med mild depressiv episode å fungere i kvardagen, uansett om det er plagsamt og eller hemmande. Ved moderat depressiv episode er det fleire plager, og det kan tenkast at personen har utfordringar å fungere sosialt, på arbeidsplassen eller heime. Når ein har alvorleg depressiv episode er problema litt større. Ein kan ha høg grad av bekymring og grubling tek mykje tid og plass i kvardagen. Ein kan oppleve seg rastlaus eller ha lammingar, tapt sjølvfølelse, problem med søvn og appetitt. Nokre kan oppleve at ein går i frys. For å kunne diagnostisere depresjon handlar det om kor mange depressive plager, kor sterke dei er og korleis det påverkar ein i privatlivet og jobb. Dette står og forklart på ICD-10 under F32 (ICD-10). Det blir hevda at depresjon ofte kan kome samtidig med angst, smerter, søvnproblem, rusmiddelutfordringar, andre psykiske lidningar eller somatiske sjukdommar, som til dømes diabetes, kreft og hjartelidningar (Helsedirektoratet,2010). Norsk helseinformatikk (NHI,2019) skriv at depresjon er vanleg. Truleg vil 15-25 prosent av alle kvinner og 7-12 prosent av alle menn få ein depresjon som treng behandling i løpet av livet. Ein ser at depresjon har auka dei siste ti åra, då spesielt dei lette og middels alvorlege. Artikkelen til norsk helseinformatikk skriv at Verdens Helseorganisasjon (WHO) antek at i løpet av dei neste 20 åra vil depresjon være blant de to mest belastande sjukdommane som påverkar det økonomiske konsekvensane for samfunnet.

I den norske befolkninga blir om lag ein av fire ramma av ein angstliding i løpet av livet, og så mykje som om lag 15 prosent i løpet av eit år. Nødvendige reaksjonar som frykt og vere redd er normale reaksjonar som er nødvendige for å beskytte seg mot farar. Når ein blir så redd i ulike situasjonar, og dette går utover livskvalitet og dagleg aktivitet, kalla ein det for ein angstliding. Nokre kan oppleve å få angstanfall eller panikkanfall, det er ei intens frykt som kjem raskt. Ein kan oppleve å få fysiske symptom som hjartebank, auka sveitte, skjelving, svimmel og følelse av å bli kvelt. Desse symptoma er heilt ufarlege, men kan vere ubehagelege. Det er ulike formar for angstlidingar, og ein kan ha fleire av dei samtidig (Folkehelseinstituttet, 2019). Dette står og forklart i ICD-10 under F40 og F41 (ICD-10). Det er som sagt fleire former for angst, men i denne oppgåva vil det fyrst og fremst handle om desse:

- Generalisert angstliding: Bekymra seg for mykje og bekymringane kan bli ukontrollerbare. Når den eine bekymringa er over, kjem det raskt ein ny. Kan få søvnevanskar, føle seg anspent av all bekymring og det å vere uroleg (Folkehelseinstituttet, 2019).
- Sosial fobi: Angst for å møte andre enn dei en kjenner godt frå før av. På den måten er ein usikker på korleis ein stiller seg til andre menneske enn dei ein kjenner godt frå før av, eller som ein kjenner seg trygg på (Haugsgjerd mfl, 2009).

Eit felles trekk for alle med angstlidingar er at dei kan utvikle unnvikande åtferd. Det vil seie at personen unngår plassar eller situasjonar som ein trur kan framkalle angsten. Ved å halde seg vekk frå desse situasjonane vil ein oppretthalde angsten. Og det kan vidare føre til hinder for daglege gjeremål (Folkehelseinstituttet, 2019). Problemstillinga for oppgåva søker å finne ut korleis ein kan bruke sjølvpsykologisk tilnærming i møte med menneske med angst og /eller depresjon, så kva er sjølvpsykologi?

2.2 Sjølvpsykologi

Sjølvpsykologi er ein psykodynamisk retning som vart grunnlagt av Kohut som var født i 1913 og var som Freud av jødisk familie. Kohut blei gjennom sitt forfatterskap meir kritisk til Freuds drift psykologi og ego psykologien. Blant anna synet på patologi. Freud meinte at patologi var eit resultat frå gøynte drifter som var underbevisste. Men Kohut meinte patologi var svikt i empatiske kontakt og relasjonar i omgjevnadane. Og behandlinga for det er å vere lytte empatisk så vil ein reparere sjølvobjektsvikta slik at brukarane vil oppnå å kjenne seg heil, utan skam og skyld (Haugsgjerd, 2009). Så frå slutten av 1960 åra byrja Kohut å utvikle eigne omgrep og teori, som etter kvart blei hans sjølvpsykologi (Hartmann, 2000). Vidare skriv Hartmann at den viktigaste drivkrafta er ynske om å føle seg heil, vital, verdifull og grunnleggjande forstått av andre. Eit viktig aspekt ved Kohut sitt menneskesyn er at opplevinga av fragmentering set i gang ein prosess med sjølvkjensle og sjølvhevdning. I følgje Hartmann vil eit menneske som ikkje blir godt nok stadfesta, vil sjølv starte å søkje etter det. Myklebust og Bjørkly (2011) skriv at sjølvpsykologi er ikkje ein terapeutisk teknikk, men at ein ser på det som ein heilskapleg tilnærming der ein møter brukarar på affektinntoning og ein empatisk måte. Og på den måten kan det sjåast på som ein terapeutisk effekt. Sjølvpsykologi kunne vere eit perspektiv som kan vere til hjelp då ein legg stor vekt på relasjonar til andre personar. Og at det er ein fin måte å bygge relasjon på, hevder Bjørkly (2018). Dette kan tenkast at det er fordi sjølvpsykologien legg stor vekt på empati, inntoning og relasjonar. Ein ynskjer å møte den andre der den er. Vidare blir det no å gå over til å sjå på kva Kohut la vekt på når det gjeld sjølv.

2.2.1 Sjølv

I starten var Kohut forsiktig med omgrepet sjølv. Ein tenkte at sjølv var ein følelse av eigarskap, opphav og samanheng av eigne emosjonar, tankar og handlingar. Sjølv er summen av individets sjølvrepresentasjon. Som var i tråd med datidens ego psykologi. Kohut beskriver sjølv som eit dynamisk system med tre polar. Det tripolare sjølv er delt i det grandiose sjølv, det tvillingsøkande sjølv og det idealiserande sjølv. Dette er forankra i det Kohut kallar kjernesjølv. Kohut hevder at kjernesjølv er sentrum i ein sjølv som ligg til grunn for at ein kan snakke om eit sjølv og betydninga av eit sjølv, mitt sjølv, som er åtskilt frå andre (Karterud, 2002).

- Grandios: Handlar om eigenverdi, kva verdi opplev eg at eg har? På den eine sida kan ein føle seg totalt verdilaus mens på den andre kan ein føle seg heva over alle andre. Ein har behov for å spegle seg og bli sett av terapeut eller andre. Betydingsfulle andre kan ofte vere foreldre. Karterud (2002) skriv at det grandiose sjølvvet er svolten på merksemd og avhengig av å få stadfesting frå omgjevnadane.
- Idealiserande: I følgje Karterud (2002) er det på den eine sida ein følelse av å bli haldt oppe, oppleve tryggleik, nokon å stole på eller lene seg på. På den andre sida er det eit intens sagn etter å bli haldt eller nokon å lene seg til. Ein kan veksle mellom å vere støttande til sjølv å trenge støtte.
- Tvillingsøkande: Gjenspeglar behovet for ein tilsvarande annan som stadfesta ein med si likskap. Gjennom det forankra ein viktige delar av seg sjølv. Dele felles språk, tenke og føle likt om fleire ting (Karterud, 2002). Det kan hande om å ha eit fellesskap og ein plass å tilhøyra. På den eine sida vere i eit fellesskap og på den andre sida vere ein einstøing. Behov for å finne nokon som er lik. Hartmann (2000) skriv at opplevinga av likskap med andre menneske er ein roande erfaring. Kohut skriv i si siste bok, «How does Analysis Cure?» at det er nokon ein ynskjer å vere lik eller få stadfesta likskap med nokon (Karterud, 2002).

Sjølvvet utviklar seg i samspel med sjølvobjekt, og heng difor saman. Eit eksempel på det kan vere at vi blir påverka av dei vi held oss saman med.

2.2.2 Sjølvobjekt

Begrepet sjølvobjekt blir definert slik av forfattaren Karterud (2002):

Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idêtradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv
(Karterud 2002,18)

Ein måte å forstå dette i praksis kan vere at viktige objekt som dyr, menneske eller organisasjon er med på å forklare kvifor ein er slik ein er. Vidare tenkjer forfattaren at sjølvobjekt er behov som ein har frå vogge til grav. Det er ikkje noko ein kan frigjere seg frå eller vokse ut av. Kohut uttrykker det slik at sjølvobjekt er oksygenet i den lufta vi pustar i, kan ikkje klare seg utan. På same måte som oksygenet er tilgjengeleg når vi treng det, forventar det umodne sjølvvet at sjølvobjekt er tilgjengeleg. Det blir hevda at det er ein

føresetnad for sjølvets modning og vekst. Karterud (2002) skriv det er mangel, fråvær, inadekvat respons, psykologisk og fysisk misbruk og mishandling som hundrar sjølv i å utvikle seg til eit modent, sjølvregulerande system. Sjølv et stadig i bevegelse og derfor utsett. Det blir utvikla i samspel med andre og målet er å ha ei stabilt og vitalt sjølv. Ein tenkjer at ein har eit ynskje om å føle seg heil og som ein samla person. Om ein ikkje har eit stabilt og vitalt sjølv kan ein få eit fragmentert sjølv. Vidare skriv forfattaren at sjølvobjekt kan vere viktige og betydingsfulle andre. Døme på det kan vere menneske, dyr, ein spesiell ting, religion, organisasjon og liknande. Ved speilande sjølvobjekt vil ein bli sett, anerkjent og stadfesta. Dette kan ofte vere frå foreldre. Idealiserande sjølvobjekt er den ein vil støtte seg på, ser opp til og nokon ein kan snakke om vanskelege ting med. Det kan ofte vere ein lærar, religion, organisasjon eller ein terapeut. Til slutt er det tvillingsøkande sjølvobjekt, det er nokon ein gjerne vil vere som, oppleving av å vere lik eller som ein kan identifisere seg med. Det kan for eksempel vere felles interesse, venar, kjæledyr og fantsiven. (Karterud, 2002). Om ein ikkje opplev å bli møtt eller spegla kan ein oppleve at negative følelsar tek overhand og ein blir fragmentert, kan det tenkast at ein har fått eit sjølvobjektssvikt.

2.2.3 Sjølvobjektssvikt

Sjølvobjektssvikt kan vere empatisvikt frå betydingsfulle andre. Brukarane si oppleving av sjølvobjektssvikt kan variere. Nokre kan føle på svikt når terapeuten tek ferie, bytter arbeid, er dårleg opplagt eller avtalar blir avlyste (Karterud, 2002). Eksempel på andre sjølvobjektssvikt kan vere venar som flyttar, foreldre / besteforeldre eller andre som er betydingsfulle døyr eller at ein mistar kjæledyr. Det kan gå utover sjølv-samanheng og ein treng å bruke sjølvreguleringa for å gjenopprette sjølv-samanheng.

2.2.4 Sjølv-samanheng og sjølvregulering

Sjølv-samanheng vil seie at ein har ein følelse av å henge saman her og no, og at det varar over tid. Det er viktig å danne ein god grunnmur tidleg leveår, det vil vere til hjelp om ein skulle oppleve å miste nokon. Ved å ha ein god grunnmur i tidleg leveår vil det vere lettare å hente seg tilbake, og få tilbake følelsen av å henge saman her og no. Urnes (2002) skriv at opplevinga av å vere heil og samanhengande, ha følelsar og historier er det grunnleggjande i kjernesjølv-danninga.

Ved sjølvregulering kan ein styre eigen åtferd, reaksjonar eller følelsane sine. Ein brukar sjølvregulering for å oppretthalde sjølvsamheng, for å hente seg inn igjen. Viktig å finne seg ein måte å sjølvregulere på, det kan vere å gå ein tur, spele, lese bok, høyre musikk. Ta eit glas vin, ruse seg, sjølvskading og tvangsåtferd kan og vere ei form for sjølvregulering. Hartmann (2000) hevder at barnet må møtast empatisk og få stadfesting av sine nære omsorgspersonar for å gradvis utvikle meistring og sjølvregulering.

2.2.5 Empati

Empati vil seie å forstå den andre, og kunne sette seg i den andre sin sko eller perspektiv. Vi kan ikkje seie at vi er empatiske, den andre må oppleve at vi er det og forstår deira sin situasjon. Gjennom heile sitt forfattarskap vendte Kohut tilbake til å skrive og utdjupe empati som observasjonsmåte. Han forankra det i høve teori og som terapeutisk haldning. Kohut hevder at det er gjennom empati at ein kan få tilgang til den andre sin indre verden. Etter Kohuts død har det debatten om empati verkeleg skutt fart (Karterud, 2002). I følge Hartmann (2000) blir empati definert som evne til kognitivt og emosjonelt å plassere seg, så konsekvent som mogleg, i den andre sin sko. Med det meina ein at å prøve å observere og kjenslemessig forstå brukaren frå innsida, slik at ein opplev, forstår seg sjølv og andre. Vidare skriv Hartmann (2000) at terapeuten sine haldningar må vere av ein slik art ved å vere grunnleggjande menneskeleg varme. Og at ein gjennom empatisk lytting og forståing prøvar terapeuten å gjere brukaren bevisst på sine følelsar og reaksjonar. Skårderud (2002) beskriv at ved gjentatte empatiske svikt i omsorga er det risiko for svikt når det gjeld å skulle tilpasse seg og får utfordringar når ein skal integrerast. Det kan vere lurt å ha mål eller strategiar for å uttrykke empati i samtalen. Ved det kan ein ha nokre mål som til dømes: god augekontakt, respondere på ansiktsuttrykk, stille klargjerande spørsmål, reflekterande lytting og seie opp igjen det brukaren har sagt (Mueser mfl, 2006). Eide og Eide (2003) hevder at for å kunne vere empatisk er det viktig ha ein evne til å kunne lytte og forstå andre sine følelsar og reaksjonar. På denne måten meina ein at det kan styrke sjølvfølelsen og få ein oppleving av samheng, mening og vitalitet. For å kunne kome nær den andre og ha ei felles oppleving av å vere samstemt og vere her og no, må ein vere rett inntona til å treffe den enkelte der den er.

2.2.6 Inntoning

Daniel Stern utvikla fire inntoningstypar:

- Manglande inntoning: Urnes (2002) skriv at ved manglande inntoning får ikkje barnet stadfesting. Ein kan oppleve seg åleine, ikkje sett, høyrte eller spegla. Det er eit totalt svikt og barn kan lage seg ei fantasiverd. Kan i verste tilfall til slutt føre til omsorgssvikt. Ein kan sjå på det som at barn blir neglisjert ved å vere fysisk til stede, men ikkje psykisk.
- Selektiv inntoning: Ein blir møtt berre på enkelte følelsar. Det er andre sine forventningar som er viktige, og ikkje sine egne behov. Kan utvikle eit falsk sjølv. Barnet kan bli prega av foreldra sine behov, fantasiar, tankar og synspunkt (Schibbye, 2012).
- Feilinntoning: Barn som får skryt for teikninga si den eine dagen og neste dag får ein kjeft. Kan verte dårlege på å ta eigen val, usikker på responsen og tilbakemeldinga dei får. Det er totalt utforutsigbart (Bjørkly, 2018). Dette kan vere barn av rusmisbrukarar. På denne måten kan barn søkje til andre eller innover i seg sjølv, vil vere usynleg og utvikle eit skjult sjølv.
- Overinntoning: Å vere over beskyttande og invadere den andre. Det kan vere at den andre tek over kjenslene og legg føringar for korleis ein skal føle. Eller tek over opplevingane. «Vi som terapeutar kan tenke eller seie uff det må vere fælt, men for dei så er ikkje dette så gale». Schibbye (2012) skriv at når moren er invaderande og overidentifisert med barnet er ein overinntonar.

Alle inntoningane går over i kvarandre. Det er skadeleg om ein berre er på den eine inntoninga, og det er mest skadeleg fyrste leveår. Kva slags inntoning ein er på er det den andre som avgjer, om den er god eller dårleg (Bjørkly, 2018). Myklebust og Bjørkly (2011) beskriv at ein gjennom inntoning kan finne ut kva slags sjølvobjektrelasjon brukaren har behov for her og nå.

2.2.7 Vitalitetsaffekt

Stern såg på vitalitetsaffektar som følelsar knytt til livsprosses, og at dans eller musikk kan aktivere denne vitalitetsaffekten (Urnes, 2002). Vitalitetsaffekt vil seie å ha ei oppleving av å vere i live og kjenne seg heil. Eit eksempel på dette kan vere god følelsen ein får av å sparke fotball, då kan ein bruke det i samtalar for å bringe fram god følelsen, til bruk her og no. Stern forska på spedbarn og såg at barn reagerte på mor sine følelsar, det kopla han til vitalitetsaffekt. Ein kan hevde at ein treng vitalitetsaffekt for å oppleve å kjenne seg heil og som eit samanhengande sjølv (Bråten, 2004). For at barn skal kunne utvikle vitalitetsaffekt ser ein det som viktig at omsorgsgjevarane er affektinntona. Er det svikt i inntonningane kan det vere vanskeleg for barn å ha relasjonar til andre eller det å kjenne sine egne følelsar. Det kan skje fordi ein ikkje har noko vitalitetsaffekt, som kan bidra til at ein ikkje har sjølv-samheng eller har vanskar med å sjølvregulere. Det kan gi ei oppleving av det motsette av å kjenne seg i live (Bråten, 2004). Ein utviklar seg gjennom andre sjølvobjekt og med bakteppe i teorien står relasjon sterkt i sjølvpsykologien.

2.2.8 Relasjon

I 1956 kom «terapeutisk allianse» uttrykket av Zetzel, men blei seinare i 1967 snakka som arbeidsallianse av Greenson. Med det tenkte ein at arbeidsalliansen var ei fellesoppgåve (Schibbye, 2012). Vidare skriv Schibbye (2012) at terapeutisk lytting inneberer noko meir enn berre lytting, vi har med oss teori og det kan lett sperre for å få med det som er viktig. Ein treng difor å sette teorien litt i klemmer og tenkje at dialogen har som mål å skape endring. Dyregrov og Dyregrov (2019) hevder at det er ein forutsetning for tillitsbygging at terapeuten frå starten av tørr å snakke om og vere undrande om det som brukaren har erfart. I psykisk helsearbeid står ein i mange menneskemøte, og dei som står i ein sårbar situasjon vil relasjonen bli ein betydingsfull kontekst for den det gjeld (Bøe og Thomassen, 2017). Ein norsk studie har studert samanhengen mellom tidleg allianse og behandlingseffekt ved depresjon og angst. Studien viser at ved depresjon er det hensiktsmessig og positivt effekt ved behandlinga. Men ved angst ser studien at det er noko meir underordna. Ein ser at ved begge høve er terapeutisk allianse viktig og grunnleggande, men ikkje nødvendigvis tilstrekkeleg nok i all psykologisk behandling (Ryum, Stiles & Vogel, 2009). I alle typar relasjonar kan ein oppleve at det ikkje alltid er like god flyt i samtalane og ein kan møte diverse hindringar, det kan ein til dømes opplevast som det sjølvpsykologien beskriv som motstand.

2.2.9 Motstand

Når ein opplev motstand tenkjer ein at det kan vere kroppen sin beskyttelsesmekanisme, ein er redd for retraumatisering. Hartmann (2002) beskriv motstand som at terapeuten har aktivert noko i brukaren, som til dømes angst, tristheit eller sinne. Når ein opplev motstand i samtalar tenkjer ein at det er svikt hos terapeuten, terapeuten har då ikkje vore godt nok inntona. Som terapeut skal ein då gå i seg sjølv og utforske kvar ein eventuelt har svikta. Vidare ta på seg ansvaret for sine feil og legge seg flat og be om unnskyldning. Dette er viktig for det vidare arbeidet, slik at ein ikkje opplev at dialogen går i stå men at den blir gjenskap (Hartmann, 2000).

3.0 Empiri

For å kunne ta omsyn til anonymiteten og teieplikt har det blitt gjort endringar i høve historie og kontekst i empirien. Eg har valt å kalle denne personen for Pia og ho er i starten av 20 åra. Pia har sosialfobi, generalisert angst og depresjon. Vidare vil det bli lagt fram to forskjellige møter med Pia, det fyrste er eit av det fyrste møtet og det andre er ved eit seinare tidspunkt. Dette for å sjå på forandringa i relasjonen og samspelet.

3.1 Angst fasen

Avtalte å treffast men Pia dukka ikkje opp og svarte ikkje på telefon og det blir sendt ein tekstmelding. Dagen etter når eg kjem på kontoret og ser på telefonen har Pia svart på tekstmeldinga: «*Hei Malin. Eg klarte ikkje å kome meg ut døra i dag. Kan du sette opp ein ny time?*». Dette skjedde neste gong, og på nytt fekk Pia tilsendt tekstmelding med ny avtale.

Pia sit klar på venterommet og vi går til kontoret. Eg set meg ned, Pia er uroleg og vandrar litt før ho snakkar med litt heva stemme: «*Det er berre teit dette her! Eg vil eigentleg ha tilbake Åse, det var mykje betre då*». (Åse er Pia sin førre kontaktperson som har slutta). Kva var så mykje betre med Åse, spør eg forsiktig. Pia ser på meg og himlar med auget og seier: «*Det er berre at ho veit alt og har vore med meg frå starten*». Her synast eg det var vanskeleg å vite korleis eg skulle gå vidare. Opplevde at Pia var skuffa og irritert over å skifte kontaktperson.

Er det slik at du har nyleg slutta på praksisplassen på butikken spør eg. Pia svara med at ho ikkje fekk oppfølging frå NAV eller arbeidsgivar på butikken. Pia beskriv det som at ho måtte klare seg på eigenhand. I tillegg har det blitt mykje fråvær grunna angst og lite søvn, som vidare har ført til vanskar med å kome seg opp om morgonen. Pia sit med hendene i kors og ser ned medan ho snakkar om dette. Pia seier ho har fleire gongar gløymt å gi beskjed at ho ikkje kjem, og det var best å slutte, før ho avslutta med: «*Eg får ikkje til noko uansett*». Det må vere trasig for deg, sa eg. Eg merka at eg får fokus over på klokka og veit at neste brukar ventar. Det blei ei brå avslutning og vidare for å sette opp ny avtale.

3.2 Depresjonsfasen

Det har gått nokre månar og Pia kjem til kvar avtale. Eg spør innleiingsvis om korleis det har gått sidan sist. Pia fortel ho har tenkt mykje på det vi snakka om sist i forhold til det å skulle ta kontakt med pappa etter så mange år. Hadde tatt eit stort skritt kvelden før å klarte å sende tekstmelding til pappa. Sambuaren Erik er på jobbreise og var sjokkert over at Pia hadde tørt dette. Eg rosa Pia for innsatsen og seier at eg trur det har kosta henne mykje. Pia har tankar om kvifor han ikkje har svart enda, kva han eventuelt vil skrive eller ikkje skrive. Vil han eigentleg ikkje ha noko med ho å gjere?

Seinare i samtalen snakka vi om prosessen vidare med NAV. Pia vil ikkje ut i noko ny arbeidspraksis, beskriv livet som mørkt og dystert og ser ikkje noko lyspunkt i livet.

Vidare fortel Pia om mykje grubling og bekymringar no når sambuar er på jobbreise. Pia gir eit eksempel på at når han då ikkje svarar får ho negative tankar og opplever å bli sjalu og mistenksam. Dette har ført til lite søvn, dårleg matlyst og mykje grubling. Pia seier at det å vere åleine heime er einsamt og tung, spesielt då ho har lite nettverk.

Flyttar fokuset over på trening og ut ifrå det Pia fortel har venninna hennar vore ein god støttespelar der. No klarar Pia å gå tur med hunden fleire gongar for dag. Vi tek fram eit blankt ark og på den eine sida skriv vi stikkord for korleis situasjonen til Pia var for seks månar sidan og på den andre sida korleis det er i dag. Vi snakkar om hennar oppleving av å trene. Vi snakka om forskjellane på desse seks månane og Pia seier: «*Tidlegare klarte eg ikkje å fare på trening på grunn av angst, no er det meir mørkt og tungt*». Pia fortel litt om endringane og det kan verke som at det er ei retning mot det betre.

3.3 Refleksjon

Det fyrste møtet var det vanskar med å kome i posisjon, opplevde det som vanskeleg då eg kjente eit ubehag i etterkant at eg ikkje var bra nok. Det blei tema skifte i samtalen der eg kanskje eigentleg burde gått meir i djupna på kvifor ho ville ha tilbake Åse. Var det ubehaget eg kjente på som gjorde at det blei tema skifte? Ved det andre møtet så opplevde eg Pia som tung, ingen lyspunkt og alt var berre mørkt. Når eg tok fram eit ark og noterte stikkord om situasjonen til Pia så oppfatta eg at praten gjekk litt betre. Eg opplevde Pia som meir aktiv i samtalen. Ho stilte spørsmål som eg opplevde at ho hadde eit ynske om å vere lik eller føle eit fellesskap.

4.0 Diskusjon

Vidare vil eg diskutere dei to møta å sjå på kva som skjedde og knytte dette opp mot teori, kva kunne blitt gjort annleis og korleis forstå Pia sin situasjon ut frå eit sjølvpsykologisk tilnærming. Problemstillinga for oppgåva er: Korleis kan psykisk helsearbeidar bruke sjølvpsykologisk tilnærming i møte med menneske med angst og/eller depresjon? For å forsøke å svare på problemstillinga er diskusjonen delt inn i tre delar: Fyrste del ser om ein kan få ei anna forståing for angst og depresjon ved hjelp av sjølvpsykologien. I del to ynskjer ein å sjå korleis ein ved bruk av sjølvpsykologien kan forstå skepsis til nye relasjonar. Siste del vil prøve å belyse på kva måte kan sjølvpsykologien hjelpe psykisk helsearbeidar til å finne ei god tilnærming.

4.1 Korleis kan ein ved hjelp av sjølvpsykologien få ei anna forståing for angst og depresjon?

Ved fyrste møtet var Pia prega av høg angst, var motorisk uroleg, avlyste eller møtte ikkje opp og det var uføreseieleg. Pia har nyleg «mista» sin kontaktperson og skal forhalda seg til nokon nye. Sidan Pia har angst kan det tenkast at ho unngår situasjonar eller plassar som kan framkalle angsten. Folkehelseinstituttet (2019) seier at når det går utover livskvalitet og dagleg aktivitet er det ei angstliding. Haugsgjerd mfl. (2009) beskriv sosial fobi som angst for å treffe andre som ein ikkje er trygg på, fordi ein er usikker på korleis ein stiller seg til andre menneske. Ved generalisert angstliding kan ein bekymre seg mykje og

bekymringane kan bli ukontrollerbare. Nokre kan oppleve å få søvnevanskar, vere anspent og uroleg (Folkehelseinstituttet, 2019). Når eg var ny kontaktperson kan det tenkast at det skapte angst for Pia, og ved det så unngjekk ho å møte opp fordi det skapte fysiske symptom. Ein annan måte å forstå det på kan vere måten Kohut såg på patologi som svikt i empatisk kontakt og relasjonar i omgjevnadane. Kan det tenkast ut frå eit sjølvpsykologisk perspektiv at Pia har hatt svikt i relasjonar i barndommen som kan ha ført til angst og depresjon? For å finne ut av det kan eg lytte empatisk og på den måten vil ein kunne reparere sjølvobjektsvikta, slik at Pia vil oppnå å kjenne seg heil, utan skap og skyld (Haugsgjerd, 2009). Men frå ei anna side kan det tenkast at når angsten kom meir til syne kan ein undre seg ut frå eit sjølvpsykologisk forståing om det kan vere ei form for motstand eller sjølvobjektsvikt. Ein kan vere redd for det Hartmann (2000) beskriv som redsel for retraumatisering.

Pia beskriv livet som utan lyspunkt og at det er mørkt og dystert. Fell lett til tårene i samtalen. Pia beskriv at ho har tapt sjølvfølelse, livslyst, dårleg matlyst og lite søvn, dette er symptom i høve depressive plager. Helsedirektoratet (2010) beskriv at for å diagnostisere depresjon handlar det om kor mange depressive plager ein har, kor sterke dei er og korleis det påverkar ein i privatlivet og jobb. Det blir og hevda at depresjon ofte kan kome samtidig med til dømes angst. Ein kan undre seg om det var slik for Pia også, var det slik at depresjonen kom samtidig med angsten? Det kan ein finne ut ved å spørje Pia om når ho fyrst opplevde angst og depresjon? Kva var det som kom fyrst og korleis har det påverka henne den dag i dag? Karterud (2002) beskriv at det grandiose sjølvvet har behov for oppmerksomd og stadfesting. Pia fortel i samtalen : «Eg får ikkje til noko uansett», det kan ein tolke som at Pia har liten eigenverdi og at ho ikkje er så sterk på det grandiose sjølvvet og på den måten er sjølvvet fragmentert. Kan det tenkast ut frå sjølvpsykologien at når sjølvvet er fragmentert så kan depresjonen kome meir til uttrykk? Og at ein då kan få ein følelse av liten eigenverdi? Her kunne eg ha spegle Pia ved å spørje om oppfatninga ho har av å ikkje få til noko, korleis er det for deg? Har du hatt slike opplevingar tidlegare, og eventuelt korleis har det påverka deg i dag? Karterud (2002) beskriv at det grandiose sjølvvet treng å ha ein speglende sjølvobjekt i form av at ein har ynske om bli akseptert, sett, forstått og anerkjent. På den måten kan det tenkast at Pia får ei oppleving av å få eit stabilt og vitalt sjølv.

4.2 Korleis kan ein bruke sjølvpsykologi til å forstå skepsis til nye relasjonar?

I psykisk helsearbeid står ein i mange menneskemøte, og for dei som står i ein sårbar situasjon vil relasjonen bli ein betydingsfull kontekst for den det gjeld (Bøe og Thomassen, 2017). Denne oppgåva søker å finne ut korleis ein kan bruke sjølvpsykologiske tilnærming i møte med menneske med angst og/eller depresjon? Som tidlegare beskrive er relasjonar viktige i sjølvpsykologi. Fyrste møtet med Pia var ikkje relasjonen skapt og ein kan undre seg om Pia kan ha utfordringar med å stole på andre. Når eg ikkje oppnådde kontakt med Pia, så kan det tenkast at eg ikkje var heilt empatisk eller inntona. Då kunne ein for eksempel heller spurt Pia om kvar ho ville treffast i staden for å sende tekstmelding med ny avtale. Det kunne kanskje opna opp for at Pia fekk ei oppleving av å bli sett og høyr, og å bli møtt empatisk. Kohut meinte at vist ein blir møtt nok av terapeuten, vil ein utvikle sjølvstilt til å handtere egne utfordringar. Dette fordi sjølvstilt utviklar seg i samspel med andre (Karterud, 2002). Kan ein med bakteppe i sjølvpsykologien forstå dette som Pia sine tidlegare erfaring knytt til sjølvobjektsvikt og på den måten skepsis til nye relasjonar? Etter skilsmisse til foreldra mista Pia kontakt med sin far og for å forstå dette med bakteppe i sjølvpsykologien beskriv Karterud (2002) at sjølvobjektsvikt er empatiskvikt frå betydingsfulle andre. Kva ein opplev som svikt kan variere frå kvar einskild. Når kontaktpersonen Åse slutta, kan det tenkast at Pia fekk eit sjølvobjektsvikt. Åse som hadde vore der heile vegen slik Pia la det fram, og no måtte Pia forhalda seg til nokon andre. Eg opplevde det som vanskeleg og utfordrande å vite korleis eg skulle gå vidare når Pia hadde eit sterkt ynske å få tilbake Åse. Dette kan vere fordi underbevisstheita mi reagerte når Pia heva stemma si og eg opplevde Pia som frustrert. Tankar som har kome i etterkant er at eg opplevde det som vanskeleg å fylle andre sin sko, var eg den rette personen til å ta over etter Åse. Her kunne eg ha stilt spørsmål for å finne ut kva betydning Åse har vore for henne. Er det slik ho kan relatere det til svikten med sin far? Ved gjentatte empatiske svikt i omsorga seier Skårderud (2002) at det er risiko for svikt når det gjeld å skulle tilpasse seg og utfordringar ved integrering. Pia har fortalt om lite nettverk og kanskje det er vanskeleg å tilpasse seg ein ny plass og få nye venar. På den eine sida kan det tenkast at den tidlegare kontaktpersonen Åse har vore ein idealiserande sjølvobjekt for Pia. Dette med tanke på at ho ville ha henne tilbake og kanskje såg Pia opp til henne. På den andre sida kan det vere at Åse var ein tvillingsøkande sjølvobjekt ved at ho følte tillit til Åse. Kohut beskriv tvillingsøkande sjølvobjekt som nokon ein ser opp til og som ein kan oppleve tryggleik og

tillit saman med (Karterud, 2002). Det kan vere nokon ein har til felles og bestevenar er ofte eit slikt sjølvobjekt. Er det slik at venninna til Pia er hennar tvillingsøkande sjølvobjekt? Ein kan forstå det med tanke på at Pia har gitt uttrykk for viktigheita av venninna si støtte når det gjeld trening. Eller kan det vere slik at ho er eit idealiserande sjølvobjekt? Karterud (2002) beskriv det idealiserande sjølvobjekt som nokon ein ser opp til, som er større enn seg sjølv og som ein opplev tryggleik og tillit saman med. Med bakteppe i det idealiserande sjølvobjektet kan det tenkast at sambuaren til Pia kan vere eit idealiserande sjølvobjekt for Pia. Når han er vekke så mistar ho bærebjelken sin og tryggleik som kanskje er viktig for henne. For å finne ut kva sjølvobjektrelasjon Pia har behov for her og no, seier Myklebust og Bjørkly (2011) at det kan ein finne ut gjennom inntoning. Det kan vere at Pia treng forskjellige sjølvobjekt i forskjellige situasjonar og det bidreg til å styrke det tripolare sjølvvet. Sjølvobjekt er viktig for oss alle, Kohut forklarar sjølvobjekt som oksygenet ein pustar inn. Det berre er der og det er ein føresetnad for vekst og modning (Karterud, 2002). I forbindelse med NAV kan det tenkast at Pia kjenner på ein følelse av å vere hjelpelaus og treng støtte. Her kan eg som kontaktperson styrke det idealiserande polen i sjølvvet ved å spegle henne på det og vere til støtte. På ei anna side kan ho ha behov for tvillingsøkande sjølvobjekt, nokon å vere lik. For eksempel ved at eg blir med henne på eit NAV kontor kunne kanskje Pia få ei oppleving av likeverd å ha nokon å gå inn på eit NAV kontor saman med og opplev fellesskap. Det kan tenkast at ein kan kjenne seg liten i møte med system slik som NAV.

I samtalen med Pia fekk eg fokuset over på klokka og det blir ei brå avslutning. Dette skjedde akkurat når Pia starta med å opne seg og snakke om vanskelege ting. Karterud (2002) beskriv at brukarane kan oppleve dette som eit sjølvobjektsvikt når terapeuten til dømes tek ferie, sluttar, er dårleg opplagd eller avlyser. For å finne ut av opplevinga til Pia når vi måtte avslutte så brått, kan ein spørje om korleis ho opplevde det? Korleis var dette eigentleg for Pia? Kan ho ha opplevd det som ei ny avvising og kanskje til og med eit nytt sjølvobjektsvikt? Eit relevant punkt her kan vere tidsklemma ein terapeut har, arbeidsmengde, venteliste, pågang og ein samtale/oppfølging per time. Dette har fått meg til å undre over korleis det er for andre å kome til kontoret for så å opne seg. Kan det tenkast at ein bør ta individuelle vurderingar og finne ut kva kontekst det er best å treffast på. Ein kan kanskje oppleve å bli avvist eller bli såra når ein endeleg opna seg, for så å måtte avslutte. Når fokuset mitt er på klokka er tankeprosessen kome over på neste brukar.

Ein kan undre seg over korleis det har gått sidan sist og kva ein bør ha fokus på i dag. Det kan tenkast at eg gjekk glipp av verdifull informasjon knytt til det Pia sa eller korleis kroppsspråk hennar var. Her kunne eg heller ha forberedt Pia på at no har vi snart brukt opp tida. Spurt om det er noko vi ikkje har fått snakka om som burde ha blitt snakka om? Og deretter beklage at ein måtte avslutte så raskt på slutten. Sett på ein annan måte kan det å avgrense timane vere med på å skape tryggleik og ramme for samtalen.

Ved andre møtet er relasjonen på plass. Det er fleire faktorar som har blitt endra, blant anna at Pia møter til kvar avtale og vi har vi blitt betre kjent. Pia deltek meir på både organisert aktivitet og sjølvstendig aktivitet. Kan det tenkast at ved å få ein god relasjon til terapeuten, kan brukarar få relasjonsinnsikt og betre kunne forstå tidlegare og noverande relasjonar? Problemstillinga for denne oppgåva er å finne ut korleis psykisk helsearbeidar kan bruke sjølvpsykologisk tilnærming i møte med menneske med angst og/eller depresjon. Terapeutisk allianse er viktig og grunnleggande, men ikkje nødvendigvis tilstrekkeleg nok i all psykologisk behandling (Ryum, Stiles & Vogel, 2009). Eide og Eide (2003) hevder at for å kunne vere empatisk er det viktig ha ein evne til å kunne lytte og forstå andre sine følelsar og reaksjonar. Praksisplassen som Pia til slutt ikkje klarte å stå i lenger fordi ho hadde ei oppleving av at arbeidsgjevar ikkje la til rette, og som Pia sa ikkje forstod henna sin situasjon. Kan ein tolke det som at måten Pia blei møtt på i dag kan ha hatt påverkingar frå korleis ho blei møtt før i barndommen for eksempel? Skårderud (2002) beskriv at ved empatisk svikt er det risiko for svikt når det gjeld å tilpasse seg og kan få utfordringar når ein skal integrerast. For å finne ut av det kan ein spørje om ho har opplevd liknande situasjonar tidlegare og korleis det har påverka henne i dag. Då kan ein prøve å kome nærmare Pia og hennar forståing og oppleving av situasjonen knytt til arbeidsgjevar. Når Pia fekk spørsmål om vidare oppfølging frå NAV opplevde eg at Pia reagerte med å avvise dette, og svarar at ho ikkje ynskjer ny arbeidspraksis. Kan ein tolke dette som ein form for motstand? Hartmann (2002) beskriv motstand som at terapeuten har aktivert noko i brukaren, som til dømes angst, tristheit eller sinne. For å finne ut av dette kan ein utforske om korleis ho opplevde spørsmålet med vidare oppfølging? Kva var det som var vanskeleg på den tidlegare arbeidspraksisen? Og vidare å utforske korleis Pia opplev det no. Motstand kan komme som ein reaksjon av noko som ho tidlegare har opplevd og er redd for retraumatisering. På ei anna side kan det forståast som at motstanden eigentleg ikkje var noko motstand, men det var mi oppfatning av at det vart annleis stemning når vi snakkar om arbeidspraksis?

4.3 På kva måte kan sjølvpsykologien hjelpe psykisk helsearbeidar til å finne ei god tilnærming?

Stern utvikla fire inntoningstypar: manglande inntoning, selektiv inntoning, feilinntoning og overinntoning. Bjørkly (2018) seier at kva slags inntoning ein har er det den andre som avgjer om den er god eller ikkje. Det blei nemnt i førre avsnitt om motstand, ein annan måte å sjå det på innanfor sjølvpsykologien kan vere inntoning. Ved feilinntoning kan ein oppleve at eine dagen får ein skryt og den andre dagen kjeft. Det er totalt uføreseieleg seier Bjørkly (2018). Når Pia seier at «Eg får ikkje til noko uansett» kan det tenkast at Pia tidlegare har opplevd vanskar med å ta val, i frykt for kva tilbakemelding ho vil få? Her kan ein spørje Pia kva slag tilbakemeldingar ho tidlegare har fått? Og korleis det påverka henne i dag. Dette for å finne ut av Pia si forståing og prøve å finne ei god tilnærming. Kan ei anna mogleg forklaring ut frå sjølvpsykologien sjå det som at Pia har blitt møtt med ei selektiv inntoning? Sett at ho hadde blitt møtt med ei selektiv inntoning kan det vere at Pia ser på andre sine forventningar som viktige og ikkje hennar behov (Schibbye, 2012). Då kunne Pia ha oppfatta meg slik at ho var usikker på kva ho skulle svare meg i frykt for at det ikkje var etter mine forventningar? På ei anna side kan ein prøve å vere undrande om korleis Pia har blitt møtt i barndommen. Spørsmål ein kan stille for å kome nærmare hennar forståing kan vere: «Du seier at du ikkje får til noko uansett. Har du hatt den opplevinga lenge? Korleis er det for deg å snakke om det her og no? Korleis har det prega deg i dag?». Frå ei anna side kan ein sjå det som at Pia kan ha blitt møtt med ei manglande inntoning. Urnes (2002) skriv at manglande inntoning får ein ikkje stadfesting og ein kan oppleve å føle seg aleine. Det har tidlegare i oppgåva blitt nemnt at Pia har fortalt om liten eigenverdi og med bakgrunn i det kan det tenkast at ho ikkje har følt seg elska, sett, høyrte eller spegla. Vidare skriv Urnes at ein kan sjå på manglande inntoning som at ein blir neglisjert ved å vere fysisk til stede, men ikkje psykisk. Det å ha kunnskap om dei ulike inntoningstypane kan hjelpe psykisk helsearbeidar til å forstå den enkelte betre. Korleis har dei blitt møtt eller ikkje møtt tidlegare og korleis har det påverka dei i dag. Ved å inntone seg å møte dei behova dei har og eventuelle pola i sjølvvet dei ikkje har fått utvikla, kan ein finne ut av kva slags sjølvobjekt den enkelte har behov for.

Når eg sa til Pia at det må vere trasig for deg, så kan det tenkast at eg var overinntona ved at eg sette andre ord og følelsar på opplevinga hennar (Schibbye, 2012). For å finne ei god tilnærming burde eg heller spurt om Pia si oppleving og at ho sjølv fekk sette ord på

korleis det var for henne. Ut i frå sjølvpsykologien sin teori knytt til inntoning kan det sjåast ut som eg ikkje var godt nok inntona i høve der Pia var. Då kunne eg heller til dømes ha vore meir empatisk å lytta til Pia sine følelsar. Å på den måten kunne kome nærmare Pia og ha ei felles oppleving av å vere her og no. Det er viktig å vere inntona til å treffe den enkelte der den er (Eide og Eide, 2003). På ei anna side kan det vere at Pia for fyrste gong har følt at nokon andre har forstått korleis ho har hatt det då eg sette ord på at det var trasig. Og på den måten kunne Pia få ei oppleving av å bli sett og forstått.

Problemstillinga for oppgåva er å forsøke å sjå korleis ein kan bruke sjølvpsykologisk tilnærming i møte med menneske med angst og/eller depresjon. Bråten (2004) seier at ein treng vitalitetsaffekt for å kjenne seg heil og som eit samanhengande sjølv. Her kan eg gjennom spørsmål leite etter andre opplevingar eller interesser som kan vekke denne vitalitetsaffekten. Spørsmål ein kan stille kan vere: «Kva likte du å gjere når du var yngre? Gjekk du på nokon fritidsaktivitetar i form av handball, fotball, dans, song eller friidrett?». Sett at Pia svarte at ho tidlegare gjekk på handball og song. Då kan ein få til ein prat kring korleis det var for henne, finne meistringsfølelse og godfølelsen til bruk i samtalen her og no. Stern såg at blant anna dans og musikk kan aktivere denne vitalitetsaffekten (Urnes, 2002). For å kunne aktivere vitalitetsaffekten kan ein spørje Pia om følelsane ho hadde når ho gjekk på handball og song. Og deretter spørje om det er noko som har skjedd i nyare tid som har gitt ho den same følelsen. Sjølvpsykologien seier at ved å få fram vitalitetsaffekt i samtalen kan det bidra til å styrke sjølvvet. På ei anna side kan det tenkast at Pia ikkje fekk vitalitetsaffekt av å vere med på handball og/eller song. Det kan vere at Pia har følt press av foreldre til å vere med på desse aktivitetane. Schibbye (2012) beskriv det som selektiv inntoning og at ein blir prega av foreldre sine behov, tankar og synspunkt. Ein kan då prøve å leite etter andre god følelse som har skjedd i nyare tid for å bringe fram vitalitetsaffekt i samtalen. Når det blei skrevet stikkord for korleis Pia var for seks månar sidan versus i dag, kan det tenkast at det kan vere med på å flytte fokus vekk frå det negative og at ho sjølv såg utviklinga. Dette kan bidra til å skape nytt håp, samtidig kan det føre til meistringsfølelse og aktivert vitalitetsaffekten. Det kan vere ei god tilnærming å leite etter god følelsen i samtalen og kanskje ei oppleving av å kome den andre nærmare. Det er ulike måtar å sjølvregulere på, og ein finn seg strategiar for å hente seg tilbake for å oppnå sjølv-samanheng. Sjølv-samanheng vil seie at ein har ein følelse av å henge saman her og no, og at det varar over tid. For at Pia kan få ei oppleving av å føle seg heil og som ein samla person (Urnes, 2002). Det er ulike måtar å sjølvregulere på, det kan vere å lese,

høyre musikk, gå tur, ruse seg eller sjølvskading. Kan det tenkast at Pia brukar gå turar med hunden og trening som sjølvregulering? Det kan ein finne ut ved at ein spør om korleis Pia reagera på irritasjon/angst/depresjon. «Kva var det slags strategiar du hadde tidlegare, er det noko du brukar i dag? Sett at du brukte liknande strategiar i dag, korleis hadde det vore?». Ved å undre seg og stille spørsmål om strategiar til bruk her og no kan vere ei god tilnærming for å kome nærmare Pia sin forståing og oppleving.

5.0 Konklusjon

Problemstillinga i denne oppgåva er: «Korleis kan psykisk helsearbeidar bruke sjølvpsykologisk tilnærming i møte med menneske med angst og/eller depresjon?».

Bruken av sjølvpsykologisk tilnærming har eg innsett gjennom skriveprosessen av det er viktig å ha ein god relasjon for å kome nærmare den andre sin forståing. Er relasjonen god nok kan ein oppnå eit stabilt sjølv og føle seg som ein heil og samla person. Det å ha kunnskap om dei ulike inntoningstypene gjer at ein kan møte den andre alt etter kva behov den har. Ein kan få ein forståing av tidlegare erfaringar som kan ha påverknad den dag i dag. Kva slags sjølvregulering bruker ein for å hente seg inn igjen å oppnå sjølvsamheng. Det å leite etter god følelsen som kan vekke vitalitetsaffekt kan vere nyttig å bruke i samtalen for å bringe eventuelle tidlegare eller noverande godfølelse.

Ein ser i denne oppgåva at sjølvpsykologi kan vere ei god tilnærming til menneske med utfordringar knytt til angst og/eller depresjon. Men det finst ikkje eit fasit svar. På førehand hadde eg gjort meg opp ei meining om å finne litteratur/forsking av nyare tid. Det var vanskar med å avgrense søket, og ser det som ei svakheit med oppgåva då det hadde vore interessant å sett om der var forsking i høve angst og depresjon opp mot sjølvpsykologisk tilnærming. Ei anna svakheit med oppgåva var at ein ikkje fekk belyst betydninga av familie og nettverk. Det hadde vore interessant for vidare forsking å sett på om systemisk tilnærming kunne vore til nytte eller hjelp i høve møte med menneske med angst og/eller depresjon.

6.0 Kjeldeliste

Bjørkly, Stål (2018): *En introduksjon av noen sentrale psykoterapeutiske perspektiv.*

Forelesning ved Høgskulen i Molde, vidareutdanning psykisk helsearbeid.

20.08.2018.

Bråten, Stein (2004): *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom.*

Oslo: Universitetsforlaget 2 utg.

Bøe, Tore og Arne Thomassen (2017): *Psykisk helsearbeid: å skape rom for hverandre.*

Oslo: Universitetsforlaget

Dyregrov, Atle og Kari Dyregrov (2019): *Hva gikk galt? En mor forteller om barrierer for profesjonell hjelp etter traumer og tap.*

<https://psykologisk.no/2018/08/hva-gikk-galt/> (Lest 01.02.2020).

Eide, Hilde og Tom Eide (2003): *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling,*

konfliktløsning, etikk.

9 oppl.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet 2018: *Psykiske lidelser hos voksne.*

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/> (Lest 24.03.2020)

Folkehelseinstituttet 2019: *Fakta om angst.*

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/angst/> (Lest 15.01.2020).

Hartmann, Ellen (2000): *Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi. I: A.*

Holte, M. Rønnestad og G. Nielsen (red): Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Hartmann, Ellen (2002): *Joseph Lichtenberg: Selvsykologi eller motivasjonsteoretiker? I:*

S.Karterud og J.T.Monsen (red): Selvsykologi. Utviklingen etter Kohut. 4 oppl.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke (2009): *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. 3 utg.

Oslo: Gyldendal akademisk

Helsedirektoratet 2010: *VEIVISER I MØTE MED HELSEPERSONELL, Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon*.

https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/informasjon-til-brukere-og-parorende-om-anbefalt-behandling-av-depresjon/Informasjon%20til%20brukere%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20om%20anbefalt%20behandling%20av%20depresjon.pdf/_attachment/inline/51c22466-a389-4644-a65f-be1c5950fbef:9ec7413dc61c96d540245ae9a062af257b15a002/Informasjon%20til%20brukere%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20om%20anbefalt%20behandling%20av%20depresjon.pdf (Lest 15.01.2020).

ICD-10: *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*.

https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka/_attachment/inline/2940e18d-9320-4536-b627-0f6289e362f6:6875a2309af7447a26d9731a6e7ff2cba814c14e/ICD-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelse%20kliniske%20beskrivelser%20og%20diagnostiske%20retningslinjer.pdf (Lest 24.03.2020)

Karterud, Sigmund (2002): *Heinz Kohut selvspsykologi*. I: S.Karterud og J.T.Monsen (red): *Selvspsykologi. Utviklingen etter Kohut*. 4 oppl.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Mueser, Kim T., Douglas L. Noordsy, Robert E. Drake og Lindy Fox (2006): *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*.

Oslo: Universitetsforlaget

Myklebust, Kjellaug og Stål Bjørkly (2011): *Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner: en kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere.*

Vård i Norden, 31 (3): 35-39

NHI (Norsk helseinformatikk) (2019): *Forekomst av depresjon.*

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/> (Lest 15.01.2020).

Ryum, T., Stiles T.C. & Vogel, P.A. (2009): *Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst.*

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/07/kvaliteten-pa-tidlig-terapeutisk-allianse-som-prediktor-behandlingseffekt-ved>

Schibbye, Anne-Lise Løvlie (2012): *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi.* 2 utg.

Oslo: Universitetsforlaget

Skårderud, Finn (2002): *Vekten av et selv. Spiseforstyrrelser og selvpsykologi.* I:

S.Karterud og J.T.Monsen (red): *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut.* 4 oppl.

Oslo: Gyldendal Akademisk

Urnes, Øyvind (2002): *Utviklingspsykologi og selvpsykologi.* I: S.Karterud og J.T.Monsen (red): *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut.* 4 oppl.

Oslo: Gyldendal Akademisk