



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Tittel: Korleis kan eg som psykisk helsearbeidar skape relasjon til ein traumatisert brukar med PTSD ut frå eit sjølvpsykologisk perspektiv?

Kristine Pettersen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 26.03.2020



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: Tor-Johan Ekeland

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:

Antall ord: 8430

Forord:

*Skal vi vandre med et menneske fra uro og smerte
til trygghet og livsutfoldelse, må vi få tak i rytmen i kroppen.
Skjønnheten i sjelen. Savnet og styrken i hjertet.
Vi må slippe til kreativiteten som kan være med
å redefinere dem som er stigmatisert et sted de ikke vil være.
Vi må vise veier til gleden og tryggheten som
gjør det lettere å glemme det vonde. Vi må få tak i motet som
løfter blikket mot den andre. Selv når vi har det som verst selv, kan vi finne
veier videre mot helheten ved å være en venn for den som trenger det. Noen
ganger begynner det med et smil og et blick som forteller: «Jeg er
interessert i hvem du er og vil deg vel».*

-RVTS Sør 2016

Sammendrag

Mange born og unge har opplevd traume eller svikt i barndommen som har ført til ulike typar psykisk lidning i voksenalder. Eg har i denne oppgåva sett på korleis ein best kan komme i posisjon til å hjelpe denne gruppa brukarar. Ved hjelp av sjølvpsykologisk perspektiv, kan ein gjennom empatisk lytting og fortolkning prøve å hjelpe til med å reparere sjølvobjektssvikt slik at brukaren kan eige sine egne kjensler og føle seg heil. Dette kan gi brukaren stadfesting som styrkjer sjølvkjensla og ei oppleving av samanheng, meining og vitalitet.

Teoridelen i denne oppgåva består av viktige omgrep og prinsipp i sjølvpsykologien, i tillegg til ei beskriving av traumeomgrepet, langtidsverkander av traumar og posttraumatisk stress syndrom. I empiridelen vert «Pål» si historie presentert og diskusjonsdelen består av refleksjonar kring problemstilling, empirien og sjølvpsykologisk tenking.

Oppgåva fortel «Pål» si historie og beskriv mitt møte og mine opplevingar med han. «Pål» har opplevd mykje traume og svik og barndom og oppvekst og har i voksenalder fått diagnose posttraumatisk stress lidning. Ved hjelp av sjølvpsykologien har eg sett på korleis eg kan skape ein god relasjon til «Pål». I fylgje sjølvpsykologien har relasjonen i seg sjølv endringskraft og i lys av relasjonen kan brukar forstå seg sjølv betre og oppnå betring.

Eg har vidare sett på korleis Pål sin relasjonskompetanse er i dag etter dei traumane og opplevingane han har hatt i livet. Eg har også prøvd å belyse ulike utfordringar i forsøket på å skape ein relasjon til Pål. Utfordringane kan vere det å kome i posisjon, vite korleis ein nærmar og inntonar seg, korleis handtere motstand og korleis handtere engasjerte pårørande. Til slutt har eg drøfta kring spørsmålet om ein god relasjon er nok i behandling av traumatiserte unge.

Innhold

1.0	INNLEIING	1
1.1	Litteratursøk	2
1.2	Problemstilling	2
2.0	SJØLVPSYKOLOGI	3
2.1	Det tripolare sjølvvet	3
2.2	Sjølvobjekt og sjølvobjektssvikt	5
2.3	Inntoning	6
2.4	Sjølvsamanheng, sjølvregulering og vitalitetsaffekt	7
2.5	Motstand.....	7
2.6	Relasjonar og terapeutisk allianse	8
3.0	TRAUMER OG POSTTRAUMATISK STRESS	10
3.1	Kva er traume?	10
3.1.1	Utviklingstraume.....	10
3.1.2	Langtidsverknader av traume.....	11
3.2	Posttraumatisk stress liding (PTSD).....	12
4.0	EMPIRI	13
4.1	Fyrste møte med Pål	13
4.2	Heimebesøk med Pål	14
4.3	Vidare oppfølging av Pål.....	15
5.0	DISKUSJON	16
5.1	Sjølvobjektssvikt og eit fragmentert sjølv	16
5.2	Å skape ein relasjon	18
5.2.1	Å komme i posisjon	18
5.2.2	Motstand.....	20
5.2.3	Er ein god relasjon nok?.....	21
6.0	KONKLUSJON	23

1.0 INNLEIING

I følge Ormhaug (2016) er talet på born og unge som vert utsett for potensielt traumatiserande hendingar i Norge høgt. Denne gruppa har ofte opplevd mange svik og brotne relasjonar, og vil derfor være ekstra sårbare og vanskelige å engasjere i ein ny relasjon. Nordanger og Braarud (2017) hevdar at vi i dag har forskningsmessig belegg for å hevde at kroniske traumatiske belastningar tidleg i livet er ein betydeleg trussel mot den generelle folkehelsa.

Sjølvspsykologi er ei psykodynamisk retning grunnlagt på 70-talet av Kohut, som legg stor vekt på relasjonar. For å forstå den andre, må vi vite kva relasjonar vedkomande har og har hatt i livet sitt. Når terapeut og brukar får ein relasjon, kan brukar få meir relasjonsinnsikt og forstå tidligare og noverande relasjonar betre. Relasjonen i seg sjølv har endringskraft og i lys av relasjonen kan brukar forstå seg sjølv betre og oppnå betring.

Narrativet i denne oppgåva byggjer på historia om «Pål» som har vore utsett for komplekse traumar gjennom heile oppveksten og har fått diagnose posttraumatisk stress lidning. Korleis kan hjelpeapparatet møte «Pål» og hjelpe han på best mogleg måte, kan sjølvspsykologi nyttast som perspektiv inn mot denne gruppa brukarar? Vil ei sjølvspsykologisk tenking vere nok, eller bør ein også ta i bruk andre metodar? Dette er spørsmål som vil bli drøfta i denne oppgåva.

Empati og inntoning er viktige verkemidlar innan sjølvspsykologien. Den viktigaste terapeutiske oppgåva er å prøve å forstå brukar sin erfaringsverden og livshistorie, og brukar må ha ei genuin oppleving av å føle seg forstått av terapeuten. Gjennom empatisk lytting og fortolkning, kan terapeuten prøve å hjelpe med å reparere sjølvobjektssvikt slik at brukar kan eige sine egne kjensler og føle seg heil, utan skam og skyld. Dette kan gi brukaren stadfesting som styrkjer sjølvkjensla og ei oppleving av samanheng, meining og vitalitet. Viktige terapeutiske kjenneteikn innan sjølvspsykologi er å vere kjenslemessig tilstade, empatisk lytting og forståing, forutsigbarheit, klarheit, ansvar, respekt, omsorg og ivaretaking. Dette er kjenneteikn eg vil prøve å tilstrebe i mi rolle som helsepersonell i kommunal psykisk helseteneste i møte med menneske som treng hjelp.

1.1 Litteratursøk

Eg har brukt ein del pensumlitteratur og funne litteratur ved manuelle søk. I tillegg har eg føretatt søk på ulike databasar.

Søkte på Norart med søkeorda selvspsykologi og traume. Fikk opp fleire funn og fant ein artikkel som eg ville bruke i oppgåva.

Søkte på SveaMed+ med søkeorda posttraumatic stress disorder, self psychology og trauma i ulike kombinasjonar. Fikk fleire treff men ingen relevante for mi oppgåve. Prøvde å søke med dei same orda i Oria. Fikk ikkje funn på artiklar, men fant ei bok eg ville bruke.

Føretok søk på Google scholar med søkeorda relasjonsbygging, terapeutisk allianse, terapeutrelasjon, posttraumatic stress disorder og trauma. Fikk funn på fleire artiklar, valte ein om traume og to om terapeutrelasjonar som eg har inkludert i oppgåva.

1.2 Problemstilling

«Korleis kan eg som psykisk helsearbeidar skape relasjon til ein traumatisert brukar med PTSD ut frå eit sjølvpsykologisk perspektiv?»

I oppgåva ønsker eg å sjå nærare på korleis eg som helsepersonell i kommunal psykisk helseteneste kan skape relasjon til eit menneske som har opplevd traume og har posttraumatisk stress syndrom ut frå eit sjølvpsykologisk perspektiv. Empirien eg har valt, fortel historia om «Pål» og mine opplevingar i møte med han. Eg har valt å sjå på korleis Pål sin relasjonskompetanse er i dag etter dei traumane og opplevingane han har hatt i barndom og oppvekst. Eg har også valt å sjå på dei ulike utfordringane eg har møtt i forsøket på å skape ein relasjon til Pål. Ei av utfordringane har vore å kome i posisjon til Pål, korleis nærme meg og inntone meg, korleis handtere motstand og korleis handtere engasjerte pårørande. Eg har til slutt sett på om ein god relasjon er nok i behandling av traumatiserte unge. På grunn av oppgåva sitt omfang, har eg valt å ikkje gå i djupta på pårørandeperspektivet. Eg har likevel valt å inkludere det i oppgåva, då det har vore ei av utfordringane i møte med «Pål». Eg har heller ikkje gått i djupta på traumeteori og behandling av traume.

2.0 SJØLVPSYKOLOGI

Sjølvspsykologi er ei retning innan psykodynamisk teori grunnlagt av Heinz Kohut i 1970-åra. Retninga ligg innanfor psykoanalysen (Karterud 2005). Sjølvspsykologi er ein relasjonspsykologi, fokuset er på relasjonar og ikkje på diagnose. For å forstå den andre, må vi vite kva type relasjonar vedkomande har og har hatt tidligare. Når brukar og terapeut får ein relasjon, kan vedkomande få meir relasjonsinnsikt og dermed forstå tidligare og noverande relasjonar betre. I Sjølvspsykologien vert menneske sett på som relasjonelle med behov for å ha relasjonar. Dette bidrar til å auke og utvikle vitalitetseffekt og styrke vår oppleving av sjølv-samanheng.

Kohut var opptatt av empati og inntoning som viktige arbeidsverktøy i terapien. Empati handlar om å sette seg inn i den andre sitt perspektiv og få den andre til å føle seg forstått. Det er ein vedvarande prosess som handlar om å forstå den andre si indre referanseramme. Karterud (2005) skriv at Kohut la stor vekt på empatisk forståing. Han meinte at den drivande motivasjonen i menneskelivet var å streve etter fylde, heilskapleg, vitalitet og balanse. Vi kan ikkje sjølv definere oss som empatiske, det er den andre som skal oppleve at vi er empatiske og forstår deira situasjon.

Inntoning er ein føresetnad for at vi skal kunne opplevast empatisk. Vi må vere «innstilt på» pasienten sin kjensler, vere på same frekvens. Inntoning vil seie å vere i situasjonen her og no, prøve å opprette ein relasjon og komme kjenslemessig nær den andre.

2.1 Det tripolare sjølv

Sjølv er den psykologiske instansen som gjer det mogleg for menneske å oppleve seg sjølv som ei heilheit eller som ein samla og unik person (Haugsgjerd et al. 2009). Sjølv er opplevingsnært og utviklar seg langs sin eigen utviklingslinje og i samspel og samhandling med objekta. Sjølv er alltid i bevegelse og dermed utsatt.

Kohut beskriv sjølv som eit dynamisk system med tre ulike polar som er forankra i kjernesjølv. Kjernesjølv er ein funksjonalitet som er forskjellig frå individ til individ (Karterud 2017). Dei tre polane, det grandiose sjølv, det tvillingssøkande sjølv og det idealsøkande sjølv, har ein del grunnleggande behov som må dekkast for ein optimal utvikling (Karterud 2005).

Det grandiose sjølvvet handlar om eigenverdi og sjølvtilitt. Polen går i frå å føle seg totalt verdilause, til å føle seg heva over alle andre. Det grandiose sjølvvet har behov for å bli anerkjent og beundra av andre. Denne delen av oss treng bekrefting eller merksemd frå andre, og det grandiose sjølvvet utviklar seg i samspill med speglende sjølvobjekt. Manglande speglende sjølvobjekt kan føre til at ein trekk seg mot ein av ytterpolane eller ein kan også vere veldig svingande.

På same måte som barn har eit behov for å bli bekrefte som ”perfekt” av viktige sjølvobjekt, har de også eit naturleg behov for å oppleve sjølvobjekta som ”perfekte”. Dette er den andre polen i det tripolare sjølvvet som dreiar seg om å idealisere eller sjå opp til andre, det idealiserte sjølvvet. Det idealiserande sjølvvet søker støtte, nokon å lene seg på, sjå opp til og søke trøst hos. Polen går i frå å vere ein hjelper til å føle seg hjelpeløs og ein kan veksle mellom sjølv å vere støttande til sjølv å trenge støtte. Har individet hatt nokon å sjå opp til? Dersom ein vert møtt, kan ein utvikle ubalanse i sjølvvet.

Det tvillingssøkande sjølvvet søker ein tvilling-relasjon for å få bekrefte eigen eksistens. Polen går i frå å vere i eit fellesskap, til å vere ein einstøing. Det handlar om å kjenne tilhørigheit og finne nokon som er lik. Eit ønske om å knyte seg til nokon man kan dele like interesser, tankar, erfaringar og opplevingar med. Bestevenner, kjæledyr og fantasivenner er døme på dette. I terapi, og spesielt gruppeterapi, møter ein ofte menneske som føler at dei er heilt aleine med sine problem. Dei kan tru at dei er aleine om angsten eller tvangstankane, men oppdagar i dialog med andre at desse symptoma er felles. Ein slik erkjenning er ofte helande i seg sjølv, nettopp fordi individet kan føle seg meir ”alminneleg” eller lik sine medmenneske.

Innanfor sjølvpsykologien er samanheng i sjølvvet den ideelle psykiske tilstanden for oss menneske. Det motsette er eit fragmentert sjølv, noko som i følgje Kohut er utgangspunktet for ”psykisk lidning”.

Dersom kjernesjølvvet på en eller annan måte er skada, kan fragmenteringa verte så omfattande at sjølvvet nærast går i oppløysing, noko som igjen kan forårsake psykose. Dette kan resultere i ei kjensle av å være fanga i en øydelagt kropp som ikkje reagerer slik vi forventar og dermed kan kjennast framand. Det kan også skape ei kjensle av at andre dirigerer eller influerer på våre tankar, kjensler og handlingar, noko som igjen kan gi fornemmelsen av å ikkje oppleve en forståelig samanheng i oss sjølv (Kohut 2000).

2.2 Sjølvsjekt og sjølvsjektssvikt

Kohut meinte at sjølvsjekt er andre personar som gjennom visse handlingar og veremåtar støttar opp om individet sin sjølvsjøving (Hartmann 2000). Med andre ord er sjølvsjekt viktige og betydningsfulle andre. Det treng ikkje vere personar, det kan vere ein ting, kultur, dyr, ein religion og liknande. I fylje Hartmann (2000) så utøvar sjølvsjekta sjølvsjektsfunksjonar overfor individet ved å medverke til at individet får ei kjensle av vitalitet, samanheng, tryggleik og kompetanse.

Sjølvet utviklar seg i samspel med objekta og vi er avhengig av sjølvsjekt og sjølvsjektsrelasjonar heile livet. Kohut delte sjølvsjektsrelasjonar inn i tre ulike formar.

For at det grandiose sjølvet skal utvikle seg, treng det eit speglende sjølvsjekt. Det speglende sjølvsjektet reflekterer kven du er, du vert sett og opplev deg anerkjent, verdsett og forstått. Det er viktig at det må opplevast som sant og ekte.

For at det idealiserande sjølvet skal utvikle seg, treng det idealiserte sjølvsjekt som er den vi kan støtte oss på, snakke med vanskelege ting med. Det er viktig å ha nokon å gå til når det røynar på, nokon å sjå opp til og idealisere. For at det tvillingssøkande sjølvet skal utvikle seg, treng det eit tvillingssøkande sjølvsjekt. Dette er personar som ein gjerne skulle har vore eller bytta identitet med. Nokon som ein er lik, som ein kan identifisere seg med.

Alle har behov for bekreftande sjølvsjekt heile livet. Sjølvsjektssvikt er i følgje Karterud (2005) empatisvikt frå betydningsfulle andre. Uansett kor mye vi anstrengar oss, kor empatiske vi enn måtte vere som terapeutar, så vil vi med nødvendighet ofte svikte den andre si intense behov for å bli eksakt forstått, høyrte og tatt omsyn til. Dette kan skje ved at vi som terapeutar f.eks. tek ferie, avlys timar, vert sjuke, osv. Frå pasienten si side opplev dette som sjølvsjektsvikt.

Patologi er eit resultat av svikt i relasjonar til den betydningsfulle andre og vektlegging og handtering av sjølvsjektsvikt er det som skil sjølvspsykologisk psykoterapi frå andre formar.

2.3 Inntoning

Daniel Stern (1934-2012) var opptatt av forholdet mellom barnet og betydingsfulle andre. Affektinntoning skjer når mor og barn les kvarandre sine kjensletilstandar og gjennom det opplev fellesskap (Haugsgjerd et al. 2009). Affektinntoning handlar om å stille seg inn på kvarandre sine kjensleuttrykk, vere kjenslemessig samstemt. Menneske har behov for å føle seg heil, verdifull og grunnleggande forstått av betydingsfulle andre. Man vil oppleve ein gjensidighet av å dele kjensler med andre, der man får bekrefte og integrert kjensler i sitt eige personlege kjensleregister.

Daniel Stern utvikla 4 inntoningstypar; selektiv, manglande, feilinntoning og overinntoning.

Ved selektiv inntoning vert ein møtt på nokon kjensleuttrykk og ekskludert på andre. Det er andre sine forventningar og ikkje dine egne behov som er viktig. Andre tek over og bestem kva reaksjonsmåtar som er godkjent. Ein vert berre møtt på visse kjensler. «Vi er ikkje slik i vår familie, vi gret ikkje i vår familie», ein vert overkontrollert og forma i ei bestemt retning. Ein kan utvikle eit «falskt sjølv» fordi ein innordnar seg etter andre sine forventningar. Ein vert noko andre forventar.

Manglande inntoning vil seie oppleving av å ikkje bli sett, møtt eller bekrefte. Ein opplev ingen spegling, ingen kommunikasjon, ein kan føle seg veldig aleine. Kan føre til omsorgssvikt i yste konsekvens ved totalsvikt og neglekt. Born som opplev dette kan skape seg ei trygg fantasiverd.

Ved feilinntoning vil det vere totalt uforutsigbart kva respons ein får frå omgjevnadane. Det kan vere at ein får skryt/ros ein dag, og blir heilt oversett neste dag. Ein kan utvikle eit «skjult sjølv», gjere seg sjølv «hemmelig» for å skjerme seg sidan ein aldri veit korleis ein vert møtt. Ein vel å ikkje vise seg sjølv eller sine kjensler på grunn av redsel for andre sine reaksjonar.

Overinntoning vil seie ei overidentifisering frå den andre. Ein vert valsa ned, den andre tek over dine kjensler og bestemmer korleis du skal føle. Det kan ofte vere velmeint, men det kan stele livsrom og opplevast invaderande. Ein blir møtt på følelsar, men den andre tek over. Ein vet ikkje heilt kven ein er og ein vert usjølvstendig.

2.4 Sjølvsamanheng, sjølvregulering og vitalitetsaffekt

Sjølvsamanheng vil seie å henge saman her-og-no, og over tid. Sjølvsamanheng er bærande for å ha eit stabilt og vitalt sjølv. Det er viktig med ein god grunnmur i tidleg leveår, og derfor er det viktig at sjølvobjekta bistår barnet i sjølvregulering.

Sjølvregulering omfattar kontroll over emosjonelle, kognitive, oppmerksomheits-, fysiologiske, og relasjonelle prosessar, som vert integrert til målretta aktivitet (Calkins og Fox, 2002). Gjennom positivt samspel og ei oppleving av at omsorgsgjevar er ei trygg hamn for trøst og beskyttelse, vil barnet lære å kjenne igjen kroppslege signal, skilje mellom kjensler og forstå kva kjenslene betyr. Slik erverar også barnet eit repertoar av måtar å regulere ned intense kjensler på.

Menneske tåler vanlegvis ei krise ved å bruke sjølvregulering for å gjenopprette sjølvsamanheng. Sjølvregulering vil seie at vi føler at vi eig våre egne kjensler og opplevingar, og kan styre eigen atferd, reaksjonar, tenking og kjensler. Sjølvregulere er det vi gjer for å oppretthalde sjølvsamanheng, for å ta oss inn igjen.

Stern introduserte omgrepet vitalitetsaffekt. Vitalitetsaffekt er knytt til opplevinga av å kjenne seg i live, å bli rørt av gode kjensler. Det handlar om å føle seg heil og kjenne at ein er i «live». At ein kan verte rørt av kjenslene ein får i ulike opplevingar. Det kan både vere konkrete opplevingar eller livsprosessar. Å kjenne seg «levande», «fallande», «flytande», «synkande» er typiske vitalitetsaffekter. Schibbye (2009) hevdar at vitalitetsaffektar kan hemmast eller stimulerast i utviklingsprosessen. Ei hemming kan føre til ei kjensle av livlausheit og «tomheit». Schibbye (2009) tenkjer at ein slik mangel kan føre til at individet oppsøker opplevingar i for eksempel rus eller farlege situasjonar i eit forsøk på å føle seg levande. Det er derfor viktig at individet har tilgang til vitale affektive prosessar. Terapeuten må i samtalen vere opptatt av å hente fram «godkjensla» for å styrke sjølvvet. Dersom ein har god vitalitetsaffekt er ein meir styrka til sjølvregulering, og kan takle negative opplevingar betre (Karterud 2005).

2.5 Motstand

Motstand er eit sentralt omgrep i sjølvpsykologisk teori. I fylje Hartmann (2000) kan motstand utarte seg som ein meir eller mindre bevisst tilbakehalding av informasjon, som

ubevisst fortrengeing eller som ubevisst utagering. Motstand er ein beskyttelsesstrategi som spring ut av individet si trong til å unngå ubehag.

Kohut understreka at motstand ikkje måtte bli forstått som motstand mot innsikt og mot å bli frisk, men som beskyttelse mot retraumatisering i terapisisituasjonar. Når motstand oppstår, er det eit signal på at noko i situasjonen eller noko ved terapeuten har aktivert angst, skyld, skam eller andre smertefulle kjensler hos klienten (Hartmann 2000). Ved mostand kan klienten plutselig bli stille, snakke om noko heilt anna eller miste interesse m.m. Svikten ligg hos terapeuten, motstanden kan indikere empatisk svikt og klienten vert utrygg. Terapeuten må ransake seg sjølv og ta ansvar for sine feilgrep og saman med klienten identifisere svikten slik at arbeidet kan gå vidare utan motstand og motvilje hos klienten.

2.6 Relasjonar og terapeutisk allianse

Den terapeutiske relasjonen oppstår i møte mellom terapeut og brukar og kvaliteten på denne relasjonen har stor betydning for behandlingsresultatet i psykisk helsevern (Geirdal 2017). Den terapeutiske relasjon består av tre komponentar, «den reelle relasjonen», arbeidsalliansen og overføring/motoverføring.

Geirdal (2017) beskriv «den reelle relasjonen» som grunnlaget, det er den personlege relasjonen mellom terapeut og brukar der begge er genuint opptatt av den andre på ein måte som er til gunst for han eller ho. Arbeidsalliansen vert definert som katalysatoren, basert på felles forståing og einigheit om mål og oppgåvene for å nå disse måla. Å byggje ein sterk arbeidsallianse er hovudgrunnlaget for ein endringsprosess (Bordin 1983).

Overføring/motoverføring handlar om konflikt og projeksjon. Overføring vil seie at brukar kan gjere terapeuten til noko ho eller han ikkje er. Gelso (2014) definerer overføring som at brukar sine erfaringar og oppfatningar av terapeuten er forma av vedkomande sin eigen psykologiske struktur og fortid. Kjensler, haldningar og åtferd som høyrer fortida til, kan overførast og forflyttast til terapeuten. Motoverføring er terapeuten si overføring eller reaksjon til eller på brukaren, det kan vere bevisste eller ubevisste kjensler og handlemåtar som vert vekka i terapeuten i møte med brukar. Forståing og kunnskap om eigen motoverføring er ei viktig kjelde til å forstå brukaren sine problem.

Muran og Barber (2010) hevdar at ein bærande relasjon er eit resultat av samhandling mellom terapeut og brukar, den oppstår ikkje av seg sjølv. En god relasjon kvilar på

samhandling, tillit, tryggleik og ei oppleving av truverd og tilknytning. Terapeutisk allianse er eit omgrep som ofte vert brukt for å illustrere kvaliteten og styrken i behandlingsrelasjonen. Ein god terapeutisk relasjon føreset eit indre arbeid frå terapeuten si side, som gjer at brukar vert møtt med empati og nysgjerrigheit og at terapeuten er open for det som måtte komme fram i samtalen. Samtidig er det avgjerande å bevare det reflekterande rommet (Moltu 2011).

3.0 TRAUMER OG POSTTRAUMATISK STRESS

3.1 Kva er traume?

Ordet traume kjem frå gresk og tyder skade eller sår – ei skade på kroppen av fysisk eller psykisk karakter (Anstorp og Benum 2019). Traume er ein reaksjon på uuthaldelege hendingar som overveldar sentralnervesystemet, aktiveringa som følger med hendinga er ikkje blitt stabilisert, vi tåler rett og slett ikkje det som skjer med oss. I fylje Anstorp og Benum (2019) dreier traumeomgrepet seg om sår som ikkje er lega.

Lenore C. Terr (1991), skil mellom to hovudtypar traume; type I og type II traume. Type I traume vert kjenneteikna ved at det er ei uføresett, enkeltstående hending som for eksempel plutsleg dødsfall, overfall eller voldtekt. Denne type traume kan få alvorlege og gjennomgripande konsekvensar for enkelte. Ein snakkar om livslange etterverkander. Type II traume er karakterisert ved at det er gjentakande hendingar som varer over tid. Den fyrste hendinga kan kome uventa, men etter kvart kan ein sjå at det oppstår ei forventning om at noko negativt skal skje. Dette kan for eksempel være vold i nære relasjonar, truslar om vold eller seksuelle overgrep. Slik langvarig og gjentatt traumatisering vert ofte referert til som komplekse traume (Courtois og Ford 2009). I følgje Hodges et al. (2013) kan kompleks traumatisering i barndomen auke sannsynet for vanskar med sosial fungering, jobbrelaterte vanskar, utrygg tilknytning og utvikling av psykiske lidingar (ref. i Kvello, 2015).

3.1.1 Utviklingstraume

Utviklingstraume er ei nemning for komplekse traumatiske belastningar som skjer over tid tidleg i eit barn sitt liv. Omgrepet viser til at belastningane inntreff i utviklingssensitive periodar av livet, og at dei kan forstyrre barnet sitt vidare utvikling. Nordanger og Braarud (2017) forklarar omgrepet som eit dobbelt belastingsforhold der barnet vert utsett for kronisk traumatisk stress i tillegg til å oppleve sviktande reguleringsstøtte i oppveksten. Utviklingstraume kan ramme breidt og få breie konsekvensar (Nordanger og Braarud

2017). Denne type traume kan gi globale utslag og ramme fysiologiske, kroppslege, motoriske, kognitive, sosiale, emosjonelle og åtferdsmessige funksjonar.

3.1.2 Langtidsverknader av traume.

Dei seinare års forskning visar at traume i barnealder kan ha innverknad på ei rekke side av barnet sitt utvikling (Dyregrov 2015). Traumatiske hendingar kan blant anna verke inn på utvikling og personlegdom. Dyregrov (2015) tenkjer at born som stadig og over lengre tid må undertrykkje sine reaksjonar emosjonelt for å overleve i ei uføreseieleg og skremmande verd, vil kunne verte redde, alltid vere på vakt og i liten grad klare å byggje tillit til andre menneske. Synet på tilvera kan også endre seg. Barnet kan utvikle ein pessimisme i forhold til trua på å kunne påverke sin eigen situasjon og tankane kring omverda, seg sjølv og andre kan verte prega av pessimisme og skepsis.

Mange som har opplevd gjentekne traumar i barndomen, kan ofte vere forsiktige med å knyte seg til andre menneske. Dette av redsel for å verte skada, skuffa eller avvist. Mange vaksne som blei traumatisert som barn, kan kjempe med problem i nære relasjonar, både på det kjenslemessige og fysiske plan (Dyregrov 2015).

Å regulere kjensler er ei viktig utviklingsoppgåve for barn. Dette inneber å avdempe og tilpasse kjenslene til dei situasjonane som barnet møter (Dyregrov 2015). Traumatiserte born kan ha fått lite hjelp av sine omsorgspersonar til å regulere kjensler, eller hatt behov for å skjule og undertrykkje kjensler for å overleve i ein vanskeleg kvar dag (Anstorp og Benum 2019). Ei forstyrning i denne utviklinga kan føre til at det vert utvikla sterke hindre- eller bremsemekanismar som eit forsvar mot sterke kjensler. Nokon er ikkje i stand til å få kjenslene sine under kontroll, og får altfor lett igongsett sterke reaksjonar (Dyregrov 2015).

Born si sjølvoppfatning kan også verte påverka av traumatisering og gjere det slik at sjølvkjensla vert svekka. I fylje Dyregrov (2015) kan repetisjonstraume påverke born sitt syn på seg sjølv og deira oppfatning av eigenverdi. Slike born kan lett verte offer for sjølvoppfyllande profetiar, dei trur og seier negative ting til seg sjølv så ofte at det etter kvart vert slik.

Menneske som har opplevd kompleks traumatisering i nære relasjonar, kan verte mistenksame overfor andre sine motiv (Anstorp og Benum 2019). Omsorgspersonen kan

seie at dei er glade i, og samtidig vere i stand til å skade på det grovaste. Det vert ikkje vanskeleg berre å stole på andre, men også på sine egne tolkingar av situasjonar. Dette kan føre til både tvil og mistenksomheit i mellommenneskeleg kommunikasjon og påfølgande relasjonelle vanskar.

3.2 Posttraumatisk stress lidning (PTSD).

Posttraumatisk stress lidning er ein diagnostisk kategori som vert nytta til å beskrive ei spesiell gruppering av posttraumatiske problem (Dyregrov 2015). I fylje Anstorp og Benum (2019) kan symptom på posttraumatisk stress i ein del tilfelle vere kroniske, og verte til ein posttraumatisk stress lidning (PTSD). PTSD er en tilstand der ein kan få "flashbacks" og sterke minner om noe traumatisk som har skjedd. Noen kan også få hovudpine, svimmelhet, kvalme og høg puls. PTSD er ein alvorleg angstlidning og for mange kan det medføre at dei føler seg betydeleg svekka i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområde (Anstrup og Benum 2019).

I fylje Dyregrov (2015) må ein del kriteriar vere oppfylt for at ein person kan seiast å ha PTSD. Etterreaksjonane må vare i minst ein måned. Nordanger og Braarud (2017) delar dei diagnostiske kriteriene inn i tre symptomgrupper:

1. Innvaderingssymptom. Det vil seie at ein opplev stadig intense minner, bilde, draumar og «flashbacks» frå hendinga. Dette framkallar ubehag og ofte fysiologiske reaksjonar.
2. Unngåelsessymptom. Ein unngår tankar, kjensler, samtalar, aktivitetar, situasjonar eller menneske som minner ein om traumet. Føler seg fjern eller framand overfor andre og har forkorta framtidsperspektiv.
3. Hyperaktiveringssymptom. Inneber dårleg søvn, irritabilitet eller sinne. Konsentrasjonsproblem og auka reaksjonsberedskap.

Ved kompleks traumatisering kan konsekvensen vere kompleks PTSD. Menneske som har opplevd gjentatte traumatiske påkjenningar av omsorgspersonar eller i nære relasjonar, har fleire og annleis symptom enn det som er omtalt i PTSD diagnosa (Anstorp og Benum 2019). I tillegg til innvaderings-, unngåelses- og hyperaktiveringssymptom, inkluderer kompleks PTSD negative sjølvoppfatningar og store vanskar med regulering av affekt og sosiale relasjonar.

4.0 EMPIRI

Pål er ein 23 år gamal gut som veks opp i ei tilsynelatande kjernefamilie med mor, far og ein eldre bror. Utad er far ein kjernekar og godt likt av alle, innanfor husets fire veggar møter Pål ein ustabil og lite empatisk og bekreftande far. Far er veldig streng og rakkar ned på Pål dersom han ikkje gjer som han blir fortalt, i ytste konsekvens kan han slå. Pål føler at han aldri er bra nok og strevar veldig med å prøve å nå opp til far sine ideal. Pål blir også systematisk mobba gjennom heile barne- og ungdomsskulen, han blir fortalt at han ikkje er verdt noko, blir fryst ut og ekskludert av andre elevar.

Mor og far skil lag då Pål er 12 år. Mor, storebror og Pål flyttar til ein annan kant av landet og mistar all kontakt med far og hans familie. Storebror dør brått og uventa i ei trafikkulykke når Pål er 15 år og Pål sin verden går heilt i grus. Storebror har vore ein bauta i livet til Pål, han har bidrege til stabilitet og tryggleik og har vore den Pål har gått til når ting har vore vanskeleg.

I åra etter storebror sitt dødsfall er Pål sitt liv kaotisk. Han slit på skulen og droppar ut etter ungdomsskulen. Frå han er 17 år er han inn og ut av ulike psykiatriske avdelingar. Han vert diagnostisert med PTSD og gjennomgripande utviklingsforstyrning. Han skriv seg raskt ut når han vert innlagt, grunna han er redd og ikkje vil vere innlagt. Han føler seg traumatisert av innleggingane og medisininga han har vore gjennom. Mor, som tidligare har vore litt fjern for Pål, vert i denne tida meir involvert i Pål sitt liv. Ho vert ein viktig støttespillar for han, og kjempar saman med han mot hjelpeapparatet og prøvar å skaffe han den hjelpa han treng. Han er veldig avhengig av henne og går sjeldan til samtale eller møte utan at ho er med.

4.1 Fyrste møte med Pål

Eg kjem i kontakt med Pål som psykisk helsearbeidar i kommunal psykisk helseteneste. Eg blir kalla inn til eit samarbeidsmøte/overføringsmøte ved det lokale DPS der Pål har vore innlagt. Han skal no skrivast ut og vil ha behov for oppfølging. Pål er avvisande til det meste som vert foreslått på møtet. Han er ordknapp og søker bekrefting frå mor før han svarar på spørsmål frå både meg og DPS.

I møtet kjem det klart fram at det er stor mistillit mellom mor og hjelpeapparatet. Mor føler ho kjemper ein einsam kamp for sonen, ho stolar ikkje på DPS og vil ikkje at sonen skal medisinerast. DPS på si side opplev mor som krevjande og dominerande og finn det vanskeleg å samarbeide med både ho og Pål.

Etter møtet kjem eg litt i prat med Pål på gangen. Vi snakkar litt og det verkar som om det er lettare for han å snakke når vi er i ein litt meir uformell setting. Eg lurar på kva han likar å gjere på i fritida. Det kjem fram at vi har ei felles interesse, nemleg fotball. Eg spør om han brukar å sjå det lokale laget spele kampar. Han seier at han ikkje har fått gjort det, men at han alltid har hatt lyst til å spele på det laget. Eg tek initiativ til å snakke med trenaren for laget fram til neste gong vi skal møtast. Pål dreg litt på det, men seier til slutt at det er ok.

4.2 Heimebesøk med Pål

Pål er ung ufør og bur heime med mor i ei loftsleilegheit. Når eg kjem på besøk er Pål nede i hovudetasjen saman med mor. Vi sit og pratar på kjøkkenet til mor. Pål er deltakande i starten av samtalen, men fell fort ut av praten. Mor har mykje på hjartet og fortel detaljert om kva forhold Pål har hatt til far og korleis han har blitt mobba gjennom heile skulegongen. Ho fortel også om storebror sitt dødsfall og korleis det har knytt ho og Pål tettare saman. Ho opplev at Pål ikkje vert tatt på alvor av hjelpeapparatet og meiner at han treng traumebehandling. Ho er også veldig bekymra for all medisinen Pål må ta, nemner biverknadar som auka appetitt, vektauke og dårleg søvn. Ho er opptatt av at Pål har dårleg søvnhygiene. Pål nikkar bekreftande til det meste mor seier, men kan også avkrefte ting han ikkje er einig i.

På slutten av heimebesøket tek Pål meg med opp i leilegheita si. Eg merkar at han vert litt stille og reservert når mor ikkje er til stede, men vi snakkar om ting han er interessert i og har lyst å vere med på. Vi kjem igjen inn på det med fotball. Eg har før heimebesøket snakka med trenar for det lokalet laget og Pål er velkommen til å vere med å trene. Pål vert tydelig stressa og litt irritert og svarar ikkje på tiltale. Eg prøvar å snakke rundt det at han hadde eit ynskje om å få trene med laget, kor på han svarar ganske krast «kor du masar, eg har sagt at eg vil tenke på det!» Eg lar temaet ligge og avsluttar heimebesøket.

4.3 Vidare oppfølging av Pål

I den vidare oppfølginga har eg faste samtalar med Pål kvar veke. Både heimebesøk og samtalar på kontoret. Eg opplev det som vanskeleg å komme i posisjon til Pål både dei gongane vi er aleine og dei gongane mor er med når vi møtes. I ein av samtalane vi har aleine seier Pål at han har vanskar med å stole på hjelpeapparatet. Han seier: «Eg hatar å vere innlagt, eg vert berre sjukare av det. Men det er greitt å ha samtalar med deg». Det kjem også fram at han syns det er vanskeleg å kome seg på fotballtrening grunna han ikkje kjenner nokon på laget og han er redd for at han ikkje skal vere god nok. Eg tilbyr meg derfor å vere med han på trening, kanskje det kan trygge han at nokon han kjenner er med. Pål verkar usikker men seier til slutt: «Fotballen betyr alt for meg, så eg vil prøve. Men du må vere med, eg tørr ikkje møte opp aleine.»

Vidare framover vert eg med han på fleire treningar. Han slit med sjølvkjensle og er redd for å ikkje føle seg god nok, men eg ser at han finn seg meir og meir til rette på laget. Han meistrar treningane godt dei gongane han er med. Eg føler at vi endelig kjem nærare kvarandre og det er spesielt når vi snakkar om fotball og andre ting som interesserar han at han opnar opp og er delaktiv i samtalane. Eg er påpasseleg med å motivere han og skryte av innsatsen han legg ned for å delta og vere ein del av laget. I ein samtale i bilen etter ei trening sit vi å snakkar om ting som skjedde på treninga. Eg seier: «For eit flott mål du scora! Du jobba så godt gjennom heile treninga.» Pål vert litt stille før han plutselig byrjar plutselig å prate. «Eg har aldri fått skryt sånn skryt før... Pappa var trenar for fotball-laget mitt når eg var yngre og eg fikk berre dritt frå han...» Eg vert litt overraska over at han nemner faren, sidan han ikkje har snakka om han eller andre personlege ting før. Men kanskje han føler han har tillit nok og føler seg trygg nok til å kunne dele. Han fortel vidare ei historie frå ein fotballkamp. Mora og broren hadde vore der å sett på og han huska at han var glad for at laget vant kampen. Når dei kom heim etterpå hadde han fått ei skjennepreike frå faren og beskjed om at han var ei skam for laget. Han hadde bomma på mål fleire gongar og spelt dårleg. Pål har tårer i augene når han fortel historia og seier at det er vanskeleg å ta imot skryt når han tidligare berre har fått kritikk. Etter at han har fortalt ferdig vert det stille i bilen. Ikkje ei pinleg og trykkande stillheit, men ei god stillheit. Når eg slepp Pål av takkar eg for tillita han viste meg med å dele historia si og seier at eg gler meg til neste trening.

5.0 DISKUSJON

5.1 Sjølvobjektssvikt og eit fragmentert sjølv

I følge sjølvpsykologien har vi menneske behov for bekreftande sjølvobjekt heile livet, frå vogge til grav (Karterud 2005). Kohut meinte at kilda til psykopatologi er ulike former av sjølvobjektssvikt, empatisvikt frå våre betydingsfulle andre. Vektlegging og handtering av sjølvobjektssvikt er viktig i sjølvpsykologien.

Formålet i sjølvpsykologien er at sjølv et skal modnast. Den grunnleggande menneskelege motivasjonen er å etablere og oppretthalde eit stabilt og vitalt sjølv. Sjølvpsykologien vil forklare eit fragmentert sjølv med sjølvobjektssvikt og inntoningsvikt.

Vis vi ser på Pål si livsline, så har han opplevd mange tap og sjølvobjektssvikt. Forholdet til far kan ein kanskje seie har vore prega av ei selektiv inntoning der Pål heile barndomen forsøkte å nå opp til far sine strenge ideal. Far var veldig streng, og han likte ikkje at Pål viste kjensler eller var lei seg. Då fikk han beskjed om å ta seg saman og «vere ein mann». Kan det vere at Pål har utvikla eit «falskt sjølv» i forsøket på å innordne seg far sine forventningar? Kanskje det derfor er vanskeleg for Pål å kome seg på fotballtrening og bli ein del av laget, fordi han føler at han ikkje er bra nok og ikkje kan vere seg sjølv. Pål opplev kanskje at det ikkje er egne behov men andre sine forventningar som er viktigast.

Pål blei systematisk mobba gjennom heile barne- og ungdomsskolen. Han blei fortalt at han ikkje var verdt noko, han blei fryst ut og ekskludert av andre elevar. Det var ingen som trudde han når han prøvde å fortelje om det. I fylgje Courtois (2004) kan det vere fleire problemområde som viser seg etter tidleg mellommenneskeleg traume. Eit av dei kan vere ei endring i sjølvoppfatninga, som å få ei kronisk kjensle av skyld, ansvar og intens skam. Ein kan også sjå at den traumatiserte får problem i forhold til andre. Det kan vere vanskeleg å stole på andre og komme nær andre. Det kan tenkast at den systematiske mobbinga og det å ikkje verte trudd når han prøvde å seie ifrå var veldig traumatiserande for Pål. Og på grunn av dette kan han føle seg svikta av heile skulesystemet og kanskje spesielt av mor som aldri stod opp for han og støtta han.

Ei mogleg forklaring på at Pål opplevde mor som fråverande kan vere at mor hadde ei manglande inntoning til Pål i oppveksten. Pål opplevde at mor ikkje tok han på alvor når

det gjaldt mobbing, og ho forsvarte han aldri overfor far, ho såg heller den andre vegen. Kan det tenkjast at Pål ikkje har fått mykje spegling i oppveksten? Det speglende sjølvobjektet er den som ser deg og tek deg for den du er. Den anerkjenner og ser deg sjølv om du lykkast eller mislykkast. Den einaste Pål følte seg sett av var farmor, som han kunne oppsøke når livet var vanskeleg. Farmor var ei trygg hamn for Pål, og han tok det tungt når han mista kontakt med henne når han var 12 år og dei flytta til ein annan kant av landet.

På den eine sida var mor fråverande i barndomen til Pål, medan ho på den andre sida blei veldig involvert i livet hans i seinare tid. Ein kan kanskje tenkje at ho har gått frå å vere manglande inntona til å verte overinntona. Ho vert opplevd av hjelpeapparatet som krevjande og invaderande og ho har sterke meiningar kring kva type hjelp ho meiner Pål treng.

Tally Moses (2010) har studert foreldre sine sjølvbebreidingar når deira ungdom har ulike psykiske vanskar. Hun definerer sjølvbebreiding som:

«holding themselves responsible for causing, contributing to, or exacerbating their child's mental disorder with wrongdoing such as passing on «bad genes,» failing to recognize problems earlier or secure effective services sooner, and for their sometimes unhelpful responses to their child such as frustration and anger» Moses (2010, s. 113).

Kan ei mogleg forklaring vere at mor føler på dårleg samvit overfor Pål, at ho ikkje trudde på han og stilte opp for han når han var liten og at ho derfor vil ta igjen «det tapte» no? I sin artikkel oppmodar Moses (2010) dei tilsette i barne- og ungdomspsykiatrien til å ta et oppgjør med gamle førestillingar om 'mother-blaming' som ofte fører til at foreldre ikkje vert inkludert i behandlinga. Er det verkeleg slik at mor er ei belastning for hjelpeapparatet, eller bør mor heller sjåast på som ein ressurs som kan vere til hjelp i Pål si tilfriskning?

Storebror har vore eit viktig sjølvobjekt for Pål. Han var ein person Pål såg opp til og som bidrog til stabilitet og tryggleik. Han var den Pål gikk til når ting var vanskeleg. Det kan tenkast at storebror var eit idealiserande sjølvobjekt for Pål. Når storebror døde, blei det eit enormt tap for Pål og hans verden raste saman.

Pål har opplevd mange brotne relasjonar til viktige omsorgspersonar i sitt sjølvobjektsmiljø, noko som i seg sjølv er destruktivt og traumatiserande. Dyregrov (2015)

meiner at mange som har opplevd gjentekne traumar i barndomen, kan ofte vere forsiktige med å knyte seg til andre menneske. Dette kan vere av redsel for å verte skuffa eller avvist. Mange vaksne som blei traumatisert som barn, kan kjempe med problem i nære relasjonar, både på det kjenslemessige og fysiske plan.

Det kan tenkjast at Pål har eit fragmentert sjølv og at han ikkje føler sjølv samanheng, han opplev ikkje at han heng saman verken her-og-no eller over tid. Gjennom inntoningsvikt og sjølvobjektssvikt, har ikkje Pål sitt kjernesjølv fått modnast, og han vil trenge hjelp til å «reparere» dette.

Utfordringane i møte med Pål er at han har opplevd kompleks traumatisering i nære relasjonar og kan derfor verte mistenksame overfor andre sine motiv (Anstorp og Benum 2015). Han kan få vanskar med å stole på andre som kan føre til tvil og mistenksomheit i mellommenneskeleg kommunikasjon og påfølgande relasjonelle vanskar. Ein er i sjølvpsykologien ikkje opptatt av kva som ligg bak, men å møte Pål her-og-no, bruke inntoning og empati og prøve å møte han kjenslemessig på dei problema han har.

5.2 Å skape ein relasjon

5.2.1 Å komme i posisjon

Det har ikkje alltid vore enkelt å kome i posisjon til å danne eit forhold og prøve å skape ein relasjon til Pål. Sjølvpsykologien er opptatt av inntoning og empati som terapeutisk metode, ein skal forsøkje å kognitivt og emosjonelt plassere seg i den andre sine sko og forstå brukaren frå innsida.

I mitt møte med Pål, har det vore ulike utfordringar som har gjort det vanskeleg å komme nær han. Ei av utfordringane har vore mor sitt engasjement i Pål sitt liv og behandling. På den eine sida har mor vore sterkt tilstade og gjort det vanskeleg for meg som psykisk helsearbeidar å få tid med Pål på tomannshand. Det kan kanskje tenkjast at mor er overinvolvert, og ikkje lar Pål ta ansvar for sitt eige liv og verte sjølvstendig. På den andre sida har helsetenesta ei plikt til å involvere pårørande, dette både i utredning, behandling og oppfølging av brukar (Helsedirektoratet 2017). I staden for å «kjempe imot» mor, kan det kanskje heller vere formålstenleg for hjelpeapparatet å legge til rette for ein dialog, gi

generell informasjon og innhente samtykke frå Pål til å kunne gi mor informasjon om helsetilstand og helsehjelp. Kan det kanskje tenkjast at mor har litt rett i kritikken sin mot hjelpeapparatet? Kanskje ho har blitt krevjande nettopp fordi ho ikkje har blitt møtt og at ingen har høyrte på ho. Ved å kome i dialog med mor, kan det kanskje også vere lettare å kome i dialog med Pål.

I systemisk perspektiv er dialogen den sentrale terapeutiske reiskapen. Ved å snakke ilag og dele tankar og bekymringar, kan relasjonane endre seg. Kanskje det ville vere hensiktsmessig av meg å innta ein 2. ordens systemisk posisjon og i samarbeid med Pål og mor kalle inn til eit nettverksmøte for å prøve å kome i dialog og få løyse opp ulike punktueringar, fastlåste forståingar. Målet i systemisk perspektiv er ikkje nødvendigvis å løyse eller endre problemet. Målet er å få til samtale, dialog og samarbeid. Ein prøvar gjennom dialog å skape ei sirkulering av meiningar, få fram andre forteljingar enn dei som allereie er fortalt, og gjennom det skape ny meining, opplevingar og forståingar. I fylje systemisk perspektiv oppstår problema mellom oss, i språket. Ved å snakke på ein annan måte, finne nye ord, få ny forståing, vil ein skape endring og slik kan problema forsvinne.

Ormhaug (2016) har i si doktorgradsavhandling «The therapeutic alliance in the treatment of traumatized youths. Relationship to outcome and dropout across rater perspectives and therapeutic interventions» funne at traumatisert ungdom i behandling legg stor vekt på korleis dei opplev at foreldre vurderer hjelpeapparatet. Dei ungdomane som hadde inntrykk av at foreldra var kritiske til behandlinga og terapeuten, hadde større risiko for å droppe ut av behandling. Kan ei mogleg forklaring på at Pål til stadigheit skriv seg ut av behandlingsopplegg og har ein mistillit til hjelpeapparatet henge saman med mor si oppfatning av hjelpeapparatet? Ormhaug (2016) meiner at ei forståing av samspelet mellom foreldre og den unge bør inkluderast i forståinga av den terapeutiske alliansen i arbeidet med unge brukarar.

I mitt tilfelle blei det ei felles interesse, fotball, som gjorde at eg klarte å nærme meg Pål. Det at eg tilbød meg å bli med han på fotballtrening, gjorde at vi fikk tid aleine og han kunne bli trygg på meg. Det kan kanskje diskuteras om det å bruke tid og ressursar på å bli med ein brukar på fotballtrening er rette måten å yte hjelpe på. Myklebust og Bjørkly (2011) meiner at inntoning ikkje nødvendigvis skjer gjennom samtale, men godt kan skje gjennom felles aktivitetar. Med utgangspunkt i sjølvpsykologi kunne eg imøtekomme Pål

sitt behov for å ha følgje til fotballtrening i den hensikt at han skulle føle seg møtt og forstått.

5.2.2 Motstand

Hartmann (2000) meiner at motstand frå brukaren si side ikkje er motstand mot innsikt eller motstand mot å bli frisk, men heller eit teikn på empatisk svikt frå terapeuten si side. Motstand kan vere frykt for nye sjølvobjektssvikt, beskyttelse mot retraumatisering. Når terapeuten møter motstand, må terapeuten ransake seg sjølv. Det kan vere at ein ikkje har vore nok inntona.

I møte med Pål forstod eg fort at fotball var viktig for han. Sidan eg har same interesse sjølv, kan det vere at eg blei for ivrig og pressa for hardt på. Allereie ved fyrste møte snakka Pål om fotball, og eg nemnt for han moglegheita for å trene med det lokale fotball-laget. Han drog litt på det, men sa til slutt ok. Når eg nemnte det for han igjen på eit heimebesøk, blei han ganske hissig. Han opplevde meg som masete og sa «eg har sagt at eg skal tenkje på det». Eg opplevde det som ubehageleg, eg ville jo berre hjelpe han.

I ein seinare samtale opnar Pål opp om at han har vanskar med å stole på hjelpeapparatet, han mislikar å vere innlagt men syns det er greitt å ha samtalar med meg. Det kjem også fram at han syns det er vanskeleg å kome seg på fotballtrening grunna han ikkje kjenner nokon på laget og han er redd for at han ikkje skal vere god nok. Var det for naivt av meg å tru at han kunne reise på trening aleine og mestre det? Eg kjente han kanskje ikkje godt nok og visste for lite om historikken bak. Eg blei for ivrig og ville for mykje for fort, eg inntona meg ikkje slik eg burde. Når vi blei betre kjent og han opna opp om usikkerheita si, kunne eg møte han på ein annan måte. Grunna høge forventningar og krav frå far når Pål var liten, var det vanskeleg for han å stole på seg sjølv og ha trua på at han kunne meistre det å vere på eit fotball-lag. Etter litt meir tid og fleire samtalar saman, fikk vi ein betre relasjon og det blei lettare for meg å kunne tilby meg å bli med han på trening. Han var framleis i tvil og det var ikkje kvar gong han klarte å fare på trening, men med motivasjon og ros frå meg gikk det betre og betre.

Det å finne noko å møte Pål på og ha felles erfaringar og felles interesser kan gi Pål ei oppleving av meg som eit tvillingobjekt. Han søker fellesskap og derfor ser eg på det som

viktig å støtte han og følgje han opp med tanke på fotballen. Det kan også tenkjast at kjensla fotballen gir han, er ein viktig vitalitetsaffekt. I følgje Karterud (2005) er det viktig at terapeuten hentar fram «godkjensla» slik at sjølvvet kan verte styrka. I fotballen får Pål ei oppleving av meistring, han kan få ei kjensle av å føle seg heil og i «live» når han er på bana. Dersom ein har god vitalitetsaffekt er ein meir styrka til sjølvregulering, og kan takle negative opplevingar betre.

5.2.3 Er ein god relasjon nok?

I si doktorgradsavhandling ser psykologspesialist Silje M. Ormhaug (2016) på kva som kan bidra til ei vellykka behandling av traumatiserte born og unge. Mange klinikarar meiner at relasjonar er spesielt viktig i behandlinga av barn og unge, imidlertid er Ormhaug sitt arbeid eit av få studiar som har undersøkt om dette faktisk stemmer.

Resultata i Ormhaug sin studie viste at ein god relasjon er viktig, men at den ikkje aleine kan bidra til betring. Traumatiserte born og unge har ofte opplevd mange svik og brotne relasjonar, og kan derfor vere ekstra sårbare og vanskelege å engasjere i ein ny relasjon. I fylje Ormhaug (2016) treng terapeutar også spesifikke metodar for å redusere born sine posttraumatiske stressplager.

Ormhaug tolkar funna sine slik at det er viktig å ha både en sterk allianse, i tillegg til å jobbe spesifikt med de posttraumatiske stressplagene. Begge deler er like viktig for å gi best mogleg hjelp til denne gruppa born og unge. I mitt tilfelle med Pål, som har mistillit til hjelpeapparatet og ikkje ynskjer hjelp eller samtale med andre enn meg, er det verkeleg slik at den relasjonen eg har fått til han gjennom rolla mi som psykisk helsearbeidar i kommunal psykisk helseteneste ikkje er nok? Burde eg motivere han til å ta imot meir hjelp? Sjølvpsykologisk perspektiv har eit individfokus, kan det vere slik at dette ikkje er utfyllande nok i møte med denne gruppa brukarar? I sjølvpsykologien vert det tenkt at ved å hjelpe brukar med å forstå tidligare og noverande relasjonar, vil sjølvvet verte styrka og ein vil oppleve sjølv-samanheng. Ein vil verte i stand til å regulere og handtere problema sjølv. Systemisk perspektiv er opptatt av dialogen mellom dei som er i systemet, heile systemet vert påverka og derfor må dei ulike vere med i samtalen. Eg tenkjer at å innta ein 2. ordens systemisk posisjon ville vere gunstig i Pål sitt tilfelle. Kanskje å få ein koordinator og ein individuell plan vil kunne vere aktuelt, då Pål har behov for langvarige

og koordinerte tenester. Å få samle hjelpeapparatet saman med Pål og mor og få i gong ein dialog, vil kunne løyse opp fastlåste punktueringar og skape ei endring.

Sjølv om sjølvpsykologien kanskje ikkje er «nok» i møte med alle gruppe brukarar, vil eg likevel seie at sjølvpsykologien har vore viktig for meg å ha i botn. Den har hjulpet meg å komme nærare Pål og forstå han betre, og vil kunne gjere det lettare for meg å jobbe saman med han vidare.

6.0 KONKLUSJON

I denne oppgåva har eg sett nærmare på korleis eg som helsearbeidar i psykisk helseteneste kan skape relasjon til ein traumatisert brukar med PTSD ut frå eit sjølvpsykologisk perspektiv.

I følge sjølvpsykologien har vi menneske behov for bekreftande sjølvobjekt heile livet. Ulike former av empatisvikt frå våre betydingsfulle andre kan føre til psykopatologi og fragmentering, derfor er vektlegging og handtering av sjølvobjektssvikt viktig i sjølvpsykologien. Det å oppleve mange brotne relasjonar til viktige omsorgspersonar kan vere destruktivt og traumatiserande. Menneske som har opplevd kompleks traumatisering i nære relasjonar kan verte mistenksame overfor andre sine motiv, ha vanskar med å stole på og knyte seg til andre. Dette kan skape utfordringar for hjelpeapparatet i forsøket på å oppnå kontakt og komme nær.

Sjølvpsykologien er opptatt av inntoning og empati som terapeutisk metode, ein skal forsøkje å kognitivt og emosjonelt plassere seg i den andre sine sko og forstå brukaren frå innsida. Når ein opplev motstand frå brukaren si side er det ikkje nødvendigvis motstand mot innsikt eller mot å bli frisk, men heller eit teikn på empatisk svikt frå terapeuten si side. Det kan vere at ein ikkje har vore nok inntona, ein kan for eksempel i møte med den andre verte for ivrig og ville for mykje for fort. Ved å vere tålmodig og gi seg tid til å bli betre kjent, prøve å inntone seg annleis, kan ein få den andre til å opne meir opp og dermed kunne møte den andre «heime».

Det å komme i posisjon til å hjelpe er ikkje alltid like enkelt. Pårørandeperspektivet kan vere ei utfordring når ein skal balansere pårørande sine rettar til involvering opp mot brukaren sitt behov for å lære å ta ansvar for eige liv og verte sjølvstendig. Forsking viser at traumatisert ungdom i behandling legg stor vekt på korleis dei opplev at foreldra vurderer hjelpeapparatet. I dette tilfellet vil ein 2. ordens systemisk posisjon kunne vere nyttig med tanke å få i gong ein dialog og eit samarbeid mellom hjelpeapparatet og pårørande.

Traumatiserte born og unge har ofte opplevd mange svik og brotne relasjonar, og kan derfor vere vanskelege å engasjere i ein ny relasjon. Mange klinikararar meiner at det å byggje ein god relasjon til denne gruppe born og unge er spesielt viktig i behandlinga, men det har vore lite forskning på dette området. Den forskinga som er gjort, viser at det er viktig å ha både en sterk allianse, i tillegg til å jobbe spesifikt med de posttraumatiske stressplagene til dei unge. Terapeutar vil derfor trenge spesifikke metodar for å redusere born sine posttraumatiske stressplager. Det hadde vore interessant å fått meir forskning på dette området, slik at ein kan møte og behandle denne sårbare gruppa på ein fagleg tilfredsstillande og god måte.

Arbeidet med denne oppgåva har gitt meg meir innsikt i sjølvpsykologisk perspektiv, og eg har også sett at sjølvpsykologien kanskje ikkje alltid er «nok» i møte med alle gruppe brukarar. Eg meiner likevel at sjølvpsykologien er viktig for meg å ha «i botn», då den kan hjelpe meg å forstå og komme nærmare brukarane eg jobbar med.

LITTERATURLISTE:

Anstorp, T. og Benum K. (2019). *Traumebehandling*. 3. opplag med nytt forord. Oslo: Universitetsforlaget.

Bordin, E.S. (1983). *Supervision in counseling: 2. Contemporary models of supervision: A working alliance based model of supervision*. *The counseling Psychologist*, 11(1), s. 35-40.

Calkins, S. D. og Fox, N. A. (2002). *Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression*. *Development and Psychopathology*, 14, 477–498.

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

Courtois, C.A og Ford, J.D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-based Guide*. New York: Guilford.

Dyregrov, Atle. (2015). *Barn og traumer*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Geirdal, Amy Ø. (2016). *Den terapeutiske relasjonens tre deler*. I «Relasjoner i psykisk helsearbeid», av Geirdal Amy Ø. og Varvin, S., s. 36-43. Oslo: Universitetsforlaget.

Gelso, C. (2014). *A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research and practice*. *Psychotherapy Research*, 24(2), s. 117-131.

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, s. 17-44. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. IS-2587. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hodges, M., Godboud, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A. & Kletza, N.T. (2013). *Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis*. *Child abuse & neglect*, 37, 891-898.
- Karterud, S. og Monsen, J.T. (2005). *Selvpsykologi – utvikling etter Kohut*. 4. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, Sigmund. (2017). *Personlighet*. 1. opplag. Oslo Gyldendal akademisk.
- Kohut, H. (2000). *Analysen af selvet. En systematisk tilgang til psykoanalytisk behandling af narcissistiske personlighedsforstyrrelser*. Det lille forlag. Fredriksberg.
- Kvello, Øyvind. (2015). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Moltu, Christian. (2011). *Being a therapist in difficult therapeutic impasses. A hermeneutic-phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well*. Universitet i Bergen.
- Moses, Tally. (2010). *Exploring Parents' Self-Blame in Relation to Adolescents' Mental Disorders*. *Family Relations*, April 2010, Vol.59(2), pp.103-120.
- Muran J.C. og Barber J.P., red. (2010). *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York: Guilford Press
- Myklebust, Kjellaug K. og Bjørkly, Stål (2011). *Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – en kvalitativ studie blant psykiske helsearbeidere*. Sykepleievitenskap.

Nordanger, D. og Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traume psykologi*. Fagbokforlaget: Bergen.

Ormhaug, S. M. (2016). *The therapeutic alliance in the treatment of traumatized youths. Relationship to outcome and dropout across rater perspectives and therapeutic interventions*. Faculty of Social Sciences, University of Oslo.

Schibbye, Anne – Lise Løvlie. (2009). *Relasjoner. Dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Terr, L. C. (1991). *Childhood traumas: An outline and overview*. American Journal of Psychiatry, 148(1), 10-20.