



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Møte med en selvmordsnær, ved hjelp av  
selvpsykologisk tilnærming**

**Elise Jacobsen Schalde**

**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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# 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: Karl Yngvar Dale

## 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: 8000**

## **Forord**

Takk til min veileder Karl Yngvar Dale for god hjelp og oppfølging under skriveprosessen. Jeg vil også takke min kjære mann for alt han er og gjør for meg, og til familie og venner som alltid støtter meg.

*«Hvis man skal lykkes å føre et menneske til et bestemt sted, må man passe på å finne ham der hvor han er og begynne derfra» -Søren Kirkegard*

## **Sammendrag**

Tema for oppgaven er selvmord, fokuset er å forstå og hjelpe en som er selvmordsnær. Jeg har derfor valgt følgende problemstilling: «Hvordan kan jeg ved hjelp av selvpsykologi forstå og hjelpe en som er selvmordsnær?»

Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap rundt det å hjelpe pasienter som ønsker å ta sitt eget liv.

Jeg har valgt å fordype meg i selvpsykologi og se det sammen mot empiri som handler om mitt møte med en som er selvmordsnær. Jeg vil se nærmere på hvordan jeg kunne bruke selvpsykologi som et redskap for å skape en relasjon og allianse til pasienten. I teoridelen presenterer jeg teori om selvmord og depresjon, videre vil sentrale begreper og relevant teori fra selvpsykologien presenteres. Oppgavens empiri er hentet fra mine møter med Emilie på en sengepost for akuttpsykiatri.

I diskusjonsdelen diskuteres teorien og empirien ut ifra problemstillingen. Det vil bli diskutert hendelser og opplevelser fra Emilies barndom, våre møter og hva jeg tenker om tiden etter våre møter. Jeg vil bruke selvpsykologi til å gå nærmere inn på hvordan jeg kan hjelpe og forstå Emilie. Funnene i oppgaven er at pasienter som har vært innlagt i psykiatrien med suicidale planer, har behov for tett oppfølging i flere måneder i etterkant.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	2
1.2	Litteratursøk .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>3</b>
2.1	Depresjon og selvmord.....	3
2.2	Den interpersonlige teorien om selvmord .....	4
2.3	Selvpsykologi .....	4
2.3.1	Selvet og kjerneselvet .....	5
2.3.2	Selvobjekt og selvobjektsvikt .....	5
2.3.3	Det tripolare selvet .....	7
2.3.4	Daniel Stern og vitalitetsaffekt.....	8
2.3.5	Affekt-inntoning og empati.....	9
2.3.6	Narsissisme og patologisk narsissisme .....	10
2.3.7	Narsissistisk raseri.....	11
<b>3.0</b>	<b>Empiri</b> .....	<b>12</b>
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>14</b>
4.1	Emilies liv sett i lys av selvpsykologi .....	14
4.2	Møtene våre sett i lys av selvpsykologi.....	16
4.3	Refleksjoner og spørsmål jeg sitter med i etterkant .....	18
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>20</b>



## 1.0 Introduksjon

Jeg ønsker å fordype meg i temaet selvmord, og undersøke hvordan jeg kan hjelpe en som er selvmordsnær. Bakgrunnen for valg av tema er at jeg jobber som sykepleier på en sengepost for akuttpsykiatri. Hvor jeg møter mange mennesker som er i veldig vanskelige og tøffe livssituasjoner, og flere av disse har hatt eller har tanker om å ta sitt eget liv. Mennesker som har det så vanskelig at de ønsker å ta sitt eget liv, og forsvinne fra sine barn og sin familie berører og engasjerer meg som sykepleier på veldig mange måter.

Av teori har jeg brukt de mest sentrale delene av selvpsykologi, grunnlagt av Heinz Kohut på 1970-tallet. Karterud (1997) skriver at Kohut var opptatt stedfortredende introspeksjon, som betyr å spørre seg selv «hva ville jeg følt hvis dette var meg?». I en selvpsykologiens forståelsesramme er selvet sentralt. Under normale forhold er selvet sammenhengende i opplevelsen av hvem jeg er, og kjerneselvet er sentrum i en selv. Svikt i relasjoner med selvobjekter og mangelfull utvikling, vil gjøre at man får en mangelfull selvsammenheng. Ved selvobjektsvikt føler vi oss fragmentert, og de kritiske tankene tar overhånd. Terapeuten skal da bruke empatisk, lytting og fortolkning i behandlingen av selvobjekt-svikten. Meningen med dette er da å hjelpe pasienten å takle følelsene sine og føle seg hel, uten en følelse av skam eller skyld (Karterud, 1997).

I empiridelen presenterer jeg en pasient som jeg velger å kalle Emilie. Jeg kommer til å gå inn på hennes historie ved å gjøre rede for samtaler og hvordan hun hadde det. Jeg vil vise hvordan jeg med utgangspunkt i selvpsykologien, ved bruk av kommunikasjon, dannet en relasjon til Emilie. Jeg vil også vise hvordan det til tider var tøft for meg som helsepersonell å være sammen med Emilie, i det mørket hun befant seg i når hun ønsket å ta sitt eget liv. Jeg har fått tillatelse fra den aktuelle pasienten selv til å skrive om henne, for å gjøre henne så anonym som mulig har jeg endret på hennes virkelige navn, og deler av hennes historie.

## 1.1 Problemstilling

I denne oppgaven velger jeg å skrive om mitt møte med Emilie, som jeg opplevde som dypt deprimert og suicidal. Vi fikk en god kjemi fra starten av, og jeg ønsker å analysere våre møter sett i lys av selvsykologi som perspektiv. Samtidig ønsker jeg å se på hvordan jeg kunne forstå og hjelpe Emilie. Dette gir utgangspunkt følgende problemstilling:

«Hvordan kan jeg ved hjelp av selvsykologi forstå og hjelpe en som er selvmordsnær?»

## 1.2 Litteratursøk

Jeg brukte høgskolen i Molde sitt bibliotek for å søke forskningsartikler i forskjellige databaser. I Ovid Nursing Database, ble disse søkeordene brukt: self-inflicted injures AND suicide AND depression. Det resulterte i denne artikkelen: “Self-harm intentions: Can they be disguised based upon a history of childhood physical and sexual abuse?” (Santa Mina, 2010). Videre ble det gjort søk i PsycINFO, med søkeordene suicid\* AND hospital, her fant jeg to artikler: “Suicide rates after Discharge From Psychiatric Facilities A System Review and Meta-analysis” (Chung et.al, 2017). Og “The tragic ironic self- a qualitative case study of suicide” (Sandage, 2011). Den siste databasen det ble gjort søk i var Svemed database ved bruk av søkeordene self psychology AND suicide og fant: “Den interpersonlige teorien om selvmord” (Sigveland, 2017).

## 2.0 Teori

### 2.1 Depresjon og selvmord

Opplevelsen av å være deprimert, er når en føler seg ulykkelig og trist over en lengre periode. Det kan gå ut over søvn, matlyst og forholdet til venner og familie. En som er deprimert kan kjenne at hun mangler entusiasme og glede over det som skjer i hverdagen. Det er ofte veldig vanskelig å komme ut av depresjonen alene, og flere trenger hjelp av profesjonelle (Helsedirektoratet, 2009).

Selvmord er når noen frivillig utfører en handling som fører til død. Selvmordsforsøk er når noen utfører en handling som er ment å føre til død, men personen overlever. Årsaken til det er da ofte fordi andre griper inn. Risikofaktorer for selvmord er for eksempel personer som har mistet et nært familiemedlem eller venn. Mennesker som lider av psykiske lidelser som depresjon eller schizofreni har forhøyet selvmordsrisiko. Behandling av psykiske lidelser er derfor veldig viktig i arbeidet med å forebygge selvmord. Helsepersonell må ha god kompetanse i hvordan vurdere å iverksette tiltak i vurderingen av selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Ifølge folkehelse rapporten (2018) er det mellom 550-600 mennesker som tar sitt eget liv hvert år, to tredeler av disse er menn. Gjennomsnittsalderen for de som tar selvmord er 47 år (Folkehelseinstituttet, 2018).

Santa Mina (2010) undersøkte sammenhengen mellom selvskading og seksuelle overgrep i barndommen. Denne studien viste at de som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen har stor likhet i hvilke faktorer som fremmer selvskading, som de som ikke har opplevd seksuelle overgrep i oppveksten. Chung et.al (2017) skriver at det er flest selvmord blant dem som har en psykisk sykdom fra før. Psykisk syke som har blitt skrevet ut fra et psykiatrisk sykehus har større risiko for å ta sitt eget liv, enn andre psykisk syke. Risikoen er størst de første 3 månedene etter at de har blitt skrevet ut av et psykiatrisk sykehus. Av denne grunn bør disse ha et tilbud over en lengre periode etter at de har blitt skrevet ut av sykehuset (Sandage, 2011). Selvmord er et stort folkehelseproblem, det er den største dødsårsaken i verden, hvor nesten en million dør av selvmord hvert år. Det er nesten like vanlig å dø av selvmord som det er å dø i en trafikkulykke (Sandage, 2011).

## 2.2 Den interpersonlige teorien om selvmord

Sigveland (2017) skriver om den interpersonlige teorien om selvmord, dette er en ny modell som fokuserer på selvmordsatferd. Noe som har ført til mer forskning de siste ti årene. Denne modellen sier at selvmord og alvorlig selvskading forklares med å vise hvordan tre faktorer spiller inn på hverandre. To av disse faktorene peker på opplevelsen av å være til bry for andre, og det å mangle en tilhørighet. De viser hvordan tanker om å ta sitt eget liv oppstår. Den tredje faktoren viser hvorfor det bare er et fåtall av de som har tanker om å ta sitt eget liv, som faktisk gjennomfører et selvmord.

Den første faktoren er det å ha en følelse av manglende tilhørighet. Det er grunnleggende viktig for mennesker å føle at de har sosiale relasjoner og dermed tilhøre noe eller noen. Den som opplever å mangle dette kan se på seg selv om lite viktig, og det kan føre til ensomhet og sosial isolasjon. Den andre faktoren viser det å oppleve seg selv som en byrde. En person som tenker at hun er en byrde, vil kunne tenke at andre har det bedre hvis hun er død. Hun kan føle at hun svikter dem rundt henne ved å leve. Opplevelsen av å mangle tilhørighet sammen med å føle seg som en byrde, er koblet opp mot tanker om å ta sitt eget liv uten konkrete selvmords planer. Det tredje elementet i den interpersonlige teorien om selvmord er om hun har evne til å skade seg selv alvorlig. Dette fordi mennesker fra naturens side, på grunn av frykt for døden, er beskyttet fra å drepe seg selv. Evne til å kunne skade seg selv er av denne grunn alvorlig (Sigveland, 2017).

Tidligere selvmordsforsøk vil er en veldig viktig faktor, som øker risikoen for nye selvmordsforsøk. Andre opplevelser, som for eksempel seksuelle overgrep, kan også ha en betydning. Det å ha opplevd situasjoner som bryter ned den naturlige beskyttelsen mot alvorlig selvskade. Den interpersonlige teorien om selvmord sier at selv om depresjon kan være relatert til selvmord, må vi vite at depresjonen kan ødelegger bånd til andre mennesker, da den kan skape isolasjon (Sigveland, 2017).

## 2.3 Selvpsykologi

Ifølge Hausgjerd et.al (2009) er selvpsykologi en retning innen psykoanalysen som vokste frem på 1970-tallet. Heinz Kohut er sentral i utformingen av selvpsykologien. Han var fra før en ortodoks psykoanalytiker. Utgangspunktet hans var at han var interessert i å finne ut

hvordan analytikerens persepsjon av pasienten dannes. Han var opptatt av empati og det han selv kalte for stedfortredende introspeksjon, som betyr å spørre seg selv om hvordan ville jeg følt det hvis dette var meg? Kohut var også engasjert i selvet som en psykisk instans, noe helt annet enn jeget. Selvet er opplevelsesnært. Freud sitt «jeg» er mer uavhengig (abstrakt) og blir definert ut ifra sine formål (Funksjon). Kohut mente at selvet utvikler seg i sin egen sidelinje sammen med objektene, denne progresjonen må bli sett individuelt fra den driftsmessige utviklingen (Hausgjerd et.al, 2009).

Med tiden sluttet Kohut helt med de klassiske psykoanalytiske begrepene, og utformet sine egne, med utviklingen av selvet som kjernen. Under normale forhold er selvet sammenhengende (koherente) i følelsen og opplevelsen av «hvem jeg er». Fra barndommen av krever alle barn å bli sett på som viktig eller betydningsfull (speilet) av objektet, og å se opp til eller idealisere objektet. Kohut la senere til at barn har behov for å kunne gjenkjenne seg i objektet. Dette er grunnen til at selvet er tripolart. Selvobjekt-overføring kan vi finne i behandlinger, hvor pasienten kan ha lignende behov. Dette i form av at de gjerne idealiserer terapeuten og identifiserer seg med terapeuten, og at de har ønske om å bli sett og speilet som grandios (Hausgjerd et.al, 2009).

### **2.3.1 Selvet og kjerneselvet**

Selvet er opplevelsen av hvem jeg er. Kjerneselvet kan beskrives som et slags «sentrum» i en selv, som gir selve grunnlaget for at en person har evne til å snakke om seg selv. Som en egen personlighet, annerledes fra andre, og har en eksepsjonell historie og perspektiv på verden. Selvet er ikke uforanderlig, men utvikler seg i relasjoner med andre. Vi blir ikke født med et kjerneselv, dette er noe som utvikler seg gjennom barns første leveår. Fra kjerneselvet utvikler seg, er de mest elementære utviklingsfremmende betingelsene i en person gitt. Barnet har skapt sin helt egen og spesielle forståelse på verden (Karterud, 1997).

### **2.3.2 Selvobjekt og selvobjektsvikt**

Kohut dannet begrepet selvobjekt allerede på 60-tallet, det henger nøye sammen med empati som observasjonsmåte. Han brukte selvobjektrelasjoner og selvobjektstilbud som assosiasjoner. Et ytre objekt er noe som kan ses og måles. Et selvobjekt kan derimot ikke måles og ses, hvordan vi påvirkes av selvobjekter er subjektivt, og vi er som regel ikke

bevisst de erfaringen vi har fra våre selvobjekter (Karterud, 1997). Foreldre er eksempel på selvobjekter. De gir spedbarnet erfaringer som det senere vil lære å gjøre på egenhånd. Da er disse erfaringene integrert i barnets psykiske struktur (McLean, 2007). Selvobjekter er altså de menneskene vi har rundt oss som hjelper oss å føle oss hele ved å støtte oss å gjøre oss trygge. Vi trenger å føle oss hele, verdifulle og å oppleve oss grunnleggende anerkjent blant de vi omgås med. Fra fødselen av og gjennom hele livet har mennesket elementære behov for å føle tilknytninger til andre. Selvet blir utviklet i samhandling med andre, og er avhengig et sammenhengende selvobjektmiljø for å få en sunn utvikling. Vi blir rustet av trygge relasjoner, og brutt ned av vonde relasjoner. I samspill med andre får vi en følelse av hvem vi er (Karterud, 1997). Foreldre møter barnets selvobjektsbehov i stor grad gjennom to prosesser:

- 1) Foreldre speiler tilbake barnets følelser og opplevelser, slik at barnet føler seg verdsatt og forstått.
- 2) Foreldre aksepterer at barnet trenger å føle at foreldrene er sin beskytter, og får styrke og trøst fra dem (McLean, 2007).

Kohut dannet ulike former for selvobjektsrelasjoner:

**Speilende selvobjekt:** Pasienten ser på behandleren som et konstant grunnlag for bekreftelse. «Bryr du deg om meg?», «Ser du meg for den jeg er?».

**Idealiserende selvobjekt:** Pasienten idealiserer terapeuten og prøver å blande sammen med henne som et grunnlag til en idealisert kraft og ro.

**Tvillingsøkende selvobjekt (alter-ego):** Pasienten har en trang til å føle seg lik og på linje med behandleren. Dette kan sammenlignes med måten barn hermer etter sine foreldre. Det viser et behov for å føle seg verdifull, bli integrert og føle tilknytning (Hausgjerd et.al, 2009).

Vi mennesker har behov for styrkende selvobjekter hele livet. All kilde til psykopatologi er forskjellige former for selvobjektsvikt, mangel på empati fra våre betydningsfulle omgivelser. (Hausgjerd, 2009). Mangel på adekvat interesse, psykisk og fysisk mishandling stopper selvet fra å utvikle seg til et modent selvregulerende system (Karterud, 1997). Selvobjektsvikt kan fremkalle en følelse av fragmentering, og de kritiske tankene tar overhånd. Terapeuten vil av denne grunn bruke empatisk lytting og fortolkning som

behandlingsmetode. Meningen med dette er da at å hjelpe pasienten å takle følelsene sine og føle seg hel, uten å ha skam eller skyld (Hausgjerd et.al, 2009).

Empatisk forståelse legger den selvpsykologiske tilnærming stor vekt på. Den legger mindre vekt på å tolke indre konflikter i pasientens liv. Den blir av denne grunn gjerne beskyldt for å lage et for snilt bilde av den menneskelige natur, og å feie under teppet betydningen av de sterke lidenskapene. Selvpsykologien har en såpass åpen form at den har appellert til flere psykologiske forskere opp igjennom, som har følt at det psykoanalytiske begrepsapparatet har vært for trangt og lukket (Hausgjerd, et.al, 2009).

### **2.3.3 Det tripolare selvet**

Karterud (1997) skriver at Kohut beskrev selvet som et aktivt system med tre poler: det grandiose selvet, det idealiserende selvet og det tvillingsøkende selvet. De tre polene er forankret i det han kaller kjerneselvet.

**Det grandiose selvet:** Dette er den umodne delen av selvet. Denne trenger bekreftende oppmerksomhet fra omgivelsene, og er sulten på den hele tiden. Hvis den blir tråkket på eller fornærmet reagerer den med et narsissistisk sinne. Helst vil man se at individet modnes herfra, dersom det ikke skjer, vil det kunne bety at individet i voksen alder hengir seg i prosjekter som kan framstå som urealistiske. Grandiositeten kan enten holdes nede og tappe individet for kraft, eller den kan vise seg på måter som ikke samsvarer med individets personlighet og som det ender opp med å ikke ta ansvar for. Dette er det Kohut kalte for «vertikal split» (Karterud, 1997).

**Det idealiserende selvet:** Denne utgjør den andre polen av selvet. Den jakter på følelsen av å bli holdt oppe av noe større enn seg selv, omsorg og tiltro. Hos den umodne individ ser man savnet etter å lene seg til noen som behersker kunnskap og visdom, noe som gir mening. Ved manglende idealiserende selvobjektsoverføringer vil det utløse at individet føler seg hjelpetrengende. I moden form fremtrer det idealiserende selvet som etikkens personlige sikring, og det føler mestring. I psykoterapi vil behandleren føle seg utilpass, dersom den blir beundret og idealisert av pasienten. Dette vil aktivere behandlerens grandiose selv med den kompleksiteten av følelsen av skam, undertrykt raseri og lignende. Tradisjonelt har det vært vanlig å forsvare seg mot den idealiserende overføringen, ved å bemerke og tolke den

for å fjerne den. Kohut mente derimot at vi må la idealiseringen få utfolde seg og samtidig jobbe med selvobjektssvikten (Karterud, 1997).

**Det tvillingssøkende selvet:** Er det som gjenspeiler behovet for å finne en annen som er lik seg selv. Gjennom vår like andre, forankrer vi viktige deler av oss selv. I hverdagen uttrykkes dette gjennom bestevenninner og kjæledyr som kan være alter ego selvobjekter (Karterud, 1997).

I modningsprosessen er det selvobjektsoverføringer som medvirker. Noe som betyr at et selvobjekt kan være både speilende og idealiserende ved at det kan gi overføring til flere av polene. Kohut mente at mennesker med personlighetsforstyrrelser og funksjonelle psykoser, har en defekt i kjerneselvet. Hos disse vil det av denne grunn være svært vanskelig og behandle disse. Fordi man kan oppleve at de reaktiverer til dels bisarre selvobjektsbehov som er svært vanskelige å håndtere. Han mente at vi enda ikke har nok erfaring og fagkunnskap når det kommer til terapeutiske ferdigheter (Karterud, 1997).

#### **2.3.4 Daniel Stern og vitalitetsaffekt**

Vitalitetsaffekt er et begrep som Daniel Stern skapte. Med vitalitetsaffekter mente han de følelsene som er bundet til å føle seg levende. Dans og musikk er forhold som aktiverer vitalitetsaffekter. Affektene er viktige elementer for å tolke ulike sanseopplevelser som blant annet interesse, nytelse og sinne. Barn binder affektene opp mot sosiale opplevelser, og gjør det i stand til å skille hendelser som er likt med en annen hendelse(invariant). I starten av livet skiller ikke barn mellom mennesker og ting, men det reagerer mer på stimuli fra mennesker, for eksempel ansiktsuttrykk enn annen stimulus. Barn ser ut til og naturlig søke etter sosiale og menneskelige hendelser. Nyfødte barn bruker viktige opplevelser i samvær med mor til å organisere opp mot egen aktivitet. Vitalitetsaffekt på en god måte gir selvsammenheng. Selvsammenheng betyr at man føler sammenheng og er seg selv over lengre tid. Som igjen gjør barnet rustet til å takle motgang og negative opplevelser. Affektregulering vil si den evnen en person har til å regulere følelsene sine i forhold til å håndtere, regulere og uttrykke dem (Karterud, 1997).



### 2.3.5 Affekt-inntoning og empati

Mennesker er sosiale dyr, når vi er sammen med andre mennesker kan vi realisere de mulighetene som vi har inni oss. Vi har et grunnleggende behov for relasjoner til andre gjennom hele livet. Også i voksen alder. Forskning viser oss at vi har biologiske systemer som frigjør hormoner som påvirker tilknytning og stress. Blir småbarn utsatt for stressende situasjoner over lang tid, for eksempel at mor forlater barnet gjentatte ganger, vil det endre hvordan aktiviteten av disse hormonene reguleres. Hva barn blir utsatt for sine første leveår, danner det biologiske grunnlaget for hvordan barnets stress-systemer utvikles (Karterud, 1997).

Kohut sitt syn på empati i terapirommet ble i sin tid sett på som kontroversiell. Dette fordi han utfordret Freud sitt naturvitenskapelige fundament for psykoanalysen. Kohut mente at den viktigste måten terapeuten kunne observere pasienten på, var gjennom empati.

Stern beskriver affekt-inntoning på den måten at mor og barn stiller seg inn på hverandres måter å uttrykke følelser på. Denne utviklingsperioden som skjer mellom foreldre og barn på slutten av første leveår, er viktig for hvordan forholdet blir mellom dem i voksen alder. Eksempler på dette er når barnet beveger seg på en spesiell måte, vil mor automatisk reagere med følelsesmessige kommentarer som for eksempel hengivenhet i stemmen, slik at barnet oppfatter morens følelsesmessige kommentar til barnet. Barnet bruker morens følelsesmessige uttrykk, til sine uttrykk og sin aktivitet. Hvis mor ikke lenger reagerer følelsesmessig, vil barnet også stoppe opp og reagere deretter. Gjennom følelser og sosiale signaler i mors ansikt, regulerer barnet i stor grad sin handling i verden. Barn klarer fra tidlig alder av å lese mors følelser gjennom ansikt eller berøring. Stern har beskrevet negative typer inntoning: manglende inntoning, selektiv inntoning, falskt selv og selektiv inntoning:

**Manglende inntoning:** Gjennom manglende inntoning er det ingen som bekrefter barnets følelsesliv. Barnet har en grunnleggende følelse av å være isolert. Voksne som har opplevd manglende inntoning i barndommen ved å ikke ha fått bekreftet sine følelsesmessige effekter. Kan lage seg en egen fantasiverden hvor det finnes egne regler (Karterud, 1997).

**Selektiv inntoning:** Er når foreldre selektivt velger hvilke følelser hos barnet det skal tone seg inn på eller bekrefte. På denne måten blir barnet formet i deres bilde, og vokser opp med å prøve å utvikle et selv som er forbundet med andre sine forventninger. Barnet kan utvikle et falskt selv, og bli et offer for at foreldrene har et selvobjektsbehov. Barnet må skjule sine

delers av sin personlighet og sine behov, og kan senere oppleve å føle seg tom eller uten identitet (Karterud, 1997).

**Feilinntoning:** Er når foreldre ikke responderer adekvat i forhold til den følelsen barnet uttrykker. Dette kan gjøre at barnet ikke selv klarer å analysere eller ha sine egne følelser. Det kan føre til at personen skjuler sine egne følelser i frykt for å ikke bli fratatt dem (Karterud, 1997).

### 2.3.6 Narsissisme og patologisk narsissisme

Karterud (1997) skriver at Kohut brøt med den tradisjonelle oppfatningen om narsissisme, da han sa at det er feilaktig å tro at narsissisme hovedsakelig er en flukt fra temporært overveldende fortrenge følelser, som er knyttet til rivalisering. Det passer bedre og gir mer mening i forhold til kliniske observasjoner, å se for oss en egen utviklingslinje for narsissismen. Vi kvitter oss ikke med en narsissistisk posisjon når vi blir modne nok. Det er heller slik at narsissismen utvikler seg fra en infantil eller umoden(arkaisk) posisjon til en moden narsissisme etter hvert som vi blir voksne. Pasienter med en umoden narsissisme, har hatt en mangelfull utvikling i selvet. Terapeuten skal spørre seg selv: «Hvordan ville jeg hatt det hvis det var meg?», og møte pasienten med empati. Ofte vil da terapeuten ikke bli opplevd som et atskilt objekt som er investert med voldsom og kjønnslig driftsenergi. Mange ganger vil det være vanskelig for terapeuten å forstå hvordan han blir opplevd, ofte vil det føles som han blir tatt for gitt, som om han er blitt en del av pasientens eget selv. Av og til kan det også føles som om vi er en byrde for pasienten, slik at terapeuten blir en kilde til bekymring og besvær, der er han som hindrer pasienten i å utvikle seg. Ved å undersøke pasientens opplevelser tettere, kan en se at det er noen gjentakende mønstre. Disse mønstrene er kan forstås dersom vi fremsetter to av de grunnleggende narsissistiske behovene: Behovet for å bli anerkjent for sin egen storhet(grandiositet), og behovet for å ha en annen å idealisere. Terapeuten skal lytte til hva de narsissistiske behovene forteller, i stedet for å jobbe med å trekke pasienten ut av sin narsissistiske posisjon. Slik vil terapeuten kunne se de spesielle overføringskonfigurasjoner som Kohut kalte for speilende og idealiserende overføringer. Dette er behov som må aksepteres som virkelige behov. Analysen skal skje i bruddet i overføringen, for eksempel hva var det som gjorde at pasienten reagerte med sinne? (Karterud, 1997).

McLean (2007) skriver at Kohut laget en modell som viser at når visse selvobjektsbehov ikke møtes i utviklingen, oppstår en utviklingsstans og patologisk narsissisme;

1) Når det er en dårlig passform mellom barnet og foreldrene.

2) Når foreldre ikke er i stand til å reagere for å gi omsorg til barnet.

3) Barnet har uvanlig stort behov for selvobjekter. Uansett årsak, jo tidligere og mer gjennomgripende feil oppstår, jo mer alvorlig er utviklingsstansen og graden av narsissistisk patologi hos voksne (McLean, 2007).

Ifølge McLean (2007) er narsissistisk personlighetsforstyrrelse en av de minst diagnostiserte typene av personlighetsforstyrrelser. Det er estimert at denne sykdommen er tilstede hos en stor del av pasienter som lider av depresjon. Hoved kjennetegnene på narsissistisk personlighetsforstyrrelse er grandiositet, behov for beundring og mangel på empati. Dette er karaktertrekk som kan påvirke pasientens mellommenneskelige forhold og i livet på en negativ måte. Det er mange teorier om årsaken til narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Ofte har barn utviklings- og foreldrefaktor blitt berørt. Eksempler på utviklingsfaktor inkluderer et medfødt overfølsomt temperament hos barnet. Foreldrefaktorer inkluderer overdreven beundring fra foreldre, manglende realistiske tilbakemeldinger fra foreldre under oppveksten, upålitelig foreldreomsorg og følelsesmessige overgrep i barndommen. Heinz Kohut mente at for å forstå den narsissistiske pasienten, må behandleren innta en empatisk-introspektiv observasjonsstilling. Ved å gjøre det, kan behandleren forstå pasientens intersubjektive holdning (McLean, 2007).

### **2.3.7 Narsissistisk raseri**

Kjennetegnene for narsissistisk raseri er at det er en bestemt psykologisk valør til forskjell fra annet form for sinne. Et behov for hevn, for å gjøre gjengjeld på en ydmykelse uansett hva. En dypt festet tvangsmessig stahet i å følge dette opp, som ikke tillater fred for den som har blitt alvorlig narsissistisk krenket. Dette er karakteristiske former for narsissistisk sinne, som skilles fra andre former for aggresjon (Karterud, 1997).

### 3.0 Empiri

Jeg møtte Emilie i en avdeling for akuttpsykiatri, vi tilbragte syv dager sammen. Emilie er en ung dame, som har tre barn. Hun har inntil nylig bodd sammen med en kjæreste, som hun ikke er sammen med lengre. Foreldrene bor i en annen by enn Emilie, hun har ikke så god kontakt med dem. Hun valgte å legge seg inn etter sterk oppfordring fra hennes familie, da hun hadde ytret ønske og planer om å ta sitt eget liv.

Emilie vokste opp i et hjem hvor hun var det hun kaller for «nøkkelbarn», hun forklarte dette med at hennes foreldre jobbet mye. Av den grunn hadde hun en nøkkel rundt halsen, slik at hun kunne komme seg inn og ut av leiligheten som hun ville. Da Emilie gikk på barneskolen, var det en nabodame som satt barnevakt for henne. Nabodamen lå ofte og sov mens Emilie var der. Hun hadde en sønn som var to år eldre enn Emilie. Når nabodamen sov, misbruke sønnen henne både fysisk og seksuelt. Nabogutten truet Emilie til å ikke fortelle noen om hva som foregikk. De gikk på samme skole, så han passet og fulgte etter henne, slik at Emilie ikke kunne fortelle noen om hva som skjedde. Emilie forteller at hun var konstant redd for denne nabogutten.

Emilie fortalte ikke sin mor om overgrepene, før etter at hun prøvde å ta sitt eget liv som -åring. Da hadde det gått noen år siden forrige overgrep og foreldrene valgte den gang ikke å anmelde nabogutten. Emilie flyttet til en ny kommune etter at hun ble voksen. Der møtte hun en mann som hun fikk tre barn med, de var sammen i flere år før det ble slutt. For omtrent to år siden fikk Emilie en ny kjæreste, den nye kjæresten hennes var ikke snill mot henne. Forholdet var preget av mishandling. Hun forsøkte å forlate sin nye kjæreste flere ganger, men endte opp med å bli i forholdet allikevel hver gang. En dag bestemmer Emilie seg for at hun skal flytte fra ham. Ekskjæresten blir sint, han slår henne, og holder henne fast og kveler henne. Emilie sier at hun er sikker på at hun skal dø, men hun kom seg unna. Politiet er blitt involvert og saken har blitt anmeldt.

Til slutt legges hun inn på sengepost for akuttpsykiatri hvor jeg møter henne, hun har sluttet å spise og får væske intravenøst. Jeg oppfatter Emilie som svært nedstemt og deprimeret. Hun forteller at alt hun vil er å ta livet sitt, og at hun ikke finner motivasjon i å leve for barna sine lengre. Jeg opplever at vi to får god kjemi i de timene vi snakker sammen. Hun har planlagt å henge seg selv, vi snakker om hvorfor hun vil gjøre det. Vi bruker mye tid på å snakke om

det som har skjedd i livet hennes, og hvordan hennes forhold til barna er. Jeg opplever det slik at selv om hun sier at barna har det bedre uten henne, så kan de være en motivasjonsfaktor for å ville fortsette å leve. Av denne grunn snakker vi mye om hva hun ville gått glipp av i deres liv dersom hun ikke levde mer, og viktigst hva de ville gått glipp av dersom de ikke lengre hadde en mamma i livet sitt. Vi hadde flere dype samtaler, Emilie gråt mye. Hun sa at hun følte at alt i livet hennes var håpløst og at hun ikke hadde tro på at det kom til å bli bedre. Emilie hadde også utfordringer i forhold til jobben, hun hadde vært sykemeldt lenge fra den, og visste ikke hvordan hun skulle klare å komme seg tilbake i jobb.

For meg som helsepersonell var det vanskelig å ikke bli involvert følelsesmessig, jeg kjente meg nok litt igjen i henne da jeg selv har tre små barn. Jeg tenkte flere ganger på hvordan mine barn ville hatt det, om det var deres mor som hadde vært i denne situasjonen. Emilie hadde et håp om å få ECT- behandling mot depresjonen. Hun var sikker på at dette kom til å hjelpe. Ifølge henne var det hennes siste utvei. Under samtale med behandler, fikk hun beskjed om at hun ikke kom til å få dette tilbudet. Emilie reagerte med å bli veldig lei seg, hun sa at da kunne hun like greit reise hjem og ta sitt eget liv. Hun var frivillig innlagt og kunne reise hjem når hun ville. Denne avgjørelsen gjorde at jeg ble sint og opprørt. Tanken på at hun skulle dra hjem for å ta livet sitt, følte helt meningsløst for meg. Da jeg kom på vaktrommet gråt jeg, og ble usikker på om jeg plutselig va for følelsesmessig engasjert.

Vi hadde en god kjemi og vi brukte mye humor i samtalene våre, samtalene vekslet ofte mellom gråt og latter. Emilie sa at hun ble ekstra glad når det var jeg som skulle være sammen med henne. Det var en tung situasjon for meg å stå i innimellom, og jeg brukte da mine kollegaer for å få råd om hva jeg skulle si eller gjøre videre. Jeg opplevde det som en trygghet for meg at jeg kunne komme til mine kollegaer å snakke med dem. Det gjorde det lettere å gå inn og være sammen med henne i det mørket som hun på mange måter satt fast i. Etter noen dager merket jeg at hun var i et litt lettere humør, hun omtalte ikke lengre fremtiden som noe hun ikke skulle være en del av. Hun lo oftere og begynte å planlegge det praktiske rundt fremtiden sin. Den dagen Emilie ble skrevet ut ga hun meg en klem, hun fortalte meg at jeg var en veldig flink sykepleier, og at hun hadde satt stor pris på tiden vår sammen.

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Emilies liv sett i lys av selvpsykologi

Foreldrene til Emilie var stort sett fraværende hele hennes liv. Hun beskriver en barndom hvor hun ofte var alene, av den grunn var hun hos nabodamen som passet på henne. Kohut mente at selvet utvikler seg i sin egen sidekurve sammen med objektene. Under normale forhold vil selvet være sammenhengende i følelsen og opplevelsen av «hvem jeg er» (Hausgjerd et.al, 2009). Hun har hatt få nære relasjoner i oppveksten sin, det hun fortalte meg om hennes barndom, og hennes forhold til foreldrene i voksen alder, vitner om at Emilie har manglet selvobjekter og opprettholdelse av selvet i oppveksten. Ingen av hennes selvobjekter har sett eller oppdaget hva som skjedde med henne hos naboen. Det har skjedd en selvobjektsvikt, en empatisvikt fra Emilies viktigste omgivelser. Selvobjektsvikt fører til fragmentering, og de kritiske tankene tar overhånd (Hausgjerd et.al, 2009).

Hun ble utsatt for overgrep av nabogutten i flere år, både fysisk, psykisk og seksuelt. Stedfortredende introspeksjon betyr «Hvordan ville jeg følt det hvis dette var meg?» (Hausgjerd et.al, 2009). Hun fortalte sin mor om overgrepene etter at hun overlevde ett selvmordsforsøk som femtenåring, det ble aldri anmeldt. For meg er det vanskelig å forestille meg hvordan dette hadde føltes, kanskje hadde jeg følt meg sviktet? Hun fortalte aldri om hun ville at overgrepene skulle bli anmeldt. Det kan tenkes at hun hadde følt seg sett og tatt på alvor av sin mor dersom det hadde blitt anmeldt den gang. Det kan også tenkes at Emilie opplevde ett nytt selvobjektsvikt da hennes mor ikke anmeldte overgrepene. Barn har behov for å bli sett og speilet som betydningsfulle, spesielt av sine selvobjekter (Karterud, 1997). Svikt fra selvobjekter og manglende bekreftelse i oppveksten kan føre til en følelse av fragmentering, og kan føre til hun ikke har en sammenhengende følelse og opplevelse av hvem hun er. Det kan tenkes at hun ikke har hatt foreldre som har trøstet og sett henne, når hun har hatt behov for det. Det har nok ikke vært rom for at Emilie har kunnet uttrykke sine følelser i barndommen. Hun har ikke hatt foreldre som har vært speilende selvobjekt. Når foreldre ikke er i stand til å gi tilstrekkelig omsorg for barnet oppstår det en utviklingsstans i selvet (McLean, 2007). Dette kan ha ført til fravær av selvtillit, økt grad av sårbarhet og liten evne til selvtrøst.

Affektene er viktige elementer for å tolke våre sanseopplevelser. Barn binder effektene opp mot sosiale opplevelser, og gjør det i stand til å skille hendelser som er like med andre (Karterud, 1997). Det er mulig at Emilie sin mor ikke har tonet seg inn på hennes sine følelser, og speilet hennes følelses kvaliteter slik hun har hatt behov for. Hun ble utsatt for overgrep og foreldrene oppdaget det aldri. Hun kan ha følt seg sviktet og maktesløs mot en overgriper som hadde så stor makt over henne. Ingen så at hun hadde det vanskelig som barn. Oppvekstmiljøet hennes var utrygt, og kan ha ført til at den kjerneselveet hennes ikke har blitt utviklet tilstrekkelig. Dette fører til at det ikke er urimelig å tenke at Emilie har en del sinne som hun har undertrykt i flere år.

På barneskolen har ikke lærerne klart å se at hun har hatt det vanskelig, nabogutten passet på at hun ikke kunne fortelle noen om hva som skjedde. Har dette hindret Emilie i å finne venner på barneskolen? Har dette ført til at den tvillingsøkende delen av selvet ikke har klart å finne en hun kunne føle seg lik og identifisere seg med? Den grandiose delen av selvet trenger bekreftende oppmerksomhet fra sine omgivelser, hennes opplevelser gjør at denne delen av polen også ikke har blitt fylt opp (Karterud, 1997). Fra egen erfaring i arbeid med barn, vet jeg at barn sine følelser kan komme til uttrykk på andre måter, som for eksempel magesmerter eller hodepine. Hva om hun har hatt slike eller lignende plager i barndommen, uten at verken foreldre, slektninger eller lærere har satt spørsmålstejn ved dette. I dag har vi mer kunnskap om dette temaet enn da Emilie var barn, det kan tenkes at det også er grunnen til at hennes følelsesuttrykk ikke ble sett. Det kan tenkes at hun også har hatt vanskelig for å uttrykke sine affekter på grunn av hendelsene i tidligere barndom. Summen av Emilie sin historie forteller meg at hun gjentatte ganger har opplevd selvobjektsvikt og empatisvikt. De effektene hun har vist foreldrene, har ikke de vært i stand til å tone seg inn på. Dette har ført til at hun ikke har lært seg å tolke sine egne følelser, og gjør at hun ikke klarer å uttrykke følelsene i sitt voksne liv også.

Emilie ble utsatt for psykisk og fysisk mishandling fra tidlig barndom. Hun var konstant redd for nabogutten gjennom flere år, denne frykten kan ha ført til at hun setter spørsmålstejn ved sin verdi. Det at hun ikke føler egenverd kan føre til at hun ikke spør om hjelp. Men at hun viser at hun trenger hjelp på andre måter, som for eksempel ved å slutte å spise. Hun kan føle seg krenket og oppleve narsissistisk sinne når de rundt henne ikke ser dette. Barn har behov for å bli sett på som viktig eller betydningsfull av objektet, og de

trenger bekreftende selvobjekter gjennom hele livet (Hausgjerd et.al, 2009). Emilies foreldre har nok ikke klart å fylle disse behovene.

Emilie opplevde mye vondt i barndommen, det kan tenkes hun bærer på en sårbarhet som hun har med seg i voksen alder. Har konsekvensene av traumene i barndommen ført til tap av selvsammenheng, som har gjort henne mindre rustet til å takle motgang og negative opplevelser? Kohut sier at all kilde til psykopatologi er forskjellige former for selvobjektsvikt, og mangel på empati fra våre betydningsfulle omgivelser. Man blir rustet av trygge relasjoner og brutt ned av vonde relasjoner (Hausgjerd et.al, 2009). Emilie var inntil nylig i et forhold med en samboer som var voldelig mot henne. Det kan tenkes at samboer var både speilende, idealiserende og tvillingssøkende relasjoner for henne på en gang. Kohut mente at det er i samspill med andre at vi får en følelse av hvem vi er, og at vi trenger å føle oss hele, verdifulle og oppleve grunnleggende anerkjennelse blant dem vi omgås med (Karterud, 1997). Selvobjekter er de menneskene som vi har rundt oss som hjelper oss å føle oss hele ved å støtte oss å gjøre oss trygge. Vi trenger å føle oss grunnleggende anerkjent blant dem vi omgås med (Karterud, 1997). Selvobjekter er subjektive, det betyr at det er kun Emilie som kan avgjøre hvem som er hennes selvobjekt. Det er nærliggende å tro at samboer var ett selvobjekt. På tross av at samboer var voldelig mot henne, kan det tenkes at samboer var hennes trygge punkt i livet den tiden de var sammen. En hun kunne føle seg lik, ha noe til felles med og idealisere. Det kan tenkes at kjæresten ga henne den responsen og beundringen hun trengte, behovet fra den grandiose delen av selvet ble kanskje fylt fra dette. Etter at det ble slutt opplevde hun å miste både samboer og plass å bo. På tross av alt det vonde hun opplevde, kan det tenkes at hun føler en sorg over å ha mistet en som hadde en stor funksjon i livet hennes.

## **4.2 Møtene våre sett i lys av selvpsykologi**

Jeg opplevde Emilie som alvorlig deprimert da vi først møttes. Hele livet hennes var på mange måter kaotisk. Hun forteller meg at hun har tenkt å henge seg fordi hun har ingenting som holder henne i livet, til og med barna var ikke motivasjon nok for henne. Hun fortalte meg at barna hennes kom til å få det bedre uten henne. Min første reaksjon da hun fortalte meg det var å si at jeg aldri har opplevd å føle slik, men at jeg kunne tenke meg at dette var en forferdelig følelse å bære på. Ved å gjøre dette kan jeg åpne opp for at hun kan fortelle



om sine hvordan det føles og bære på de følelsene. I tillegg via en empatisk søken ville jeg prøve å vise at jeg forstod følelsene til Emilie.

Et nærende selvobjektsmiljø opprettholder kjerneselve. Skader i kjerneselve har sammenheng med selvavgrensningen og selvsammenhengen (Karterud 1997). Emilie sover store deler av dagen, hun fremstår som energiløs og nedstemt. Rommet er mørkt, med gardinene trukket for slik at det ikke slipper inn noe sollys. Emilie forteller at hun gruer seg sånn til den kommende rettsaken mot ekskjæresten, at hun vil ta sitt eget liv, slik at hun slipper å gå gjennom den. Traumatiske opplevelser som for eksempel seksuelle overgrep, er en faktor som øker sjansen for selvmord. Det er en nær sammenheng mellom overgrep og selvskadende atferd (Sigveland, 2017). Emilie hadde sluttet å spise, hun fikk væske intravenøst. Hun sa selv at hun sluttet å spise for å ha kontroll på noe. Jeg lurte allikevel på om det at hun ikke lengre tilførte kroppen sin næring, også var en form for selvskading. Dette fordi kroppen til slutt vil ta skade av å ikke få tilført næring.

Ved å være affektinntonet til hennes følelser, kan jeg forstå hennes følelser, og hvorfor hun reagerer sånn hun gjør. Gjennom å bruke empatisk lytting, og stille meg inn på hennes følelses kvaliteter, kan hun oppfatte mine følelser som en bekreftelse til hennes i mine kommentarer. Det kan gjøre det lettere for henne å åpne seg om hennes tanker og følelser til meg som terapeut. Ved å bruke meg selv om selvobjekt, kan jeg være en i hennes liv som kan hjelpe henne til å føle seg verdifull og grunnleggende anerkjent.

I en speilende selvobjektsrelasjon kan jeg hjelpe Emilie å få bekreftelse og forstå hennes følelser. Ved å vise henne at jeg ser henne og at jeg bryr meg om henne. Hausgjerd et.al (2009) skriver at i en speilende selvobjektsrelasjon ser pasienten på behandleren som et konstant grunnlag for bekreftelse. Når hun forteller meg at hun ikke har det bra kan jeg speile hennes følelser, slik at hun kan gjenkjenne dem i meg. Samtidig som jeg legger til noe i det jeg deler tilbake, for å hjelpe henne til å reflektere over disse følelsene.

Den tvillingssøkende selvobjektsrelasjonen sier at pasienten har en trang til å føle seg lik og på linje med behandleren (Hausgjerd et.al, 2009). Ved å bekrefte det som gjør oss lik og våre felles interesser, kan det styrke kjemien vi fikk fra starten av. Vi hadde barn på samme alder, jeg og Emilie er i tillegg på samme alder. Det kan tenkes at dette var noe av grunnen til at vi fikk så god kontakt fra starten av, og at det gjorde det lettere for henne å åpne seg

for meg. Det å finne likheter i de følelsene som gjør både meg og henne redd og glad. Kan føre til at hun opplever at vi er på samme linje, og at jeg ikke er «bedre» enn henne.

Jeg kan være ett idealisert selvobjekt for Emilie gjennom å formidle idealisert kraft og ro (Hausgjerd et.al, 2009). Ved å planlegge tilsyn og å overholde avtaler, vil dette gi henne en følelse av å være viktig og verdifull i hennes kaotiske livssituasjon. Min kunnskap kan brukes til å gi henne ro og trygghet. Emilie sa ofte at hun ble ekstra glad når jeg skulle være sammen med henne. Ved å idealisere meg kan hun kanskje få styrket sitt behov for å føle tilknytning.

### **4.3 Refleksjoner og spørsmål jeg sitter med i etterkant**

Emilie hadde en historie som berørte meg på mange måter. Fordi hun hadde tre barn og var på samme alder som meg, kunne jeg kjenne meg igjen i henne. Jeg engasjerte meg i henne på den tiden hun var lagt inn som pasient. Mine tanker gikk ofte til mine hvordan ville mine barn hatt det, dersom jeg var i hennes sko. Kohut var opptatt av empati og det han selv kalte for stedfortredende introspeksjon, som betyr at man spør seg selv om hvordan man ville jeg følt det hvis dette var meg? (Hausgjerd et.al, 2009). Når jeg tenker tilbake på tiden min sammen med Emilie, var dette noe jeg reflekterte ofte over sammen med henne. Mine personlige følelser kunne til tider bli vanskelige å håndtere, og jeg lurte på om jeg ble for følelsesmessig engasjert. Jeg skulle kanskje ha jobbet mer med å holde litt avstand, og ikke tenkt på hvordan mine barn hadde hatt det hvis jeg var i hennes sko. Samtidig tror jeg på at vi som helsepersonell må ha med oss både en faglig bakgrunn, og våre egne erfaringer og verdier i møte med pasienter som er selvmordsnære. Jeg tror at Emilie merket min empati og omsorg for henne i det mørket hun befant seg i da vi møttes, og kan tenke meg at det var akkurat slik hun hadde behov for å bli møtt.

I etterkant har jeg lurt veldig mye på hva som skjedde med henne etter at hun ble skrevet ut. Jeg opplevde henne som lettere til sinns, men jeg har allikevel lurt på om hun virkelig var det. Jeg spurte henne aldri om hva som hadde forandret seg, jeg skulle ønske at jeg gjorde det. Før jeg opplevde henne som lettere til sinns, opplevde jeg henne som helt sikker på at hun skulle ta sitt eget liv. Dette spesielt i forbindelse med at hun fikk avslag på å få ECT-behandling mot depresjon. Kan hun har opplevd en følelse av krenkelse, som har ført til at Emilie har utviklet et skjult selv? Det kan tenkes at hun skjøv sine negative tanker og følelser

bort, og at hun gjorde det på en måte som fikk henne til å fremstå som mindre deprimert enn hun egentlig var.

Chung (2017) skriver at det er flest selvmord blant dem som har en psykisk sykdom fra før, og at psykisk syke som blir skrevet ut fra sykehus, har større risiko for å ta sitt eget liv, enn andre psykisk syke. Risikoen er størst de første månedene etter at de har blitt skrevet ut fra sykehus. I tillegg skriver Chung et.al (2017) at pasienter som vil ta sitt eget liv, må ha et tilbud om oppfølging i lang tid etter utskrivelsen. Den interpersonlige teorien om selvmord peker på tre viktige faktorer som spiller inn på hverandre for om en pasient tar sitt eget liv. To av disse faktorene handler om å føle seg til bry for andre, og det å mangle tilhørighet (Sigveland, 2017) Emilie snakket mye om at hun følte seg til bry og manglet tilhørighet mens hun var lagt inn. Hun sa at hun mente at barna hennes hadde det bedre uten henne. På grunn av samlivsbruddet hadde hun også ingen plass og bo, hun hadde ikke noe å komme hjem til. Den tredje faktoren i den interpersonlige teorien om selvmord peker på evnen til evnen til å skade seg selv alvorlig, tidligere selvmordsforsøk vil øke risikoen for nye selvmordsforsøk (Sigveland, 2017). Emilie prøvde å ta sitt eget liv som 15-åring. Hun ble utsatt for overgrep i barndommen, uten å fortelle det til noen. Dette kan ha ført til at hun har utviklet en et skjult selv, hvor hun har overlevd ved å selektivt velge bort de vonde følelsene ved å ikke godta dem. Hun kan fremstå som blid og fornøyd, selv om hun føler seg tom og uten identitet. Dette kan være følelser Emilie ikke selv vet om. I så fall vil det være en dårlig affekt inntoning å fortelle henne dette, da er man i en ekspertrolle, noe som ikke harmonerer med selvspsykologien.

Ettersom hun var lagt inn på en akuttavdeling, var vår tid sammen kort. Hvis jeg hadde hatt mulighet til å bruke mer tid sammen med henne, hadde jeg fortsatt å jobbe med empatisk lytting og forståelse mot henne slik selvspsykologien legger stor vekt på. Vitalitetseffekter er de følelsene som er forbundet til å føle seg levende (Karterud, 1997). Etter hvert som Emilie får det bedre og blir sterkere, er det viktig å finne frem det som gir henne vitalitetseffekt. Her tenker jeg at barna hennes først og fremst vil være viktig, da de vil gi henne en følelse av å bety noe. Kanskje hun kan finne noen meningsfulle aktiviteter som kan gi henne livsgnist og mestring? Før hun vil være klar for dette er det viktig at hun får tid til å bearbeide og få ut de vonde følelsene og opplevelsene hun har opplevd, denne prosessen kan bli langvarig.

## 5.0 Konklusjon

Ved å skrive denne oppgaven har jeg lært meg at tidligere selvmordsforsøk er en risikofaktor for å gjenta selvmordsforsøk. Selvmord er et stort folkehelseproblem, og er en av de største dødsårsakene i verden. Dette forteller at helsepersonell må ha god kompetanse i å vurdere og iverksette tiltak i vurderingen av selvmordsrisiko. Pasienter har behov for tett oppfølging i flere måneder etter at de har vært lagt inn med suicidale planer.

Den tiden jeg hadde med Emilie berørte meg på mange måter, jeg ble engasjert og hadde hele tiden et håp om at hun skulle velge å leve fremfor å dø. Emilie var lagt inn på en akuttavdeling, her ble hun fulgt tett opp av psykiatriske sykepleiere, psykologer og psykiatere. Dette var mitt første møte med en som opplevde verden så veldig mørk som hun gjorde. Det var tøft for meg til tider som privatperson, men som fagperson hadde jeg veldig lyst til å hjelpe henne til å få tilbake livsgnisten. Ved å fordype meg i hennes historie, sett i lys av selvpsykologien, har jeg fått en økt forståelse av hvordan Emilie hadde det. Historien hennes ut ifra hva selvpsykologien sier om utviklingen av selvet, gir meg innsikt i hva som kan gjøre at Emilie har det vondt og er sårbar.

Selvpsykologi er et godt redskap å bruke når jeg skal hjelpe og forstå mennesker som er selvmordsnære. Empati og fortolkning som behandlingsmetode vil hjelpe selvet til å utvikle seg til et selvregulerende system. Det kan hjelpe Emilie å føle seg hel ved å være sammen med henne uten å fokusere på metode, men bruke empatisk lytting og fortolkning. Vi fikk en god kjemi og dannet et grunnlag for at hun kunne åpne seg for meg tidlig. Det vil være viktig at hun får tid til å bearbeide de følelsene og opplevelsene hun har. Dette er en prosess som kan bli langvarig, Emilie vil ha behov for tett oppfølging i flere måneder frem i tid.

Ut ifra litteratursøk og hva jeg har lest av pensum, ser jeg at det er behov for mer forskning og kompetanse om temaet selvmord. Det hadde vært svært aktuelt å forske mer på hvilke faktorer som kan forebygge selvmord. Det hadde også vært interessant å se nærmere på om pasienter som er selvmordsnære opplever at de får tilstrekkelig oppfølging og hjelp i etterkant av en innleggelse.

## Litteraturliste

Chung, Daniel Thomas; Christopher James Ryan, Dusan Hadzi-Pavlovic, Swaran Preet Singh, Clive Stanton og Mathew Michael Large.” Suicide Rates after discharge from psychiatric facilities, A systematic Review and Meta-analysis” *JAMA Psychiatry* 74, nr.7(2017): 694-702.

Folkehelseinstituttet. 2018. *Folkehelse rapporten-kortversjon Helsetilstanden i Norge 2018*. Hentet 5.4.2020 fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>

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

Helsedirektoratet. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.

Karterud, Sigmund. *Selvpsykologi, utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1.utg. 1997.

Mclean, Jamie, series editor: Paulette M. Gillig MD. “Psychoterapy with a narcissistic patient using Kohut`s self psychology model”. *Psychiatry (Edgmont)* 10, nr.2 (2007):1-19.

Sandage, Steven J. “The tragic-ironic self- A qualitative study of suicide”.*Psychoanalytic Psychology* 29, nr 1(2011):17-33.

Santa Mina, Elaine E. “Self-harm intentions: Can they be distinguished based upon a history of childhood physical and sexual abuse?”, *Canadian Journal of Nursing Research* 42, nr. 4 (2010):122-143.

Sigveland, Johan. «Den interpersonlige teorien om selvmord». *Suicidologi* 16, nr.3(2017):16-20

Sosial- og helsedirektoratet. 2008. *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord I psykisk helsevern*. Hentet 5.4.2020 fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/produkter/\\_/attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/produkter/_/attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)