



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Et møte med en flyktning

Lise Hareide

Totalt antall sider inkludert forside: 34

Molde, 20.04.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

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

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

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: 20.04.2022

Antall ord: 8779

Forord

*«Hvor høyt du må elske din sønn, når du kaster han over en mur
Men hvor mye er frykten din verd, når vi sender ham rett i retur
Hvem lofte deg at reisen skulle bli lett, si meg prisen for din billett*

*Som bølger brytes mot stranda, skal din lykke knuses mot løgn
Som sjeler på flukt inn i mørket, må bære hvert søvnløse døgn
Som kropper som faller fra himmelen, forgjeves og bunnløs forlatt
På vei igjennom din håpløse natt*

*Hva gjør det med meg
Som bare ser deg så vidt i et glimt, gjennom et vindu i tid
Gjennom et øye, som kjennes så mett
Ser jeg deler av prisen for din billett»*

-Trygve Skaug-

Sammendrag

Som helsepersonell innenfor psykisk helsevern, møter vi mange med svært livsbelastende erfaringer. Noen ganger kan det være utfordrende å vite hvordan man skal møte vedkommende, særlig i begynnelsen når man skal bygge en relasjon. Pasientene vi møter har gjerne vokst opp med verdier og erfart en kultur man kan kjenne igjen. Hva når man møter pasienter som er flyktninger, hvor mye i relasjonen oppleves fremmed? Det å være flyktning innebærer at vedkommende har flyktet fra en uutholdelig livssituasjon som gjør at de ikke kan leve trygt i sitt land. Hvordan jobber vi med relasjonsbyggende arbeid til denne pasientgruppen slik at de opplever bedring? I oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i følgende problemstilling: *Hvordan kan helsepersonell ved en voksenpsykiatrisk døgnpost bruke selvspsykologisk tilnærming, for å bygge en helsefremmende relasjon til en psykisk syk flyktning?*

Jeg har valgt en selvspsykologisk tilnærming som hovedgrunnlaget for teoridelen. Hvor fokuset er relasjonen og en empatisk holdning i møte med pasienten. Hartmann (2000) beskriver at selvspsykologien omhandler menneskets ønske om å føle seg sammenhengende, verdifull og forstått av andre i den mellommenneskelige kontakten. Holdningen i selvspsykologien er at man som helsepersonell jobber med å styrke selvsammenhengen og skape et mer aksepterende selv. Jeg har også trukket inn teori om flyktninger og psykisk helse, i tillegg til relevante begrep som kulturkunnskap, kulturell kompetanse, forforståelse og selvrefleksjon.

I denne oppgaven analyserer jeg mine tre møter med Basim, som er flyktning og innlagt ved en voksenpsykiatrisk døgnpost. Møtene våre diskuterer jeg i lys av teorien, med utgangspunkt i problemstillingen. Diskusjonen fremhever empatisk lytting og en ikke-vitende tilnærming som relasjonsbyggende og styrkende for selvsammenhengen. Dette kan være med på å skape tillit og bidra til å skape en helsefremmende relasjon. På den andre siden kan svikt i affektinntoning og manglende bevissthet rundt sin egen forforståelse være relasjonshemmende. Selvrefleksjon i møtene med Basim diskuteres og det fremgår at helsepersonell gjennom refleksive holdninger kan skape en endringsmulighet i samhandlingen. En bevissthet rundt fenomener som motstand og overføringer er nyttig i den mellommenneskelige interaksjonen. Betydningen av kulturkunnskap og kulturell kompetanse trekkes frem som helsefremmende i møtet med flyktningen.

INNHold

1.0	Introduksjon	3
1.1	Problemstilling	4
1.2	Litteratursøk og relevante funn	4
2.0	Teori	6
2.1	Selvpsykologi.....	6
2.1.1	Selvet.....	7
2.1.2	Selvobjekt.....	8
2.1.3	Empati og affektinntoning.....	8
2.1.4	Overføring og motoverføring.....	9
2.1.5	Motstand.....	9
2.2	Flyktninger og psykisk helse.....	10
2.3	Kulturkunnskap og kulturell kompetanse	10
2.4	Forforståelse og selvrefleksjon	11
3.0	Empiri	12
3.1	Narrativ	12
3.1.1	Første møtet.....	12
3.1.2	Andre møtet.....	13
3.1.3	Tredje møtet	14
4.0	Diskusjon	15
4.1	Det første møtet: det fragmentert selv i møte med manglende empatisk lytting	15
4.2	Det andre møtet: selvrefleksjon i møtet med motstand.....	19
4.3	Det tredje møtet: kulturell kompetanse i møtet med selvsammenheng	22
5.0	Konklusjon	25
	LITTERATURLISTE	27

1.0 Introduksjon

FNs flyktningkonvensjon definerer en flyktning som enhver person som befinner seg utenfor det land vedkommende er borger av, på grunn av frykt for å bli forfulgt knyttet opp mot rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller annen sosial grunn (fn.no). En flyktning er et begrep som påpeker både at noe er fremmed og at et menneske har flyktet fra en livssituasjon som var uutholdelig. Det de har til felles er at de ikke kunne leve trygt der de oppholdt seg eller det landet de kommer i fra (Varvin, 2018).

Ved utgangen av 2020 var det 82,4 millioner mennesker på flukt og det har ikke vært flere mennesker på flukt siden andre verdenskrig ifølge FN Sambandet. Av disse er det 4,1 millioner som er asylsøkere på verdensbasis (fn.no). Ifølge statistisk sentralbyrå i 2021 er det 4,5 % av Norges befolkning som har flyktning bakgrunn (ssb.no).

Som helsepersonell innenfor psykisk helsevern, møter man mange mennesker med ulike psykiske utfordringer. Mange av de menneskene har erfaringer i livet som kan være utfordrende å sette seg inn i. En del har opplevelser som har vært så livsbelastende, at det i noen tilfeller kan være vanskelig å vite hvordan man skal møte dem på best mulig måte. Særlig i begynnelsen, når man skal bygge en god relasjon. Men ofte er det likevel noen referansepunkter som er felles i disse møtene, som kan være nyttig i relasjonsbyggingen. Det kan være så generelt som at vi har vokst opp i Norge, har et tilnærmet likt morsmål og deler en relativt lik kultur. Slike fellesnevnerne kan skape en felles forståelse når man skal bygge en relasjon. Hva når man møter en pasient som er blitt psykisk syk, men hvor vedkommende er en flyktning og alt oppleves fremmed? Hvor både naturen, været, luktene og smakene i hjemlandet deres kan være annerledes. I tillegg til språket, verdiene og kulturen. Hvordan forholder man seg til denne tilleggsfaktoren? Holt (2019) skriver i sin bok at hun erfarer at hjelpere opplever det som overveldende når man skal gi omsorg til en som er psykisk syk, og i tillegg er en flyktning.

I mine møter med den pasienten jeg kommer til å presentere i narrativet, opplevde jeg å møte ulike uttalelser fra helsepersonell. Det kunne være utsagn som f.eks. «han gjør sikkert historien sin verre, for å få oppholdstillatelse» og «kanskje han er ekstremist». Jeg kunne ikke la være å undre meg, når vi sier slike ting høyt, hvem er vi da i møtet med

dem? Hvordan møter vi denne pasientgruppen som er flyktninger, slik at man får en god relasjon og de opplever bedring? Gjennom videreutdanningen har jeg ofte tenkt tilbake på denne pasienten, og ønsker med denne oppgaven å se erfaringen i et nytt lys med ny kunnskap. I tillegg er det svært aktuelt å skrive om flyktninger med tanke på de store flyktningestrømmene som de siste årene. På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan helsepersonell ved en voksenpsykiatrisk døgnpost bruke selvpsykologisk tilnærming, for å bygge en helsefremmende relasjon til en psykisk syk flyktning?

1.2 Litteratursøk og relevante funn

I databasen ORIA brukte jeg søkeordet (*flykt** ELLER *asylsøk**) med trunkering for å få med flere bøyninger av ordet. Etter det la jeg på OG (*psyk** ELLER *mental** ELLER *ptsd* ELLER *depresjon*). Disse ordene la jeg inn for å ikke skulle gå glipp av noe som kunne være relevant for oppgaven, selv om problemstillingen min ikke forholder seg til en spesiell diagnose. Så la til ordet *relasjon* oppå dette. Jeg avgrenset deretter med å sette inn årstall mellom 2010 og 2021 OG artikkel, da endte jeg opp med et resultat på 388.

Jeg prøvde også *selvpsykologi* OG/ELLER *døgnpost*, men jeg fikk da ingen treff og måtte kutte dette i søket. Jeg fant to artikler som jeg kunne bruke i oppgaven. Den mest relevante var «*Når jeg føler meg trygg, prøver jeg å si litt om det jeg har vært utsatt for*»- en kvalitativ studie om betydningen av tillit i terapi med traumatiserte flyktninger (Gulliksen og Hekne, 2018). Hvor de blant annet konkluderer med at tillitsutviklingen i relasjonsbyggingen er en vesentlig del av bedringsprosessen. Den andre var litt mindre relevant, men hadde elementer jeg kunne bruke: «*Ingen vet hvem du er*»-flyktningers opplevelse av omstillingsprosessen (Grue, Bytingsvik og Stige, 2019). Hvor et av funnene var at flyktningers opplevelse av å bli sett på som et unikt individ, og ikke en gruppe, var viktig for omstillingsprosessen i Norge.

I databasen MEDLINE brukte jeg flere ulike søkekombinasjoner, til jeg til slutt havnet på søkeordet *refugee* * og mental illness OR mental disorder. Så la jeg på *mental disorders, ptsd, stress disorder, depression* AND *professional patient relations*. Jeg prøvde å legge til *self psychology*, men da fikk jeg ingen treff og måtte kutte dette i søket. Jeg endte opp med et resultat på 24 i denne søkeprosessen. Jeg fant også her to artikler jeg kunne bruke i oppgaven. Den ene var *Traumatized refugees, their therapist, and their interpreters: Three perspectives on psychological treatment (Mirdal, Ryding og Sondej, 2011)*. Relevante funn var betydningen av det relasjonelle samspillet, oppbyggingen av tillit og psykoedukasjon for å fremme bedring hos pasienten. Den andre var et samarbeid mellom flere Europeiske land. *Experiences with treating immigrants: a qualitativ study in mental health services across 16 European countries (Sandhu mfl., 2012)*. Her var sentrale funn, betydningen av kulturforståelse hos helsepersonell, og at utviklingen av tillit sammen med åpen kommunikasjon er relasjonsbyggende.

2.0 Teori

I denne oppgaven har jeg valgt selvpsykologi som teoretisk tilnærming i møtet mellom behandler og pasient. Selvpsykologien legger stor vekt på relasjonen og en empatisk holdning, som er hovedelementet i denne oppgaven. Jeg vil også skrive litt om flyktninger og psykisk helse, i tillegg til å definere begrepene kulturkunnskap og kulturell kompetanse, forforståelse og selvrefleksjon. Dette er relevante elementer for oppgavens diskusjonsdel i lys av problemstillingen min.

2.1 Selvpsykologi

Selvpsykologi er en retning som vokste frem på 70-tallet og grunnleggeren er psykoanalytikerens Heinz Kohut (1913-1981). Kohut utviklet seg videre i fra Freud og den klassiske psykoanalysens driftsteori, hvor behovstilfredsstillelse var i fokus. Han beveget seg mer mot en motivasjonsteori med relasjonen i fokus, i sammenheng med hvordan en psykisk struktur utvikles. Han mente at menneskets motivasjon ligger i ønsket om å føle seg sammenhengende, verdifull og forstått av andre i den mellommenneskelige kontakten. Freud mente at svikt i driftsblokkeringene gir psykisk lidelse, hvor Kohut til sammenligning mente at svikt og brudd i relasjoner gir psykisk lidelse (Hartmann, 2000).

Daniel Stern (1934-2012) var en psykolog som utformet en utviklingsteori som knytter affektteori og selvpsykologi sammen. Stern tematiserte begrepet affektinntoning, som sammen med empati og introspeksjon er en forutsetning for å kunne fremme god selvutvikling i møtet med et annet menneske (Urnes, 1997).

Selvpsykologien handler om at vi gjennom hele livet, både bevisst og ubevisst omgir oss med mellommenneskelige relasjoner, som på en eller annet måte regulerer vår selvfølelse (Røknes og Hansen, 2002). Det å møte mennesker ut ifra et selvpsykologisk perspektiv er mer en holdning, enn det er en teknikk. Derfor er det viktig å møte en pasient med åpne strategier og ikke innta en ekspertrolle. Både fortid og nåtid spiller en rolle. Hovedfokuset er å bygge en relasjon, samtidig som man møter den andre hvor den er både emosjonelt og tankemessig (Bjørkly, 2020, lysark).

2.1.1 Selvet

Selvet omtales som den sammenhengende opplevelsen av «hvem jeg er» (Haugsgjerd mfl., s. 203, 2009). Kohut omtalte selvet som et fundament i menneskets psykologiske liv, en sammenheng av emosjoner, tanker og handlinger. Han refererte til selvet som den opplevelsen man har av egen person, som utvikles i samspill med andre. Selvet er individets egne selvpresentasjoner, som både er bevisst og opplevelsesnært. Det er et dynamisk system, som forutsetter et kjerneselv for utvikling og differensiering. Kjerneselvet har sine røtter i tidlig barndom og er et sentrum for selvet. Kjerneselvet har sin særegne historie og sitt eget perspektiv på verden (Karterud, 1997).

Selvet består ifølge selvpsykologien av tre poler og er forankret i kjerneselvet. Den første polen er det grandiose selvet, den andre polen er det idealiserende selvet og den siste polen er det tvillingsøkende selvet (Hartmann, 2000).

Det grandiose selvet er behovet for aksept, anerkjennelse og beundring. Som består av individets ambisjoner og vil få sin unike utforming hos hver enkelt. Hos den voksne kan det grandiose selvet på den ene siden kunne vise seg som i avhengighet av andres bekreftelse og selvunderkjennelse. Eller på den andre siden gi uttrykk for storhetstanker og urealistiske krav om spesiell oppmerksomhet. En moden selvsammenheng vil kunne gjenspeile å ha evnen til å elske seg selv og ha en sunn tro på egne evner (Karterud, 1997).

Det idealiserende selvet er behovet for å ha noen å kunne stole på og kjenne på noe som større enn en selv. Hos den voksne kan det på den ene siden vises ved at man f.eks. skyver andre bort og går helt inn i seg selv, mens det på den andre siden vil kunne vise seg i et stort savn etter å ha noen å lene seg til og søker etter ytre forankringspunkter. Her vil en moden selvsammenheng kunne vise seg som en sunn etisk forankring i personligheten (Karterud, 1997).

Det tvillingsøkende selvet er behovet for å kjenne seg lik noe og oppleve fellesskap. Hos den voksne kan det vise seg i et stort behov og søken etter likhet, eller en stor motstand mot å skulle være slik som andre. Et modent selv vil her kunne kjenne på balansen mellom behovet for fellesskapet og det å ta egne valg uavhengig av andre (Karterud, 1997).

Grunnforståelsen rundt behandling innenfor selvpsykologi, er at det er det fragmenterte selvet som er kjernen til psykopatologi. En av de viktigste bidragene til at pasienten kan oppleve et mer samlet selv, er å bli møtt og forstått på en genuin måte med empatisk tilnærming. Man danner et fundament i oppveksten, men ulike opplevelser og erfaringer kan bringe selvet ute av balanse. Årsak til en fragmentering, kan skje både tidlig og sent i livet. Det kan f.eks. være hvis man er utsatt for omsorgssvikt, går igjennom en skilsmisse eller opplever krig. Vi mennesker opplever erfaringer i livet ulikt og det er derfor den opplevelsen pasienten selv sitter med som er relevant. Ved opplevelse av fragmentering kan mennesket i noen tilfeller søke etter bekræftelser på ulike måter for å prøve å bevare selvet sitt. Kohut omtalte det «det tragiske mennesket», som f.eks. ved å oppleves selvopptatt, egentlig har lav selvfølelse og strever etter måter å selvhelbrede seg selv på (Hartmann, 2000). I møtene mellom pasient og helsepersonell kan selvet fylles med det som mangler hos pasienten, som igjen kan fremme en selvsammenheng. Som behandler kan man restaurere et selv (Karterud, 1997).

2.1.2 Selvobjekt

Noe som er en forutsetning for utviklingen av et selv er det som kalles for selvobjekt, hvor utviklingen skjer i relasjonen og samhandlingen til andre. Et selvobjekt er de viktige andre som er med på å forme deg som menneske. Et selvobjekt er noe annet enn deg selv, som f.eks. et annet menneske, et dyr, en organisasjon, naturen eller en ting. Et selvobjekt har stor betydning for å kunne opprettholde sin egen følelse av å være et meningsfullt og sammenhengene selv (Hartmann, 2000).

Det speilende selvobjekt henger sammen med det grandiose selvet, og er den eller det som gir bekræftelse og får deg til å føle deg betydningsfull. Det idealiserende selvobjekt forstås ut ifra det idealiserende selvet, og er noen eller noe man støtter seg til og ser opp til. Hvor det tvillingsøkende selvobjekt forstås ut ifra det tvillingsøkende selvet, og er det selvobjektet som gir følelsen av likhet og felleskap (Bjørkly, 2020, lysark).

2.1.3 Empati og affektinntoning

Kohut ønsket å fremheve at varme, vennlighet og omsorg var veien inn til pasientens indre verden. Han formidlet at en terapeut bør tilstrebe en langvarig empatisk fordypelse, som

krever både øvelse og personlige forutsetninger. Det å fordype seg i den andre sitt subjektive perspektiv og opplevelse, kan være en trussel mot vår egen forankring. Derfor vil det være viktig med kritisk selvobservasjon, hvor man gjennom introspeksjon bevisst observerer egne følelser og tanker. Dette for å holde blikket på pasienten og ikke falle tilbake til oss selv. Kohut jobbet gjennom hele sitt forfatterskap med å fremheve empati som observasjonsmåte, og som forankring for teori og som terapeutisk holdning (Karterud, 1997).

Gjennom empatisk lytting, prøver terapeuten å styrke selvfølelsen og opplevelsen av sammenheng. Man lytter etter følelsen bak det som blir sagt. Terapeuten prøver da å gjøre pasientens ubegripelige følelser og reaksjoner, begripelig. Dette kan gi en følelse av anerkjennelse og mening (Hartmann, 2000).

Affektinntoning omfatter det å tone seg inn på følelsene til den andre og respondere på disse både verbalt og nonverbalt. Daniel Stern la frem dette som grunnleggende i utviklingen av barneårene, men affektinntoning møter man gjennom hele livet. En god affektinntoning vil være at den andre føler seg sett og forstått. Den finnes ulike svikt i en affektinntoning. Manglende inntoning er å ikke bli bekreftet, selektiv inntoning er å bli bekreftet på enkelte områder, feilinntoning er det å bli møtt inadekvat og overinntoning er når man blir invadert emosjonelt (Urnes, 1997).

2.1.4 Overføring og motoverføring

Overføringer er de følelser og holdninger pasienten kjenner på i møtet med behandler. Dette er ubevisste måter å reagere på, som henger sammen tidligere erfaringer i livet og vedkommende sine indre objektrelasjoner (Varvin, 2019). Kohut mente at man til en viss grad måtte imøtegå slike reaksjonsmønstre og vise empatisk forståelse, i stedet for å kjenne på frustrasjon (Hartmann, 2000). Motoverføring er de følelser og holdninger behandleren kjenner på i møtet med pasienten (Varvin, 2019)

2.1.5 Motstand

Motstand forstås innenfor selvpsykologi som en beskyttelse mot retraumatisering. Det må ikke forstås som en motstand mot å bli frisk eller vise innsikt. Motstand i møtet mellom

hjelper og pasient, vil kunne ha flere årsaker. Motstand kan være en indikasjon på empatisk svikt hos terapeuten. Hvis man kjenner på motstand i møtet med pasienten, vil det være viktig med selvrefleksjon og kunne utforske årsakene til motstanden og eie sitt eget ansvar i relasjonen. Motstand kan også være et signal på at smertefulle følelser kan ha blitt aktivert hos pasienten eller i situasjonen. Da blir det viktig å utforske de utløsende faktorene og kunne jobbe seg sammen igjennom dette, ikke som en kamp mellom behandler og pasient (Hartmann, 2000).

2.2 Flyktninger og psykisk helse

Grunnlaget for psykisk helsearbeid, vil være etablering av gode relasjoner. Det er mange som har opplevd traumer og blitt behandlet uten respekt og krenket i sitt menneskeverd. På bakgrunn av dette kan møtet med helsepersonellet veksle mellom både håp, fiendtlighet, skepsis og sårbarhet. Derfor er det ulike målsettinger som er viktig i møtet med den psykisk syke flyktingen. To av de målsettingene som er viktig, er gjenvinne verdighet og respekt, og gjenvinne mening og sammenheng i tilværelsen. Det er viktig å understreke, at dette ikke gjelder spesielt for psykisk syke flyktninger, men at disse målsettingene blir viktig, på grunn av den sårbare situasjonen de befinner seg i. Hvis man greier å etablere dette i sin egen holdning i møtet med flyktingpasienten, vil relasjonsarbeidet bli lettere og mulighetene for bedring er til stede (Varvin s. 51, 2018).

En av flyktingenes grunnproblem vil være på det relasjonelle plan. De er ofte skadet gjennom vanskelige relasjoner både i fra hjemlandet og flukten. Derfor må bedring også skje gjennom relasjoner. At de er flyktninger trenger ikke være vesentlig for et behandlingsforløp, men deres kulturelle bakgrunn og at de er flyktninger vil likevel komme i fokus, for blant annet utfordringer med helhetsforståelsen (Varvin, 2018).

2.3 Kulturkunnskap og kulturell kompetanse

Kultur baserer seg for det første på tradisjoner og en felles forståelse rundt erfaringer, kunnskap, verdier og språk. For det andre er kultur som en gjensidig forståelse og det som gjør kommunikasjon mulig (Eriksen, 2001). Kulturkunnskap omtales som forståelsen av hvordan den kulturelle bakgrunnen påvirker pasienten. Når man skal byggen en god

relasjon vil det være hensiktsmessig at man som helsepersonell streber etter å bli kjent med kulturen til pasienten. Særlig når det påvirker pasienten i så stor grad, at det ikke gir mening å tolke et fenomen uten å ta kulturen med i betraktningen (Holt s. 42, 2019).

Kulturell kompetanse omfatter holdninger, kunnskap og ferdigheter i møte med det mangfoldige samfunnet. Det er å øke den kulturelle kompetanse i møte med flyktningen og at bevissthet rundt egne holdninger er en del av denne kompetansen. Bevisstheten om egne verdier, holdninger og fordommer i møte med et menneske som er annerledes enn oss selv er essensielt for å kunne skape en god relasjon. I relasjonsbyggende arbeid vil det være nyttig å være oppmerksom på at pasienten kan handle og oppføre seg ut ifra sin egen kultur og forståelse av verden, og at dette kan være årsak til ulike misforståelser (Kolossa, Saren og Alpers, 2021).

2.4 Forforståelse og selvrefleksjon

Forforståelse er en bakgrunnskunnskap man har om f.eks. et fenomen eller et menneske, basert på oppfatninger og holdninger man har i seg på det aktuelle tidspunktet.

Forforståelsen ligger oss gjerne ikke så bevisst og er basert på de erfaringer og den kunnskap man innehar. Vi bærer med oss en forforståelse i alle mellommenneskelige møter. Det betyr også at en forståelse kan endres med kunnskap og ny innsikt. Men dette er krevende, fordi det krever åpenhet, aktivt arbeid og vilje til å sette sin egen forforståelse på prøve (Thornquist, 2018). Hvis vi ikke er oppmerksom på at slike prosesser eksisterer i et relasjonsarbeid, kan det påvirke pasienten uheldig og hemme bedring av psykisk helse. Ved å aktivt stoppe opp en kort stund og reflektere i møtene med pasienten, kan man gjøre det ubevisste bevisst. Slik at man som helsepersonell kan bruke dette som en endringsmulighet i relasjonsbyggingen, både der og da, eller ved neste samhandling (Holt s. 126, 2019).

Selvrefleksjon omfatter å være følelsesmessig påkoblet i seg selv. Det å forholde seg til seg selv og kunne observere seg selv utenfra, samtidig som man klarer å se den man hjelper sin opplevelse. Schibbye (1998) sier at å se seg selv, er å se den andre. Det å være selvavgrensende i møte med pasienten, kan hjelpe pasienten selv å skille ut sitt eget. Det å ha et reflektert forhold til seg selv og den andre, vil også kunne gi tilgang hos deg selv i hvordan den andre opplever deg. (Schibbye s.164, 1998).

3.0 Empiri

3.1 Narrativ

Basim er en ung mann som kom til Norge for under et år siden. Han flyktet i fra et krigsutsatt land sammen med sin eldre bror, hvor broren omkom på veien. Basim har flyktet hele veien gjennom Europa. Foreldrene er igjen i hjemlandet. Han kom hit til Norge, fordi han hadde slektninger som ønsket å hjelpe familien. Basim bodde en stund på et asylmottak, før han fikk komme og bo hos slektningene. Han har nå status som flyktning og har søkt om oppholdstillatelse i Norge.

I hjemlandet hadde Basim en god utdannelse, fast jobb med stabil økonomi, masse venner og familie. På grunn av økende uroligheter i hjemlandet, ble det til slutt nødvendig for han og broren å flykte på grunn av politiske uenigheter.

For noen måneder siden begynte Basim å kjenne på økt uro og en rastløshet. Han begynte å få søvnproblemer og hadde mareritt. Han kjente også på økende nedstemthet og isolerte seg stort sett på rommet sitt hos slektningene han nå bor hos. Han blir henvist til en voksenpsykiatrisk avdeling, for behandling på bakgrunn av dette.

3.1.1 Første møtet

Det er inkomstsamtale med Basim, sammen med meg og to behandlere. Vi sitter på fire ulike stoler som står i en ring på kontoret. Dette er et utdrag av begynnelsen på inkomstsamtalen.

Den ene behandleren spør Basim om han kan fortelle hvordan han har det nå? Basim sier: «jeg synes alt er vanskelig og savner vennene mine, de feirer id akkurat nå». Han sier videre: «det er så fint når vi møtes ved solnedgang, all lukten av mat i luften og folk er så glade». Ingen av oss responderer på det Basim sier, men en annen behandler spør heller: «kan du fortelle litt om hvordan du har det nå?» Han svarer: «det er vanskelig», og utdyper ikke dette mer. På eget initiativ begynner Basim i stedet å snakke om at han var utdannet ingeniør og jobbet i et firma med mange ansatte. Han sier at han jobbet mye og at jobben betydde mye for han. Han forteller også at han var mye sammen med vennene på

fritiden. Så sier den første behandleren: «du forteller mye om jobben din, men nå er du jo her, kanskje vi skal snakke om hvorfor du er her i stedet»? Jeg så at Basim bøyde hodet ned og svarte ikke på spørsmålet. Jeg prøvde smile til han og oppnå øyekontakt, men han så ikke på meg.

Inne på vaktrommet i løpet av dagen, ble det bemerket at han virket så forfengelig, fordi noen hadde overhørt han si til en medpasient at han hadde fått så tynt hår. Da ble det kommentert «han har vel større ting å bekymre seg for enn om håret er blitt tynt». Den dagen syntes jeg det var vanskelig å starte en dialog med pasienten og var i stedet på tilbudssiden rundt alt det praktiske jeg kunne hjelpe han med. Når jeg gikk hjem, tenkte jeg mye på møtet med Basim.

3.1.2 Andre møtet

En morgen får jeg rapport om at han har sovet dårlig og at han har hatt mye mareritt. Jeg tenker ofte på hvordan jeg skal klare å bygge en god relasjon til Basim.

Jeg går inn på rommet til Basim og setter meg på en stol ved sengen. Jeg ser at han ligger våken og spør: «hvordan har du sovet». Han ser så vidt på meg og svarer: «jeg har sovet greit», for så å snu ryggen til meg. Jeg går på andre siden av sengen også bøyer meg litt mot han for prøve å virke tilgjengelig. Jeg sier med en rolig stemme at han gjerne må ta kontakt i løpet av vekten hvis han skulle kjenne på behov for å snakke med meg om hva som helst. Han snur seg og ser på meg en stund, for så å snu seg tilbake. Jeg går ut av rommet.

På morgenen er jeg flere ganger innom rommet for å vise at jeg er tilgjengelig for han. De neste møtepunktene den dagen omhandler måltider og behandleramtale. Ellers ligger han stort sett inne på rommet.

Rett før jeg skal gå av vakt, går jeg inn til Basim for å si takk for i dag. Jeg står i døren og ser mot sengen han ligger i og sier: «da går jeg for dagen, jeg ville bare si ha det til deg og at vi ses i morgen». Da snur han seg mot meg og spør om jeg har tid til å snakke litt. Han ser på meg. Jeg ser tilbake på Basim og smiler forsiktig og sier: «det har jeg». Jeg setter meg på stolen ved sengen og ber han fortelle meg hva han ønsker å snakke om.

Basim vender blikket nedover og sier litt stille at: «jeg drømte så fælt om broren min i natt». Jeg sier tilbake: «jeg vil gjerne høre det du drømte om, vil du fortelle meg om det?» Han ser på meg og sier at «det er grusomme saker». Jeg ser på han og sier «det tåler jeg å høre». Basim begynner deretter å fortelle i korte trekk om drømmen som inneholdt sterke detaljer. Det var stort sett Basim som snakket, hvor jeg lyttet med små innspill underveis. Når jeg reiser meg for å gå, ser jeg på han og sier: «takk for at du ville dele dette med meg, vi ses i morgen tidlig». Han ser på meg med et svakt smil.

3.1.3 Tredje møtet

Nå har Basim vært innlagt en stund og han har fått en utskrivningsdato om noen uker. Den siste tiden er Basim opplevd i bedring. Han sover bedre, har mindre mareritt og er mer smilende i dialogen. Jeg opplever at vi på disse ukene har fått en gradvis bedre relasjon.

Basim sitter i tv-stuen når jeg kommer inn en ettermiddag jeg er på vakt. Det er bare han som sitter der og tv'n står på. I fanget har han en bok med en skrift som jeg ikke forstår. Jeg spør han «hvilken bok er dette?». Basim ser på meg og sier «det er en kjent bok der jeg kommer i fra, jeg fikk den av slektningen min som jeg bor hos nå». Jeg spør Basim videre «hva handler den om?». Basim ser på meg igjen og retter seg opp i stolen. Han sier «den handler om en mann som reiser til Mekka på pilgrimsferd». Jeg svarer «blir Mekka betraktet som en hellig by?». Basim ser på meg med et svakt smil og sier «kjenner du til Mekka»? Jeg svarer «ikke så godt, men har lest litt om det» Jeg sier videre «jeg vil gjerne høre mer om boken, hvis du vil fortelle meg». Basim ser på meg og sier «det vil jeg».

4.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen har jeg prøvd å svare på problemstillingen min i lys av teoridelen. Jeg har tatt utgangspunkt i en selvpsykologisk tilnærming. Jeg har trukket inn relevante begrep som kulturkunnskap, kulturell kompetanse, forforståelse og selvrefleksjon. I tillegg har jeg belyst noen elementer rundt flyktninger og deres psykiske helse, som har vært relevant for oppgavens problemstilling.

4.1 Det første møtet: det fragmentert selv i møte med manglende empatisk lytting

Haugsgjerd (2009) omtaler selvet som opplevelsen av «den man er», i en sammenhengende form. Basim har flyktet i fra sitt eget land, bort i fra venner og familie, og mistet broren sin på veien. Varvin (2018) fremhever blant annet følelsen av sårbarhet en flyktning kan kjenne på i møtet med oss helsepersonell. Her vil det være naturlig å tenke at Basim ikke har en sammenhengende følelse av hvem han er og at følelsen av sårbarhet er nærliggende.

Svikt og brudd i relasjoner kan gi en fragmentering av selvet (Hartmann, 2000). Basim blir innlagt i en døgnpost på bakgrunn av blant annet uro, søvnproblemer, nedstemthet og isolasjon. Gulliksen og Hekne (2018) skriver i sin forskning at å være utsatt for traume kan føre til en nedbrytning av selvet. Ifølge selvpsykologien kan en fragmentering av selvet føre til psykisk sykdom, som her gir seg til uttrykk hos Basim. Under selve innkomsten blir Basim spurt hvordan han har det akkurat nå. Basim svarer med en gang at han tenker på vennene sine og at de feirer id. Kohut (Karterund, 1997) påpeker at når en driver med selvhelbredelse, fokuserer man på det som holder selvet sammen. Det vil man kunne tenke at Basim gjør her, ved å tenke på det som er kjent for han. Hartmann (2000) skriver at empatiske forståelse og lytting er viktig for å fremme bedring i fra et selvpsykologisk ståsted, hvor dette skjer i relasjonen. Da er bekreftelse og anerkjennelse viktige elementer i det relasjonelle samarbeidet, for å kunne styrke et fragmentert selv. Når Basim har snakket ferdig om vennene og id, så får han et oppfølgingsspørsmål som på nytt dreier seg om hvordan han har det nå. Her blir ikke

Basim møtt med hverken forståelse eller lytting. Dette vil på bakgrunn av selvspsykologien kunne omtales som en manglende affektinntoning og empatisk svikt, i tillegg til en selvobjektsvikt i møte med oss helsepersonell, da særlig det speilende selvobjekt. I ettertid når man har fått kunnskap om selvspsykologien, er det naturlig å tenke seg at hvis man hadde bekreftet Basim på savnet av vennene og behovet for å fortelle om id. Kunne kanskje det grandiose selvet opplevd anerkjennelse og med dette heller hatt en styrkende effekt på selvsammenhengen. I stedet viser man seg som lite støttende og imøtekommende overfor pasienten. Ved å møte han slik, vil det kunne være utfordrende å skulle bygge en helsefremmende relasjon. Kanskje Basim i tillegg ikke opplever å bli møtt med respekt. Varvin (2018) skriver at ved å ikke bli møtt med respekt, kan det forsterke eventuelle minner om respektløshet man har opplevd på flukt. Ifølge Varvin (2019) ligger ofte flyktnings grunnproblem på det relasjonelle plan. Derfor er det viktig at vi helsepersonell er ekstra oppmerksomme på sårbarheten i det å skulle bygge en god relasjon med en flyktning. Kulturell kompetanse, er det å se den andre ut ifra sin kultur og møte vedkommende på dette, uten fordommer. Hvis man som helsepersonell i møtet med Basim hadde undret seg og stilt spørsmål, ville det kunne vist kulturell kompetanse, samtidig som det hadde vært relasjonsbyggende. Det å faktisk spørre pasienten «du sier vennene dine feirer id, det høres fint ut slik du beskriver det, kan du fortelle oss litt mer om hva id er..?».

Basim svarer deretter at det er vanskelig å fortelle hvordan han har det og begynner heller å fortelle om livet sitt og utdannelsen. I lys av selvspsykologisk forståelse, kan man forstå det slik, at det grandiose selvet fortsatt har et behov for aksept og anerkjennelse. Hartmann (2000), beskriver dette som en speilende overføring, trang etter å få bekreftelse fra behandler. Hvis man ikke forstår dette som en svikt i det speilende selvobjekt, kan det i verste fall bli oppfattet som et narsissistisk uttrykk fra et helsepersonells ståsted. Basim kan da bli tildelt et sett med personlige egenskaper, som her mest sannsynlig et uttrykk for et fragmentert selv og psykisk sykdom. Inne på vaktrommet den dagen, ble det nevnt at Basim ble opplevd som forfengelig på grunn av en uttalelse om håret sitt. Kohut omtaler dette som det «det tragiske mennesket», hvor den som blir opplevd som selvopptatt, egentlig prøver å selvhelbrede seg selv (Hartmann, 2000). Slik som Basim i dette tilfellet. I denne situasjonen hadde det vært hensiktsmessig å møte han som et speilende selvobjekt med empati og forståelsen om at det var vanskelig for han å snakke om hvordan han har det. Når Basim ikke får anerkjennelse for de ressursene han har i møte med oss helsepersonell, vil det kunne være vanskelig for Basim å få reparert et fragmentert selv og

med dette være hemmende for relasjonsbyggingen. Ifølge forskning er det å bli sett på som noe mer enn en flyktning, viktig i en omstillingsprosess når man kommer til et nytt land (Grue, Bytingsvik og Stige, 2019). I en slik situasjon som Basim befinner seg i, vil det dessverre være tilbøyelig å tenke at han ikke kjenner på følelsen av å være noe mer enn en flyktning, i dette møtet.

Men hva er det som hemmer relasjonen og gjør at man møter Basim slik? Kan det være at man lot forforståelsen rundt det at han var flyktning påvirke oss. Hvis man ikke er bevisst sin egen forforståelse kan den forstyrre og fungere som et filter i møtet med en pasient som er flyktning (Holt, 2019). Hvor man uten å være bevisst på det, ikke var mottakelig for pasientens kultur? Hadde man møtt pasienten på en annen måte hvis vedkommende var Norsk og snakket om feiringen av 17. mai? Funn i forskningen til Grue, Bytingsvik og Stige (2019), viser at refleksivitet rundt egne holdninger er viktig for å bli bevisst sin egen forforståelse i møte med flyktningen. Kan det være at det kjentes overveldende å møte en flyktning, slik som Holt (2019) beskriver. Ved å la seg påvirke av forforståelsen, kan dette være med på å bidra til at pasienten opplever utrygghet i relasjonen og ikke føler seg respektert. Slike opplevelser vil gjøre det vanskeligere å bygge en relasjon som fremmer bedring.

Et annet element med en innkomstsamtale, er behovet fra et behandlers ståsted om å få mest mulig aktuell informasjon og kartlegge pasientens behov på kort tid. Men hvis behovet for informasjon skygger for relasjonsbyggingen, vil det kunne være uheldig for begge parter. Baksiden vil være at man i stedet sitter igjen med lite informasjon. Slik det praktiseres i dag, er det egentlig nok fokus på relasjonsbygging under en innkomstsamtale? Når behandleren igjen prøver å spørre Basim om han kan fortelle noe om hvordan han har det nå, lukker han seg og svarer ikke. Dette kan oppfattes som motstand i fra pasientens side. Når pasienten ikke svarer, vil det på den ene siden ifølge Hartmann (2000) kunne tolkes som pasientens behov for å unngå ubehag eller på den andre siden en empatisk svikt hos behandleren som gjør Basim utrygg. Kanskje begge deler er med på at Basim trekker seg unna, både ubehag og utrygghet. Ifra et selvpsykologisk perspektiv vil dette være lite styrkende for selvet.

På slutten av innkomsten, ser jeg på Basim og prøver smile til han. Da ser han ned og avviser meg. Allerede her kjente jeg på følelser som jeg ikke klarte å plassere. Etter

innkomsten ble det slik at jeg konsentrerte med mest om det praktiske som å vise han rundt på døgnposten, samtidig som jeg var veldig på tilbudssiden med å fortelle han om alt jeg kunne hjelpe han med. Jeg tenkte en del på at jeg ikke forstod id, men visste ikke helt om det var riktig å spørre han om dette. Lot jeg her usikkerhet og en forforståelse forstyrre relasjonen? Ifølge Urnes (1997) viser jeg svikt i affektinntoning, ved å ikke møte pasientens egne følelser. Kanskje jeg til og med viser overinntoning, ved å gi pasienten mine egne følelser? Basim ble ikke møtt på de tingene som tydeligvis betydde noe for han. Varvin (2018) sier at vi ikke må glemme at den viktigste kilden til kunnskap er pasienten selv. Jeg kunne møtt pasienten i rolige omgivelser på rommet og spurt om jeg kunne få stilt han noen spørsmål, fordi det var noe jeg ikke helt forstod. Schibbye (1998) fremhever undrende holdning i det mellommenneskelige og Holt (2019) påpeker at en ikke-vitende tilnærming er nyttig når man skal stille spørsmål til en som er psykisk syk. Begge elementer er sentrale i selvpsykologien for å kunne fremme en selvsammenheng. Både undring og ikke-vitende tilnærming vil være hensiktsmessig i møtet med Basim som er flyktning, særlig for å prøve å unngå å bruke stereotyper og gi følelsen av å bli satt i bås. Hvis jeg hadde spurt Basim f.eks. «jeg hørte du snakket om id, er ikke det når man har sultet seg i flere uker også er det en fest..?», det ville vært uheldig og relasjonshemmende. Men ved å spørre han f.eks. «om han kunne fortelle med hva id er..?», kunne en slik tilnærming være relasjonsfremmende og bidra til å styrke selvsammenheng. Det ville vært nyttig å bruke resten av dagen på å prøve bygge en god relasjon til Basim. Dette gjennom god affektinntoning, empati og ekte undring i møtene.

Kulturell kompetanse er blant annet det å finne balansen i når kultur er relevant i møtet med vedkommende. Kultur kan spille en stor rolle i hvordan vedkommende oppfatter psykisk helse, seg selv og sine verdier. Men kulturen må ikke overskygge individet på universelt grunnlag (Holt, 2019). Kolossa, Saren og Alpers (2021) skriver at det er nyttig for helsepersonell å skaffe seg forståelse for pasientens verdensbilde, noe både Holt (2019) og Sandhu mfl. (2012) underbygger. Varvin (2018) legger frem at vi som helsepersonell må være sensitive på at flyktninger kan ha andre fortolkningskjema rundt f. eks psykisk sykdom og sosiale forhold, enn de vi selv er vant med. Basim er et medmenneske som er blitt psykisk syk på bakgrunn av traumatiske opplevelser som blant annet tap av familiemedlemmer og endring i sosioøkonomisk status. På den ene siden vil det kanskje ikke være nødvendig at jeg forstår høytiden id, for å kunne skape en helsefremmende relasjon. Men på den andre siden vil det kunne være styrkende for selvet å bli møtt på noe

som han selv ønsket å snakke om, og med dette gi Basim en opplevelse av selvsammenheng og kunne ha en relasjonsfremmende effekt. Et annet aspekt ved å forstå id, er at det ville økt min kulturkunnskap i møtet med Basim. Tapet av status i forbindelse med jobb og utdanning oppleves vanskelig for Basim, noe som også kan være relevant i en kulturell kontekst. Det kan være store kulturelle forskjeller i hvor mye verdi man legger i f.eks. en utdanning, hvor en av fallgruvene kan være at det kan virke selvopptatt i fra et Norsk ståsted. Det vil være viktig å finne en balanse underveis i kontakten, slik at man som helsepersonell i større grad klarer å skille ut når kultur har en reell betydning for helhetsforståelsen i møtet med flyktningen.

I ettertid ser jeg at selvrefleksjon hadde vært nødvendig etter innkomsten. Som Holt (2019) skriver, så er endringsmulighetene i det relasjonelle mulig hele veien. Men man må stoppe opp og reflektere for å få frem det ubeviste, og det gjorde ikke jeg den dagen.

4.2 Det andre møtet: selvrefleksjon i møtet med motstand

Som nevnt tidligere, har motstand flere sider. Når Basim snur ryggen til meg på morgenen, tenker jeg at motstanden kan dreie seg både om redselen for å snakke om det vanskelige som f. eks marerittet han hadde på natten, i tillegg til at jeg ikke klarer å tone meg inn på følelsene til Basim (Urnes, 1997). Ifølge Hartmann (2000) vil det være viktig å ikke la frustrasjon ta over, men prøve å reflektere over hva årsakene kan være og eie ansvaret i relasjonen. I fra Basim sitt ståsted kan man ha stor forståelse for at det er utfordrende å snakke om det vanskelige, særlig hvis man ikke kjenner seg trygg i relasjonen. Jeg på den andre siden kjenner at motstanden gjør meg usikker. I lys av selvpsykologien kan motstanden også vise seg som en overføring via en empatisk svikt (Hartmann, 2000). Hvis jeg som helsepersonell ikke klarer å møte pasienten godt nok, vil jeg kunne representere et selvobjektssvik som gjør at relasjonsbyggingen kan stoppe opp. Det vil være naturlig å tenke at Basim har opplevd mange svik både i hjemlandet og på flukten til Norge. Dette kan jeg bli en forlengelse av og Basim skyver meg unna i overføringen gjennom sin kommunikasjon. Hvis jeg da responderer på denne overføringen og kjenner på den avvísningen pasienten gir meg, kan det vekke motoverføringer i meg. Plutselig kan pasienten representere noen som en gang har avvíst meg. Hvis jeg da responderer affektivt på dette i relasjonen, ved å f. eks avvise selv eller bli påtrengende vil jeg ikke kunne klare å se det interpersonlige helt klart og la meg styre av disse ubeviste emosjonene. Varvin

(2019) sier at overføring og motoverføring er sentralt i et relasjonsarbeid, og at det er viktig å forstå de emosjonelle sidene ved dette for å fremme en god relasjon. Derfor er det viktig å ha kunnskap om disse fenomenene, slik at man lettere kan oppdage når slike prosesser foregår.

I møtene med Basim kjente jeg at behovet for å hjelpe stod veldig sterkt i meg. Kanskje var dette motoverføringene jeg kjente på? Og min reaksjon var å bli mer påtrengende emosjonelt eller overinntonende? Hvilke følelser vil det igjen gi Basim? Varvin (2018) skriver om «furor sanandi», det Hippokrates omtalte som helbredelsesgalskap. Han skriver at ved å være for ivrig, kan man presse seg på i relasjonen. Hvor man kommer med både løsninger og er for mye på tilbudssiden, slik følelser som jeg kjente på. Dette kan i verste fall øke pasientens følelser av å ikke strekke til, som vil kunne være relasjonshemmende. Kanskje er det slike følelser Basim kjenner på. Her vil det være viktig å gå inn i seg selv og reflektere over hvorfor relasjonsbyggingen ikke fører frem. Er det kanskje fordi det er du selv som ikke holder ut situasjonen igjennom denne motoverføringen? Ved å bli for ivrig kan vi miste noe av hva pasienten selv trenger i situasjonen. I følge Varvin (2019) kan motoverføringer være et nyttig redskap i møtet med en pasient hvis det blir oss bevisst.

Den morgenen kjente jeg på et stort behov for selvrefleksjon, som jeg i etterkant ser var svært relevant og nyttig i lys av det vi har lært på videreutdanningen. Schibbye (1998) skriver at ved å skille ut seg selv, skiller vi også ut den andre sitt. Hvis man stopper opp og kjenner etter hva som hindrer relasjonen, vil man kunne evne å sortere ut de følelsene som spiller seg ut mellom meg og Basim. Schibbye (1998) påpeker at undring bidrar til at interpersonlige prosesser går fremover. Jeg undret meg veldig over motstanden til Basim og stilte meg selv spørsmål som f.eks. «hva er følelsen du kjenner på nå..?» og «hvor kommer disse følelsene ifra..?». Jeg opplevde å identifisere følelser som utilstrekkelighet, av å ikke få det til og mistillit. For meg var dette nyttige oppdagelser, da det mest sannsynlig kunne gjenspeile de følelsene Basim kjente på. Det å skulle bygge opp en helt ny relasjon krever blant annet tillit. Og for å bygge opp tillitt, krever det blant annet både selvrefleksjon, empati og god affektinntoning. Gulliksen og Henke (2018) fremlegger i sin forskning at tillit er nødvendig for å klare å dele vanskelige erfaringer. Videre skriver de at mange flyktninger opplever å stå mellom valgene tilbaketrekning og mistillit eller det å tørre tro på at andre er til å stole på og dermed åpne seg. Karterud (1997) beskriver blant annet at det idealiserende selvet viser seg i behovet for å ha noen å stole på. Kan det være

at denne motstanden i Basim også er en følelse av et svekket idealiserende selv, at han uttrykker det med å skyve andre bort? I følge Varvin (s. 58, 2018) er nettopp det å gjenvinne tilliten en viktig del av det relasjonelle arbeidet hos flyktninger. Sandhu mfl. (2012) kommer i sin forskning frem til at det å bygge opp tillit er en av tre hovedutfordringer for helsepersonell i møtet med en flyktning. Derfor vil det være viktig i møtet med Basim å vise at man er til å stole på for å kunne bygge en helsefremmende relasjon. Dette kan man i en døgnpost f. eks vise med noe så elementært som å holde avtaler og være forutsigbar i kontakten. Ifølge Gulliksen og Hekne (2018) vil det være tillitsbyggende å hjelpe pasienten med noe konkret eller praktisk som vedkommende selv ønsker. Ved å gjenreise en følelse av tillitt, vil man også kunne styrke selvsammenhengen til Basim, som vil kunne fremme et mer modent og balansert selv.

På slutten av den dagen opplevde jeg en bevissthet på å gi Basim mer plass i vår relasjon. Jeg prøvde å gi han tilbake noe av kontrollen ved å la han i større grad styre kontakten vi hadde, og jeg prøvde å være forutsigbar. Jeg opplevde at ved å avgrense mitt eget og få større klarhet i mine følelser, klarte jeg å se Basim klarere. Dette er en av de viktigste elementene med selvrefleksjon i følge Schibbye (1998). Karterud (1997) skriver at empati kan oppleves truende mot vårt eget perspektiv og være forstyrrende i et relasjonsarbeid. Derfor kreves det selvrefleksjon for å unngå å stadig vende tilbake til vårt eget. Ved empatisk anstrengelse, kan man i større grad klare å se den andre, uten å blande inn for mye av sitt eget. Selvrefleksjon er et viktig element i å skulle bygge en helsefremmende relasjon. Rett før jeg skal gå av vakt, går jeg inn for å si «takk for i dag». Da snur han seg mot meg og ønsker å snakke med meg om marerittet han hadde den natten. Vi satt i en passe stund, helt til Basim var ferdig å snakke. De små innspillende fra min side underveis, gikk mest ut på svar som f. eks «det må ha vært skremmende...». I tillegg til noen undrende spørsmål som f.eks. «hvordan var det for deg...?». Når jeg går ut av rommet smiler han svakt. Retrospektivt ser jeg at denne tilnærmingen kan forstås både ut ifra det speilende og idealiserende selvobjekt. Dette vil kunne være med på hjelpe han i å kjenne på et mer aksepterende selv og styrke selvsammenhengen. Ifølge selvpsykologien vil det å få en genuin opplevelse av å bli møtt kunne føre til en reparasjon av selvet (Hartmann, 2000). Varvin (2018) omtaler at når noen har traumatiserende opplevelser og har mareritt, er en del av relasjonsbyggingen å lytte empatisk. Ved å vise at man tåler dette, vil man kunne hjelpe pasienten til å bearbeide sine opplevelser. Samtidig må man ha bevissthet rundt at det kan vekke sterke reaksjoner, slik at det er viktig med trygge rammer, evnen til

å regulere pasienten og ikke presse på i relasjonen. Vår oppgave er å gjøre den reelle situasjonen mer håndterbart for pasienten. Ved å lytte empatisk, fanger man opp følelsene bak det som blir formidlet og man kan skape gode relasjonelle samhandlinger. Hartmann (2000) forklarer at dette er med på å gjøre ubegripelige følelser, mer håndterbare.

Basim ga uttrykk for at han ville snakke med meg rett før min arbeidstid er over. Her vil jeg tro at to ulike svar, ville hatt to ulike utfall med tanke på relasjonsbygging. Jeg opplevde ikke at Basim hadde noen klare tanker om tidspunktet når han spurte. Bøe og Thomassen (2017) skriver at det å gjøre noe mer enn det som forventes, oppleves som betydningsfullt for den det gjelder. Men er dette egentlig noe man kan forvente, at man som helsepersonell skal gå utover arbeidstiden og rutinen? De påpeker at i ulike studier kommer det frem at når rutiner og regler blir viktigere enn individet, kan det være til hinder for relasjonsarbeidet og bedringsprosessen (Bøe og Thomassen, 2017). Jeg tenker at hvis man har rutiner og regler i bunn, men klarer å differensiere når er det viktig å «yte det lille ekstra», vil man kunne finne balansen i relasjonsbyggingen. I dette møtet med Basim tenker jeg at det var en viktig milepæl i vår relasjon at han ønsket å snakke med meg. Derfor ble det viktig å avvike fra rutinen for å kunne skape en helsefremmende relasjon til Basim. Det å gjøre noe mer enn forventet, kan i tillegg gi en følelse av å bli sett som individ og fremme håp. Dette vil være styrkende for en selvsammenheng når man trekker inn selvpsykologien. Varvin (2018) påpeker at det er viktig for flyktningen å gjenvinne selvopplevelser som respekt og mening, på grunn av den sårbare situasjonen de befinner seg i. Greier man å etablere en slik holdning i møtet med flyktningpasienten, vil relasjonsarbeidet bli lettere (Varvin s. 51, 2018). Kohut mente at menneskets motivasjon ligger i ønsket om å føle seg sammenhengende, men da må vedkommende oppleve å bli forstått av den andre. Kanskje opplevde Basim allerede nå en endring i dialogen og at relasjonen var helsefremmende?

4.3 Det tredje møtet: kulturell kompetanse i møtet med selvsammenheng

Når Basim sitter i tv-stuen alene og jeg spør han hvilken bok han leser. Vil jeg si at jeg fant en naturlig setting i det å øke min forståelse av Basim sin kultur og øke min kulturkunnskap (Holt, 2019). I løpet av videreutdanningen ser jeg at måten jeg nærmet

med Basim på her, kan plasseres selvspsykologisk. Jeg spør Basim i fra et undrende, ikke-vitende ståsted og tolker kroppsspråket hans med at han retter seg opp i stolen og oppleves glad for å bli spurt. Dette vil ifølge Urnes (1997) betegnes som at jeg mestrer å affektinntone meg på Basim, både emosjonelt og tankemessig. En slik tilnærming vil ha en relasjonsbyggende effekt. Hartmann (2000) beskriver dette som en styrking av selvet, som bidrar til et mer sammenhengende selv.

I den offentlige debatten rundt flyktninger dukker det ofte opp ulike stereotypier rundt ulike kulturforskjeller. Som jeg skrev i introduksjonen, blir slike stereotypier sagt høyt av oss helsepersonell. Dette kan være med på å påvirke oss i møte med flyktningen og ha en negativ effekt på relasjonsbyggingen (Varvin s.45, 2018). Kanskje Basim også på sin side har en forforståelse og ulike stereotypier i møtet med oss? Det å være bevisst på at slike fenomen beveger seg rundt i en relasjon er viktig. Ved å bruke selvrefleksivitet, kan man løse opp i dette sammen. Når Basim er ferdig med å fortelle meg om boken og har delt betraktninger om hans kultur, har jeg i ettertid tenkt at det kanskje ville vært hensiktsmessig å spørre Basim «om det er noe han lurer på om Norsk kultur..?». Mirdal, Ryding og Sondej (2011) trekker frem psykoedukasjon som et fordelaktig element i møtet med flyktningen. Det kan vært med på å bryte ned stereotypier og endre vår forforståelse, ikke bare av hverandre som mennesker, men også hverandres kultur. Når kultur ifølge Eriksen (2001) blant annet blir sett på som gjensidig forståelse, vil det være ekstra viktig å undre seg i møtet med Basim, slik at det ikke oppstår misforståelser. Det å forstå hvordan han selv opplever en situasjon vil være viktig for å kunne hjelpe han og bygge en helsefremmende relasjon.

I følge Varvin (2018) er inkludering av familie og pårørende sentralt i et behandlingsopplegg. Basim forteller at han har fått boken han leser, hos en av slektningene. Karterud (1997) beskriver det tvillingsøkende selvet som blant annet behovet for å kjenne på samhørighet og fellesskap. Hva da når de som skal hjelpe deg oppleves fremmed? Her vil jeg tenke at det kan være utfordringer med å finne likhetene mellom meg og Basim. Selv om det tvillingsøkende selvet kan nyanseres. Jeg og Basim kunne funnet en likhet i at vi begge f.eks. liker å lese bøker og det ville kunne gitt oss en felles forståelse. Men jeg vil tro at betydningen av familien som tvillingsøkende speilobjekt anses som mer virkningsfullt for pasientens bedring på lang sikt. Før innleggelsen hadde Basim trukket seg tilbake og isolert seg hos slektningene. Ifølge

Gulliksen og Hekne (2018) kan dette være en måte å beskytte både seg selv og andre rundt. De trekker videre frem familien som en viktig støtte i veien mot bedring, for å danne mening og følelse av verdi. Særlig hvis flere av slektningene har lignende erfaringer som Basim kan dra nytte av og opplevelsen av likhet kan styrkes.

Når vi som helsepersonell evner å reparere et fragmentert selv, vil pasienten ifølge selvsykologien kunne styrke sine egne evner til å gi både seg selv og andre omsorg (Hartmann, 2000).

5.0 Konklusjon

Denne oppgaven har gitt meg nye perspektiver på det å skulle bygge en relasjon til en psykisk syk flyktning. Det har vært svært nyttig å bruke mitt møte med Basim med en selvspsykologisk tilnærming, i tillegg til å erverve ny kunnskap om aktuelle relevante begrep.

Både forskning og faglitteratur fremhever hvor viktig det er å bygge opp tillit i møtet med en psykisk syk flyktning. Tillit vil være viktig i alt relasjonsarbeid, men en det vil være ekstra viktig i møtet med en flyktning. Dette på bakgrunn av deres sårbarhet på det relasjonelle plan. Elementer som respekt og å gjenvinne sammenheng i tilværelsen, vil også være en vesentlig del av relasjonsbyggingen for å kunne oppleve bedring. Det å møte pasienten ut ifra et selvspsykologisk perspektiv vil kunne gjøre relasjonsarbeidet lettere, når man forstår psykisk sykdom ut ifra et fragmentert selv. Ved å ha relasjonen i fokus hvor man møter vedkommende med empati og god affektinntoning vil det kunne styrke pasientens selvsammenheng. Det å bli møtt med en ikke-vitende tilnærming og undrende spørsmål, kan være med på å skape både tillit og respekt. Som helsepersonell vil man kunne skape en helsefremmende relasjon, ved å reparere et fragmentert selv.

Et annet element som er essensielt for å bygge en helsefremmende relasjon til en psykisk syk flyktning, er å øke bevisstheten rundt sin egen forforståelse gjennom refleksive holdninger. Gjennom selvrefleksjon vil man kunne bryte ned stereotypier og forforståelse som hemmer relasjonsarbeidet. Med dette vil man også i større grad være mer oppmerksom på overføringer og motstand i relasjonsarbeidet. Slike elementer vil være nødvendig for at helsepersonell skal kunne eie ansvaret i relasjonen og for å kunne skape en endringsmulighet i samhandlingen.

Det vil også være nyttig i relasjonsbyggende arbeid, å skaffe seg forståelse for flyktingens verdensbilde. Vi må være sensitive på at vedkommende kan ha andre fortolknings skjema rundt psykisk helse enn det vi selv er vant med. Det vil være nyttig å finne balansen i når kultur er relevant for helhetsforståelsen. Vi må huske på at pasienten selv er den viktigste kilden til kunnskap. Vi som helsepersonell må øke vår kulturkunnskap og vår kulturelle kompetanse for å kunne bygge en helsefremmende relasjon til den

psykisk syke flyktingen. Ved å gjøre dette, kan man bidra til et mer sammenhengende og aksepterende selv.

Under mitt arbeid med denne hovedoppgaven har jeg sett behovet for økt oppmerksomhet rundt relasjonsarbeid med flykninger hos pasienter i en døgnpost. Jeg ser også at mer kunnskap om ulike kulturer ville vært hensiktsmessig, da trenden i verden er en økning av flyktingstrømmer. Videre synes jeg det ville vært interessant med en kvalitativ studie på helsepersonell, som omhandler selvrefleksjon og hvor bevisste vi er vår egen forforståelse i møtet med denne pasientgruppen. Hvor ofte reflekterer du over din egen forforståelse i møtet med den psykisk syke flyktingen?

LITTERATURLISTE

Bjørkly, Stål. 2020. Lysark: *Selvpsykologisk Perspektiv*. Videreutdanning i psykisk helsearbeid for voksne, Høgskolen i Molde.

Bøe, Tore Dag og Arne Thomassen. 2017. *Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre*. s.133-141. Oslo:Universitetsforlaget

FN-sambandet. 2021. *Tema:Flyktninger*. <https://www.fn.no/tema/flyktninger/flyktninger>

Gretty, M. Mirdal, Else Ryding og Mette E. Sondej. 2011. *Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: Three perspectives on psychological treatment*. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2012), 85, 436–455. The British Psychological Society, 2011. DOI:10.1111/j.2044-8341.2011.02036.x

Grue, Marthe Johanne, Marie K. S. Bytingsvik og Signe H. Stige. 2019. *Ingen vet hvem du er- Flyktingers opplevelse av omstillingsprosessen i Norge*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 16, nr 3. S. 135-146. Oslo:Universitetsforlaget.

Gulliksen, Synne Solhaug og Ingvill M. D. Henke. 2018. *En kvalitativ studie om betydningen av tillit i terapi med traumatiserte flyktninger*. Hovedoppgave ved psykologisk institutt:Universitetet i Oslo.

Hartmann, Ellen. 2000. *Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi*. I: *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*. Arne Holte, Geir Høstmark Nielsen, Michael H. Rønnestad (red). S. 17-44. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen og Bengt Karlson. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Holt, Karin. 2019. *Kultur, Migrasjon og Traumer. Hva trenger hjelperen for å bidra til god psykisk helse og livskvalitet?* Oslo: Gyldendal Akademisk

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_1

<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn>

Karterud, Sigmund. 1997. *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. s. 13-28.
Oslo: Gyldendal.

Kolossa, Britta, Johanna, Saren og Lise-Merete Alpers. 2021. *Sykepleier må ha kulturell kompetanse i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn*.
<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-87490.pdf>

Røknes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2006. *Bære eller bryte – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2. utg. Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørk

Sandhu, Sima, Neele V. Bjerre, Marie Dauvrin, So'nia Dias, Andrea Gaddini, Tim, Greacen, Elisabeth Ioannidis mfl. 2011. *Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2013) 48:105-116. DOI 10.1007/s00127-012-0528-3

Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 1998. *Å bli kjent med seg selv og andre*. I: Anderson, A.J., Karlsson, B. (red). *Psykatri i endring-forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. S. 163-182. Oslo:Gyldendal

Thornquist, Eline. 2018. *Vitenskapsfilosofi og Vitenskapsteori for helsefag*. 2.utg. Fagbokforlaget:Bergen.

Urnes, Øyvind. 1997. *Utvikling og selvpsykologi*. I: selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen. S. 64-89. Oslo:Gyldendal

Varvin, Sverre. 2018. *Flyktningers psykiske helse*. Oslo: Universitetsforlaget.