



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Hvordan hjelpe en pasient med psykose til å være i dialog ved bruk av en selvpsykologisk tilnærming**

**Karoline Sæther Huset**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 39**

**Molde, 22.04.2022**



## 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.

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: Ingrid Olavsdotter Nesland

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Dato: 22.04.2022

**Antall ord: 8463**

## Forord

Du spør  
hvordan det går  
og jeg lurer på  
om jeg en dag  
skal fortelle deg  
at jeg ikke vet  
hvordan kan jeg  
forklare hva jeg har inni  
når det er så mørkt  
at jeg ikke ser  
hva som er hva  
jo takk  
det går fint

Trygve Skaug

## Sammendrag

Å kunne hjelpe pasient med psykose til å være i dialog er noe som interesserer meg og dermed grunnen til valgt tema. Perspektivet jeg valgte ble selvsykologi og ut ifra dette endte jeg med problemstillingen: «Hvordan hjelpe en pasient med psykose til å være i dialog ved bruk av en selvsykologisk tilnærming». Jeg har utført flere søk etter relevant litteratur. Jeg utførte både strukturerte søk i databaser jeg fant på biblioteket ved høgskolen i Molde sine nettsider og ustrukturerte søk. Fant tre artikler jeg valgte å ta med i min fordypningsoppgave, hovedfunnene fra artiklene er beskrevet i eget underkapittel til litteratursøket.

Teorikapittelet består av relevant teori knyttet til min problemstilling. Her har jeg valgt å trekke frem det viktigste om psykose, har også tatt med om relasjoner da dette er viktig i møte med pasienter med psykose. Til slutt har jeg om selvsykologi hvor jeg trekker frem de viktigste punktene som passer til valgt problemstilling.

Empirien handler om Knut, en pasient med psykose som har utfordringer med å klare å uttrykke seg, utfordringer med det å være i dialog, samt det å kunne stole på meg som hjelper. Jeg har delt kapittelet opp i tre underoverskrifter hvor jeg viser til to samtalesekvenser hvor relasjonen ikke er godt etablert og dialogen raskt ble lukket og en samtalesekvens hvor relasjonen er tryggere, og jeg bevisst brukte selvsykologisk tilnærming i møte med Knut hvor han klarte å fortelle hvordan han hadde det.

I diskusjonskapittelet har jeg tatt utgangspunkt i empirien og pasienten Knut hvor jeg da har drøftet dette opp mot den relevante teorien jeg har valgt, artiklene og egne refleksjoner hvor jeg skriver om mine tanker og opplevelser av hvordan de ulike møtene jeg hadde med Knut var og hva jeg kunne gjort annerledes. Til slutt har jeg en konklusjon hvor jeg på nytt trekker frem problemstillingen jeg har og svarer på denne.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>2</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	3
1.2	Problemstilling .....	3
1.3	Litteratursøk .....	3
1.3.1	Hovedfunn til «Negative communication in psychosis understanding pathways to poorer patient outcomes» .....	5
1.3.2	Hovedfunn til «Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere» ...	5
1.3.3	Hovedfunn til «Tap av språk ved psykose» .....	6
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>7</b>
2.1	Psykose .....	7
2.2	Relasjoner .....	8
2.3	Selvpsykologi .....	9
2.3.1	Empati, affektinntoning og inntoningssvikt .....	9
2.3.2	Selvobjekt, selvet og selvobjektsvikt .....	11
2.3.3	Overføring og motstand .....	13
<b>3.0</b>	<b>Empiri</b> .....	<b>15</b>
	«Stoler ikke på deg» .....	16
	«Du forstår meg ikke» .....	16
	«Trygt å snakke med deg» .....	17
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>18</b>
	«Stoler ikke på deg» .....	18
	«Du forstår meg ikke» .....	20
	«Trygt å snakke med deg» .....	22
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>25</b>
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>26</b>

Vedlegg 1 – PICO skjema

Vedlegg 2 – Oversiktstabeller over valgte artikler



## 1.0 Introduksjon

«Stopp! Stopp! Gå vekk! Nei gå vekk! Ikke kom inn rommet, du skremmer meg. Jeg har ikke gjort noe galt. Åååh jeg får ikke fred, de sier det er jeg som har skyld i ulykken. Det er ikke sant! Om noen bare kunne forstått hvor sliten og lei jeg er».

Hvordan kan jeg hjelpe et menneske med psykose til å bedre sin helsetilstand ved bruk av kommunikasjon som virkemiddel?

Tesli mfl. (2021) skriver at når tanker, følelser, atferd og/eller sosialt funksjonsnivå er forstyrret brukes begrepet psykisk lidelse. Pasienten jeg skriver om i empirien heter Knut, han opplever psykotiske symptomer i form av hørselshallusinasjoner og en opplevelse av å være trengt inn mot et hjørne i et lite rom med masse folk. En opplevelse av hallusinasjoner kan klassifiseres som en psykisk lidelse. Ifølge Tesli mfl. (2021) vil om lag 1-3,5% få en psykoselidelse i løpet av livet.

Det å være psykotisk vil oppleves ulikt for hvert enkelt menneske. Men jeg kan tenke meg at det å kjenne på tap av virkeligheten må kjennes svært skremmende, men også frustrerende at andre ikke forstår deres realitet. Man blir alene i sin virkelighet, ingen som forstår. Innenfor det selvpsykologiske perspektivet kan en psykose også sees som et tap av selvet. Hartmann (2000) skriver at selvet kan beskrives at man som menneske har et ønske om å føle seg hel, vital, verdifull og grunnleggende forstått av selvobjekt, jeg vil komme nærmere inn på dette i teori kapittelet.

Å åpne for dialog er essensielt for at helsetilstanden skal kunne bli bedre hos pasienter med psykose. På studiet vi går har vi fordypet oss i fire ulike perspektiver: kognitiv terapi, personsentrert, system teori og selvpsykologi. Selvpsykologi har empati, inntoning, selvobjekt som viktige elementer i møte med mennesker, noe jeg tenker er viktig for å trygge pasienter med psykose som fra før kan kjenne en sterk utrygghet da deres virkelighet ikke er lik andre sin og de ikke kjenner seg forstått. Jeg ønsker derfor gjennom arbeidet med denne fordypningsoppgaven å utforske og belyse hvordan bruk av selvpsykologi kan være med å bidra til dialog for pasienter som opplever en psykose. Hvordan kan jeg som hjelper støtte pasient til å være i dialog, en dialog som oppleves helende for pasienten.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg jobber i psykisk helsevern hvor jeg møter pasienter som er i et vanskelig sted i livet, det å få hjelpe pasienter i sårbar fase i livet, det synes jeg er et givende arbeid.

Hva mener jeg med et givende arbeid? Det å kunne hjelpe mennesker ved bruk av meg selv som virkemiddel, samtale som virkemiddel, effekten av relasjonsbygging, være personlig, gi av meg selv, se menneske bak sykdommen. Det er et givende arbeid.

I dialog med pasienter kan en oppleve at man lukker en dialog eller åpner for dialog alt ettersom hvordan samtalen utvikler seg, dette avhenger av hvordan man er i møte med pasienten og hva man sier og gjør. Hvordan opprettholde en dialog med en pasient i psykose, en dialog med helende virkning. Dette interesserer meg og er noe jeg ønsket å se nærmere på sammen med hva selvpsykologisk tilnærming kan gjøre i møte med pasienter med psykose.

## 1.2 Problemstilling

Jeg finner temaet selvpsykologisk tilnærming i møte med pasienter med psykose interessant. Jeg har erfaring med at dialogen ofte stagnerer i møte med pasienter med psykose og ønsker derfor å utforske og belyse hvordan man kan hjelpe denne pasientgruppen til å være i dialog ved bruk av selvpsykologisk tilnærming.

Min problemstilling ble da:

**Hvordan hjelpe en pasient med psykose til å være i dialog ved bruk av en selvpsykologisk tilnærming.**

## 1.3 Litteratursøk

Ved bruk av PICO skjema og utgangspunkt i problemstilling finner jeg de norske ordene «psykose, selvpsykologi, selvpsykologisk tilnærming, dialog, samtale og kommunikasjon» og de engelske ordene «psychosis, psychotic disorder, self-psychology, self psychology, conversation, communication og dialog» relevant å bruke ved søk etter artikler og relevant litteratur (vedlegg 1).

På nettsiden til biblioteket ved høyskolen i Molde fant jeg databaser jeg kunne bruke til litteratursøk. Jeg har utført mange søk i psycINFO, Idunn, Oria og Medline. Har brukt forskjellige søkeord både på engelsk og norsk: psychosis, psychotic disorder, psykose, psykoselidelse, self-psychology, self psychology, selvpsykologi og conversation, dialog, communication, samtale, kommunikasjon. Har i ulike kombinasjoner satt disse sammen med «and» og det har ikke kommet noen aktuelle artikler jeg har ønsket å bruke. I søkene har jeg i tillegg brukt alle søkeordene sammen for å finne artikler som kan treffe min problemstilling for å få til dette har jeg brukt «or». Eksempel: søkt på conversation «or» communication, men har dessverre ikke fått treff på det jeg ønsker å bruke til min fordypningsoppgave. Derfor bestemte jeg meg for å dele opp søket etter artikler, et søk hvor jeg ville finne artikkel om «psykose og samtale» og et søk om «selvpsykologi og samtale».

Den 07.02.2022 utførte jeg et søk på Oria.no med bruk av ordene psychosis og communication. Jeg satte «og» imellom for å binde ordene sammen slik at artiklene inneholder begge søkeordene. Begrenset søket til kun å omhandle artikler, engelske språklige og artikler fra de siste 10 årene. Fikk da et resultat på 24859 artikler. For å begrense søket ytterligere la jeg til på emne: «humans» slik at alle artikler omhandler mennesker. Jeg fikk da et resultat på 10737 artikler. Fortsatt mange artikler, men valgte å se nedover listen om noe kunne være av interesse. Jeg fant tidlig en artikkel som var av interesse: «Negative communication in psychosis understanding pathways to poorer patient outcomes» (Finnegan mfl. 2014) (vedlegg 2) som jeg valgte å ta med i min fordypningsoppgave.

Samme dag utførte jeg et nytt søk på Oria.no for å finne artikkel innenfor selvpsykologi og samtale. Valgte her å søke på norsk for å se om jeg fikk treff. Brukte ordene selvpsykologi og samtale med bruk av «og» for å binde ordene sammen slik at alle artikler omhandler begge ord. Fikk et resultat på 11 treff. Artikkel nr. 4: «Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere» (Myklebust og Bjørkly 2011) fant jeg interessant og valgte å ta med denne artikkelen i min fordypningsoppgave (vedlegg 2).

23. februar gjorde jeg et ustrukturert søk på Sykepleien sine nettsider for å se om det fantes noe om psykose som jeg kunne bruke til introduksjonskapittelet. Søkte derfor kun på ordet

«psykose» og her fant jeg artikkel «Tap av språk ved psykose» (Måseidvåg og Sørbø 2014) som jeg fant svært interessant da dette handler om det jeg vil skrive om. Valgte da å ta denne med som en artikkel til min oppgave (vedlegg 2).

### **1.3.1 Hovedfunn til «Negative communication in psychosis understanding pathways to poorer patient outcomes»**

Denne artikkelen omhandler negativ kommunikasjon til pasienter med psykose. Hovedfunnene i artikkelen viser at kommunikasjon preget av kritikk, lite medfølelse og lite medmenneskelighet kan være med å skape negative endringer. Negative endringer i form av økt sinne, økt generell lidelse, lavt humør (depresjonsfølelse), hallusinasjoner, vrangforestillinger, økt angst, behov for hjelp og generelt økte psykotiske symptomer (Finnegan mfl. 2014).

Tenker denne artikkelen og disse funnene er aktuelle å ha med da det kan belyse hvordan en relasjon og hjelp man gir kan gå i negativ retning om man ikke tenker på og er konsekvent på hvordan man samtaler med pasient.

### **1.3.2 Hovedfunn til «Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere»**

Artikkelen tar utgangspunkt i brukermedvirkning med selvpsykologisk tilnærming. Ikke alle funn er like aktuelt til min fordypningsoppgave og jeg vil derfor trekke frem kun de funnene som jeg ser relevant.

Hovedfunnene var at hjelper enten lett havner i en grenseløs posisjon eller i en paternalistisk posisjon. Hvor grenseløs posisjon handlet om at hjelper gjorde «nesten hva som helst» for å beholde relasjon og muligheten for å hjelpe pasient. Eller i en paternalistisk posisjon hvor hjelper satte grenser og risikoen for brutte relasjoner var høy (Myklebust og Bjørkly 2011).

Artikkelen belyser viktigheten av at hjelper inntoner seg til pasient slik at pasient kan komme i kontakt med egne følelser. Artikkelen belyser videre et viktig punkt innenfor selvspsykologien hvor empati står sterkt i terapien. Målet er at pasient skal føle seg møtt og forstått på sine følelser og opplevelser slik at pasient kan komme i kontakt med egne vitale følelser slik at tomhetsfølelsen blir mindre dominerende. Dette kan igjen føre til at pasient får en følelse av håp slik at man på sikt kan se nye vekstfremmende mål (Myklebust og Bjørkly 2011).

Denne artikkelen finner jeg aktuell til min fordypningsoppgave da den belyser hvordan selvspsykologisk tilnærming kan være med å gi en forståelse for hvordan pasient har det og mulige årsaker til hvorfor pasient sier som h\*n gjør. Viktigheten av å ha gode relasjoner og hjelpe pasient til å utrykke seg belyses også i artikkelen.

### **1.3.3 Hovedfunn til «Tap av språk ved psykose»**

I artikkelen viser deltakerne i studien at de opplevde det vanskelig å kommunisere i starten av oppholdet hvor dette ble lettere videre under innleggelsen, de vektla relasjon til hjelper som viktig. En av deltakerne fortalte at «det å ikke bli forstått skaper mer fortvilelse og mer angst». Videre sier deltakerne at en viktig faktor var hvem en hadde god kjemi med, hvem som forstod skiftene og svingningene, hvem som så de. Deltakerne fortalte at det som hjalp de, var når de kjente seg trygg nok og når de kjente tillitt til å fortelle sin historie, men det var også viktig at hjelper lyttet og var til stedet.

Deltakerne trekker også frem følelsen av ydmykelse, det å ikke føle seg sett og hørt, makten som helsepersonell har. Følelsen av å ikke være likeverdig som mennesker. Dette var med på å bremse opp kommunikasjonen (Måseidvåg og Sørbo 2014).

Denne artikkelen finner jeg svært relevant for min fordypningsoppgave da den sier noe om hvordan pasienter opplever å ha en psykose og hva de tenker om relasjon til hjelper, det å føle seg sett og hørt. Det å ha god nok relasjon til og klare å dele om seg selv.

## 2.0 Teori

I dette kapitlet vil jeg vise til teorien som er aktuell for min fordypningsoppgave.

### 2.1 Psykose

Jeg vil i dette kapitlet belyse overordnet hva en psykose kan være. Det finnes flere kategorier innenfor psykosesyklopediet, for å få en helhet i min oppgave vil jeg belyse kort de ulike gruppene senere i dette kapitlet.

Ifølge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2018) vil det å være psykotisk handle om å leve i en annen eller endret virkelighet. Noen opplever en psykotisk tilstand eller psykotiske symptomer som varer over lengre tid, mens andre opplever en mer kortvarig tilstand. Noen opplever full tilfriskning, mens andre har varige symptomer.

Psykose kan sees som en forandret virkelighetsoppfatning eller en forvirringstilstand. Personer som har en psykoselidelse, feiltolker virkeligheten og opplever en realitetsbrist (Malt og Røssberg 2021). En realitetsbrist er et typisk symptom og mennesker som opplever en realitetsbrist opplever ikke verden på samme måte som andre gjør. Mennesker som er i en psykotisk tilstand, opplever ofte en ensomhet da de ikke føler seg forstått av andre. Ved å kjenne på lite forståelse og ydmykelse er det lett for at mennesker med en psykose velger å trekke seg unna (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2018).

En psykotisk tilstand vil kunne arte seg på ulike måter, på grunn av dette velger man å kategorisere/dele opp psykoselidelse i seks grupper, jeg nevner hovedsymptomene i parentes bak hver enkelt gruppe: schizofreni (vrangforestillinger, hallusinasjoner, desorganisert tale, grovt desorganisert atferd, fattig språk og apati), schizotyp lidelse (utfordringer i det sosiale, grubling, magisk tenkning, mistenksomhet, endret selvopplevelse, påfallende væremåte, fjernhet, endret sanse- og kroppsopplevelse), vedvarende vrangforestillingslidelse (forfølgelsesforestillinger, storhetsforestillinger, vrangforestillinger om sjalusi, erotiske vrangforestillinger, hypokondre vrangforestillinger), akutte og forbigående psykotiske lidelser (akutt begynnelse og forbigående), indusert vrangforestillingslidelse (der en person med paranoid vrangforestilling får med seg en person som er følelsesmessig tilknyttet til en til å slutte

seg til vrangforestillingen) og schizoaffektiv lidelse (trekk som ligner fra både schizofreni og stemningslidelser). Det er i tillegg to andre typer psykoser som kommer inn under andre kapitler: stoffutløst psykose og psykose utløst av somatisk lidelse (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2018).

Ifølge Cullberg (2009) må en vrangforestilling ligge til grunn for at man kan snakke om en psykose. En psykose kan også ha innslag av hallusinasjoner, atferdsavvik og konfusjon/delirium, disse tre begrepene kan forekomme i større eller mindre grad ved en psykotisk lidelse. Disse tre begrepene vil i seg selv ikke kunne gi en psykotisk lidelse uten en vrangforestilling til grunn.

## **2.2 Relasjoner**

En relasjon kan bety flere ting, slik som forhold, forbindelse, sammenheng og tilhørighet (Aubert 2020). Jeg vil i dette kapitlet fokusere på hvilken betydning relasjoner som et forhold og forbindelse mellom mennesker har å si for pasienten. En relasjon er ikke, det skjer. Relasjoner trenger ikke forstås, de må oppleves (Bøe og Thomassen 2017).

Hvordan skaper man en god relasjon? Hva er betingelsene for at en relasjon kan få utvikle seg positiv retning? Ifølge Bøe og Thomassen (2017) må man tillate seg å være personlig for å kunne skape gode relasjoner. En bør kunne dele av sin personlighet, sin kulturelle forståelse, religion og politiske meninger. Velger man å holde tilbake om seg selv og sitt kan man oppleves utydelig for pasient som igjen kan føre til en avstand i relasjonen. En bør allikevel være forsiktig med hvordan man legger frem dette slik at man ikke overkjører den andre.

Når man som pasient har behov for ulike helsetjenester, det kan være i form av fastlege, psykiater, sykepleiere i sengepost, veileder på NAV etc. så vil man på veien danne relasjoner til sine kontakter. Ikke alle relasjoner er positive for pasient, når hjelper ikke oppleves å være til hjelp kan det føre til ytterligere lidelse og sykdomsutvikling for pasient. Som hjelper er det å bli den viktige andre for pasienten positivt for bedringsprosessen (Bøe og Thomassen 2017).

Ifølge Bøe og Thomassen (2017) kan det nettverket med relasjoner man har rundt seg være av betydning i bedringsprosessen. Noen pasienter ser på sin familie som en ressurs og til hjelp, mens andre pasienter ser på sin familie som noe skadelig, noen som har sviktet en. Det kan være seg opplevelser som avvising, overgrep, omsorgssvikt i oppveksten etc. Venner er også av betydning for mange i sin prosess mot tilfriskning, men andre igjen kan kjenne på savnet etter å ha noen nære venner å være fortrolig til og kjenne støtte fra.

Viktig faktor om relasjon er at den er til for pasient. En relasjon dannes ikke for å være til hjelp for hjelperen. En relasjon skal ikke brukes til noe, men den kan være til hjelp for at endring kan skje (Bøe og Thomassen 2017).

## **2.3 Selvpsykologi**

I selvpsykologien ser man på psykisk uhelse når man opplever en selvobjektsvikt, en svikt fra viktige andre i ens liv (Haugsgjerd mfl. 2012). Dette er noe av grunnen til at jeg velger å bruke selvpsykologi som valgt psykoterapeutisk perspektiv da jeg tenker at pasienten jeg skriver om i empirien har opplevd selvobjektsvikt i barndommen.

Heinz Kohut var grunnleggeren av selvpsykologien, den ble tatt i bruk på 1970 tallet. I sin utforming av selvpsykologi la Kohut vekt på empati, samt hvordan man ville følt det om det handlet om en selv. Videre la Kohut vekt på selvet – hvem er jeg, som han mente utviklet seg med selvobjektene – viktige andre, selvet beskrev han som tripolart. Vi mennesker opplever en selvobjektsvikt om vi ikke får bekreftelse fra våre selvobjekt, vi vil da kunne føle oss fragmentert og negative følelser tar over. Behandlingen i selvpsykologi er derfor å reparere selvobjektsvikten gjennom empatisk lytting og fortolkning. Målet i behandlingen vil være at pasienten skal føle seg hel, uten skam og skyld (Haugsgjerd mfl. 2012). Jeg beskriver ytterligere selvet, selvobjekt og selvobjektsvikt senere i kapittel 2.2.2.

### **2.3.1 Empati, affektinntoning og inntoningsvikt**

#### **Empati**

Empati blir definert som evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg i den andres sko. Det betyr at ved å observere og følelsemessig forstå den andre fra innsiden vil den andre føle seg sett og hørt. Gjennom empatisk lytting og forståelse vil terapeut prøve å gjøre den



andres følelser og reaksjoner som kjennes uhåndterbare mer håndterbar. Om terapeut lykkes i dette kan det gi en bekreftelse som styrker selvfølelsen og opplevelsen av sammenheng, mening og vitalitet. I selvspsykologien sier man at empati har en legende virkning (Hartmann 2000). Ifølge Kohut er empati psykoanalysens viktigste virkemiddel for å nå inn til den andres verden (Karterud 1997).

### **Affektinntoning**

Affektinntoning kan sees som et begrep hvor man kan komme innenfor hverandres opplevelsesverdener, å tone seg inn på hverandre. Inntonning danner en bro mellom to individers indre verdener. Empati og inntonning må ikke forveksles, inntonning er i motsetning til empati noe som skjer umiddelbart/automatisk uten å nødvendigvis være bevisst (Schibbye 2012). Bråten (2004) forklarer inntonning ved at man følelsesmessig kan tone seg på en annen persons stemningsleie på en spontan og umiddelbar måte.

### **Inntoningssvikt**

Daniel Stern som forsket på forholdet mellom barn og betydningsfulle andre, beskriver fire uheldige inntoningsvarianter: manglende inntonning, selektiv inntonning, overinntoning og feilinntoning (Urnes 1997).

*Manglende inntonning* er ifølge Urnes (1997) når barnet ikke får bekreftet sine følelser og opplevelser. Om barnet ikke får bekreftet sine egne følelsesmessige reaksjoner kan man danne sin egne indre verden med sin egen forståelse og egne sosiale regler. Om dette skjer kan barnet utvikle en følelse av å være alene/ensomhet da de blir forskjellig fra andre.

*Selektiv inntonning* er når foreldrene bekrefter eller å toner seg inn på visse typer følelser og ekskludere andre typer følelser. Om dette skjer kan barnet utvikle et selv som er knyttet til hva andre forventer av barnet (Urnes 1997). Ifølge Schibbye (2012) er selektiv inntonning en måte hvor foreldre kan forme barnets indre opplevelsesverden. Det foreldrene velger å inntone seg på til barnet vil gi signal til barnet om hva som kan deles til omverden. Barnet blir da påvirket av foreldrenes tanker og meninger. Barnet blir sett om den har de riktige verdiene.

*Overinntoning* er ifølge Urnes (1997) noe som kan sees som invaderende. Schibbye (2012) hevder overinntoning skjer når foreldre er invaderende og overidentifisert med barnet. En type overbeskyttelse hvor det ikke er plass til barnets følelser og opplevelser.

*Feilinntoning* innebærer en uheldig respons til de følelser og opplevelser barnet uttrykker. Om dette skjer kan barnet etter hvert miste evnen til å ha sine egne følelser. Senere i livet kan dette føre til at personen trekker inn i seg selv, ikke deler med andre i frykt for å bli fratatt sine egne følelser og opplevelser (Urnes 1997). Schibbye (2012) hevder feilinntoning skjer når foreldre former barnets indre ut ifra hvilke behov foreldrene selv har.

### **2.3.2 Selvobjekt, selvet og selvobjektsvikt**

#### **Selvobjekt**

Begrepet selvobjekt henger nøye sammen med empati som observasjonsmåte. For å opprettholde en følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv vil selvobjekt kunne støtte dette. Selvobjekt er den funksjon og betydning betydningsfulle andre har. Det kan være et annet menneske, et dyr, en ting etc (Karterud 1997). Viser til eksempler senere i kapittelet hvor jeg beskriver det tripolare selvet. Ved å være følelsesmessig tilknyttet til selvobjekt – betydningsfulle andre, får man økt evne til å ta vare på seg selv og andre, ta imot og gi omsorg, økt evne til empati og mer håp vil man kunne oppleve å ha et mer styrket og vitalt selv (Hartmann 2000).

#### **Selvet**

I motsetning til Freud mente Kohut at mennesker først og fremst ikke var drevet av behovstilfredstillelse, men av en indre kraft som ønsker å skape mellommenneskelige erfaringer som vedlikeholder og utvikler menneskets opplevelse av å ha et sammenhengende selv. Freud mente at menneske hadde seksuelle og aggressive ønsker, drifter og behov, mens Kohut mente at den viktigste drivkraften til mennesket var ønske om å føle seg hel, vital, verdifull og grunnleggende forstått av viktige andre (Hartmann 2000).

Kohut beskrev først selvet som et bipolar system. Senere ble dette endret til et tripolart system bestående av det grandiose, det idealsøkende og det tvillingsøkende selvet (Hartmann 2000)

*Det grandiose selvet* kan sees som at man er verdens midtpunkt hvor man har et sterkt ønske om oppmerksomhet for å bli sett og hørt, få bekræftende svar fra omgivelsene. I selvobjekt hører denne sammen med *speilende selvobjekt* hvor ønske er å bli gjenkjent, akseptert, sett, verdsatt, anerkjent, forstått og beundret (Karterud 1997). Dette er mennesker som er viktige i ens liv som anerkjenner en for den man er. Det kan være foreldre, behandler, venner etc.

*Idealiserende selvet* er følelsen av å bli holdt oppe av noe større enn seg selv. Noen man kan støtte seg til som skaper trygghet og tillitt, noen å kunne stole på. I selvobjekt hører denne sammen med *idealiserende selvobjekt* (Karterud 1997). Dette kan være forbilder, Gud, organisasjon etc.

*Tvillingsøkende selvet* viser behovet for en tilsvarende som bekrefter en med sin likhet. Man kan dele noe grunnleggende slik som at man hører til den menneskelige rase og dermed har noe til felles. Felles språk, kultur og religion er også noe man kan bekræfte sin likhet i. I selvobjekt hører denne sammen med *tvillingsøkende selvobjekt* (Karterud 1997). Dette kan være venner, foreldre etc.

### **Selvobjektsvikt**

Uansett hvor mye en terapeut anstrenger seg for å opprettholde relasjonen så kan pasienter oppleve en selvobjektsvikt. Pasienter kan oppleve en selvobjektsvikt om terapeuten er på ferie, utsetter en time, er syk etc. noen ganger oppleves denne svikten så sterk at relasjonen brytes og behandlingen blir avbrutt (Karterud 1997). I barns perspektiv hvor deres omsorgspersoner oppleves som selvobjekt, kan de oppleve en selvobjektsvikt om omsorgspersonene ikke klarer å gi barnet det den har behov for. Dette kan føre til endringer i barnets selv hvor barnet etter hvert utvikler egenskaper til å ta vare på seg selv når omsorgspersonene ikke kan (Hartmann 2000).

### 2.3.3 Overføring og motstand

#### Overføring

Overføring er de følelser og holdninger pasienten har ovenfor terapeuten. Dette er ubevisste følelser og reaksjonsmønstre han eller hun har hatt til viktige personer tidligere i livet. Med bakgrunn i selvobjektets betydning for opprettholdelse av et sammenhengende og meningsfylt selv mente Kohut at overføringer må håndteres på en egen måte. Pasienter har ofte bevisste og ubevisste forhåpninger gjennom samhandling med terapeut. Det bevisste eller ubevisste ønske er å få terapeuten til å oppføre seg på bestemte måter. Kohut erfarte at om man som terapeut ikke innfridde disse forventningene eller ønskene kunne det oppstå brutte relasjoner og dermed brudd i behandlingen. Med utgangspunkt i det tripolare selv utviklet Kohut tre former for selvobjektoverføringer som han vektla at terapeuten ikke måtte frustrere seg over, men heller vise empatisk forståelse og til dels imøtekomme forventningene og ønskene. Disse tre formene for selvobjektoverføringer er *idealiserende overføring* hvor pasienten har et sterkt ønske om å idealisere terapeuten. *Speilende overføring* hvor pasienten har et ønske om få anerkjennelse og bekreftelse fra terapeuten og siste er *tvillingoverføring* hvor pasienten søker etter en likhet og sammenligning med terapeuten. En slik søken etter likhet handler om et ønske å føle seg lik og likeverdig som menneske (Hartmann 2000).

#### Motstand

«Motstand er et sentralt begrep i både klassisk psykoanalytisk og i selvpsykologisk teori. Motstanden kan arte seg som en mer eller mindre bevisst tilbakeholdelse av informasjon, som ubevisst fortrenning eller ubevisst utagering» (Hartmann 2000, 23).

Motstand kan sees som en beskyttelsesstrategi som kroppen automatisk danner for å kunne beskytte seg selv mot ubehag. Kohut mente at motstand ikke måtte tolkes som motstand mot å bli frisk eller lite sykdomsinnsikt, men som en beskyttelse mot retraumatisering i terapisisituasjon. Når motstand oppstår og det varer over tid kan det tolkes at det er noe i situasjonen eller noe ved terapeuten som aktiverer angst, skyld, skam, tristhet eller noe annet som oppleves vanskelig hos klienten. I en terapisisituasjon kan terapeuten kjenne på motstand fra klienten, og tolke dette som motstand fra forandring, det er da fare for at terapeuten vil oppleves som lite empatisk. Man kan se på motstand som en empatisk svikt hos terapeuten noe som kan føre til at klienten blir mer utrygg. Om det oppstår motstand

blir prosessen videre å se på hva som gjør at dette oppstår, på den måten vil en dialog kunne bli gjenopprettet igjen (Hartmann 2000).

## 3.0 Empiri

I dette kapitlet viser jeg til empirien hvor jeg belyser tre samtalesekvenser med en pasient som i denne fordypningsoppgaven heter Knut. To situasjoner som er tidlig i relasjon og en situasjon hvor relasjonen er tryggere og hvor jeg brukte selvspsykologiske prinsipper til grunn i vår samtale. Jeg har i kapittel 3.0, tre underoverskrifter til samtalesekvensene, disse underoverskriftene kommer igjen også i diskusjonskapitlet. Dette for å systematisere empirikapitlet og diskusjonskapitlet for meg som skriver og for den som leser.

Knut er en mann i 40 årene, bor alene i egen leilighet. Er utdannet snekker og har jobbet hele karrieren i samme bedrift. Knut har to søsken han har kontakt med fra tid til annen, men ingen sterk tilknytning til dem. Har to nære venner som har kjent Knut siden barndommen, de kjenner til sykdomsbildet til Knut og hjelper han når han trenger det.

Knut hadde en noe utfordrende barndom. Faren til Knut dro fra familien når han kun var ti år gammel. Da faren dro fra familien opplevde Knut et tap av en viktig person i hans liv, et forbilde som forsvant. Knut tok dette tungt, devaluerte seg selv, kjente det sårt, en følelse av å bli sviktet, følte seg lite verdifull. Moren til Knut hadde gjennom hele Knut sin oppvekst utfordringer med sin egen helse. Knut og moren hadde en godt forhold, hvor moren ønsket å være tilgjengelig når Knut trengte det, men på grunn av at morens sykdomsbilde tok Knut ofte hensyn til moren før sine egne behov.

I slutten av tenårene utviklet Knut psykosesyntomer for første gang. Han har klart seg godt i livet med korte innleggelser i psykisk helsevern for stabilisering. Fra før følges Knut opp av kommunen hvor han har god kjemi med sin fastlege og tillegg går han til samtaler med psykisk helsearbeider en gang i måneden.

Knut er nå innlagt i psykisk helsevern da han i en lengre periode har kjent på økende psykotiske symptomer og har nå behov for en ny innleggelse for stabilisering av sin psykiske helse. Han har ikke fått en spesifikk psykosediagnose, men opplever psykotiske symptomer. Knut opplever å ha det vanskelig med å uttrykke seg for hvordan han har det. Det kan tolkes at han synes det er ubehagelig å snakke om hvordan han har det og frykt for konsekvenser om å åpne seg om det han kjenner på.

## «Stoler ikke på deg»

Utdrag fra en samtale vi hadde tidlig i vår relasjon hvor Knut sier han vil utskrives:

Jeg: «Hvordan har du det i dag, Knut?»

Knut: «Nei, det går fint, jeg ønsker egentlig å utskrives jeg nå»

Jeg: «Okei, da må vi snakke med legen først»

Knut: «Jeg føler jeg har fått de ubehagelige tankene og følelsene på avstand, det er derfor jeg vil hjem»

Jeg: «Så bra du føler det»

Knut: «Nei, eller... sannheten er at jeg ikke vil kjenne etter hvordan jeg har det, er redd for hva du vil gjøre med det jeg sier. Jeg er også redd for hva som vil komme til å skje om jeg sier det høyt, hvordan jeg egentlig har det. Da er det bedre å være hjemme å ikke si det høyt»

Jeg: «Forstår, er dette noe du ønsker å snakke med meg om nå?»

Knut: «Er sliten. Ønsker å få fred nå, vi kan heller prøve på nytt en annen gang, jeg stoler ikke helt på deg heller»

## «Du forstår meg ikke»

Utdrag fra en samtale tidlig i vår relasjon hvor Knut ber om hjelp til å hente seg mat:

Knut: «Kunne du være så snill og hente lunsjen jeg har stående på kjøkkenet?»

Jeg: «Du vil ikke heller spise lunsjen din ved kjøkkenbordet sammen med de andre da?»

Knut: «Jeg ønsker å spise den her på rommet, føles tryggere ut det nå»

Jeg: «Siden du vil spise på rommet, ønsker jeg å utfordre deg til å hente maten din selv, er det ikke fint å kjenne på mestring? Jeg ønsker å utfordre deg til selvstendighet»

Knut: «Du forstår meg ikke du, jeg er ikke i form til å gå ut av rommet mitt»

Jeg: «Bli med nå, vi kan gå i lag?»

Knut: «Nei, takk. Ønsker ikke å spise likevel, venter heller til middag»

## «Trygt å snakke med deg»

Utdrag fra en samtale hvor relasjonen vår var tryggere, og Knut åpner opp om hvordan han har det. Jeg var også bevisst på å bruke selvspsykologiske prinsipper i vår dialog:

Jeg: «Hei Knut! Hvordan har du det nå?»

Knut: «Det er vanskelig å si, det er så mange bekymringer og jeg kjenner på en uro»

Jeg: «Du sier du kjenner på bekymringer og uro, er dette noe du ønsker å utdype til meg?»

Knut: «Kan prøve, men det er utfordrende... Jeg er bekymret for fremtiden»

Jeg: «Hva er det som gjør at du blir bekymret for fremtiden?»

Knut: «Det er alle tankene jeg har, alle følelsene jeg har. Det er så uutholdelig å kjenne på»

Jeg: «At du har det vanskelig nå Knut, det kan jeg forstå. Kan du prøve å sette litt mer ord på disse tankene og følelsene du har?»

Knut: «Jeg føler jo nå at vi begynner å kjenne hverandre, men synes det er vanskelig å snakke om. Jeg er så redd for konsekvensene. Redd for hva som kommer til å skje om jeg sier det høyt»

Jeg: «Hvilke konsekvenser tror du kan skje om du forteller til meg hvordan du har det, Knut? Hva er det du er redd for?»

Knut: «Jeg er aller mest redd for at det skal bli så mye mye verre enn det er fra før og det vet jeg ikke om jeg holder ut. Men du begynner jo å kjenne meg og jeg kjenner deg så kanskje jeg skal gi det et forsøk?»

Jeg: «Om du kjenner deg komfortabel å snakke med meg om det som er vanskelig så er jeg her for å lytte og prøve å hjelpe deg»

Knut: «Får ofte en følelse av at jeg er innesperret i et lite rom, med mange ti talls mennesker som står rundt og presser meg mot et hjørne, jeg kan kjenne det nå her vi sitter og snakker sammen. Jeg vet at det ikke er sant for ser at det er bare vi to her, men følelsen er der og den er klaustrofobisk og vanskelig å kjenne på, føler jeg ikke får puste når det skjer, samtidig hører jeg stemmer som forteller meg jeg ikke er bra nok, får ikke til, ingen er glad i meg, fæle stemmer som ikke vil meg vel. Dette er noe av det jeg kjenner på».

Jeg: «Det du forteller meg nå Knut, det kan jeg forstå er vanskelig å kjenne på, jeg synes det er fint at du klarer å sette litt ord på hvordan du har det, det gjør at jeg får en mer forståelse for hvordan du har det og hva vi kan gjøre for å hjelpe deg»

Knut: «Ja, det kjentes trygt å snakke med deg om hvordan jeg har det, kanskje jeg neste gang klarer å fortelle litt mer?»



## 4.0 Diskusjon

Her kommer de samme underoverskriftene som man finner i kapittel 3.0 empiri, dette har jeg gjort for å systematisere diskusjonskapittelet. Det vil være noe gjentakelse på teori, men dette er gjort bevisst for å belyse viktige aspekt fra teorien i hver underoverskrift.

I diskusjonskapittelet vil jeg svare på min problemstilling ved å belyse empirien opp mot teorien som hovedsak handler om psykose og selvpsykologi, men også noe om relasjoner. Jeg vil også belyse empirien ved bruk av artiklene jeg har funnet relevant til min fordypningsoppgave samt bruk av egne refleksjoner.

### «Stoler ikke på deg»

I den første samtalesekvensen formidler Knut at han kan tenke seg å utskrives, jeg som hjelper utforsker ikke hva han legger i det, men bekrefter det han sier hvor jeg sier vi må snakke med lege før han kan dra hjem. Videre formidler han hvordan han egentlig har det hvor jeg spør om dette er noe han vil snakke med meg om, noe han ikke vil og avslutter samtalen med å si at han ikke stoler på meg. Hvorfor sier Knut at han ikke stoler på meg? På den ene siden kan det tolkes som et symptom på psykosen han opplever, men jeg vil også se på hva selvpsykologien sier og hvordan det kan sees i sammenheng.

For Knut som opplever psykotiske symptom og ikke har en trygg relasjon med meg så kan dette føre til mye usikkerhet for han. Å være i en psykotisk tilstand vil ifølge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2018) føre til at man ikke opplever verden på samme måte som andre og man kan i tillegg føle på en ensomhet da man blir alene om sin opplevelse av verden. Dette kan bli et usikkerhetsmoment for Knut som da vil trekke seg unna, slik som da han sier han ønsker å utskrives eller som da han sier han ikke stoler på meg. Ved å si det kan det tolkes at han slipper å gå inn på det som kjennes vanskelig for han.

Samtalen var i en tidlig fase i vår relasjon, men er det noe i historien til Knut som kan føre til at det kan bli mer utfordrende å danne en trygg relasjon? Fra tidlig alder måtte Knut ta vare på seg selv da han hadde en syk mor og en far som dro fra familien når Knut var ung. Dette er selvobjekt til Knut, viktige andre i hans liv. Når selvobjektene til Knut ikke klarte å ta vare på han som liten, møte hans behov kan det ifølge Hartmann (2000) være at han

opplevde en selvobjektsvikt, dette kan føre til endringer i barnets selv hvor barnet etter hvert utvikler egenskaper til å ta vare på seg selv når omsorgspersonene ikke kan. Opplever man selvobjektsvikt i barndom vil dette kunne være med videre i livet og forme hvordan man er og blir som menneske. Slik som her hvor Knut opplever at hans viktige andre, hans omsorgspersoner ikke møter hans behov.

At faren dro fra familien kan også sees som et relasjonsbrudd. Dette kan medføre at Knut får utfordringer med å danne nye, trygge relasjoner i livet da selvobjektsvikten og relasjonsbruddet han opplevde som ung har formet han som menneske og den han er i dag. Ifølge Bøe og Thomassen (2017) er det nettverket med relasjoner man har rundt seg viktig med tanke på bedringsprosessen, noen har trygge relasjoner som da vil være en ressurs, mens andre kan ha relasjoner som er skadelig for prosessen. For Knut som opplevde denne selvobjektsvikten som ung er det naturlig at han har utfordringer som voksen å danne gode trygge relasjoner. Han har to nære venner som hjelper han når han trenger det, jeg vil tro dette er relasjoner som har styrket seg med årene og Knut har blitt trygg på dem, dette er trolig noen av Knut sine nærmeste selvobjekt i dag, viktige andre i hans liv nå.

Det finnes inntoningsvarianter som er uheldig å bruke i møte med andre. Urnes (1997) beskriver disse variantene hvor blant annet manglende inntoning er en av dem. Manglende inntoning kan tolkes som at en person ikke får bekreftet sine egne følelsesmessige reaksjoner. Om dette skjer kan menneske danne seg sin egen indre verden med sin egen forståelse av verden, her kan det også utvikle seg en følelse av ensomhet da personen blir forskjellig fra andre. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2018) beskriver også at mennesker som er i en psykotisk tilstand kan oppleve en ensomhet da de ikke føler seg forstått av andre. Ved å kjenne på lite forståelse og ydmykelse er det lett for at mennesker med en psykose velger å trekke seg unna. I samtalesekvensen hvor Knut uttrykker at han vil utskrives og jeg sier vi må snakke med legen først, kunne jeg ha utforsket mer om hva han legger i det, hva er grunnen til at han ønsker å utskrives, eller ønsker han utskrivelse i det hele tatt, kan det være noe han sa for å tiltrekke seg hjelp, en samtale? Eller ønsker han å utskrives da han ikke føler seg trygg nok i avdelingen, trygg nok på meg? Fra tidlig barndom kan det tenkes at Knut ikke har følt seg sett og hørt, noe man også kan tenke han kjente på da han først sier han vil utskrives for å så å åpne for hvordan han egentlig har, og jeg som hjelper ikke er nok empatisk og inntonende.

Empati og inntoning er viktig i møte med mennesker i en sårbar situasjon. Ifølge Hartmann (2000) er empati når man kognitivt og emosjonelt klarer å plassere seg i den andres sko, og ved å få til dette kan terapeut hjelpe pasient til å gjøre de uhåndterbare følelsene mer håndterbar. Inntoning er ifølge Schibbye (2012) noe som skjer automatisk uten å nødvendigvis være bevisst. Jeg lukker dialogen mer enn jeg åpner opp for dialog. Hadde jeg vært mer i selvspsykologisk perspektiv kunne kanskje Knut ha kjent seg sett, hørt og forstått som er med i den helende prosessen. Betydningen av relasjon i selvspsykologien kommer tydelig frem her, viktigheten av å være empatisk og inntonende, bekrefte og forstå vil da kunne være med å skape en relasjon som ifølge Bøe og Thomassen (2017) er med i bedringsprosessen.

Hva gjør det med meg som hjelper når en pasient sier han ikke stoler på meg? Jeg begynner selvfølgelig å tenke hva jeg har gjort galt og hva kan jeg gjøre bedre, noe som i seg selv er positivt at en blir mer klar over hvordan en er i samhandling med andre. Jeg møter på jobb med den intensjon om å skulle hjelpe pasienter i en sårbar situasjon, men å danne en god relasjon til alle man møter er utfordrende, som hjelper gjør man ytterste for å få til dette da dette er positivt i prosessen mot tilfriskning. Bøe og Thomassen (2017) skriver at relasjonen er til for pasienten og at relasjonen kan være til hjelp for at endring kan skje. Ikke alle relasjoner er like trygge eller godt etablert noe også pasientene vil kjenne på, det er derfor kanskje ikke så rart at Knut med psykotiske symptomer og en ikke trygg relasjon til meg sier han ikke stoler på meg. Det er også viktig å tenke på at noe av grunnen til at han sier han ikke stoler på meg, at vi ikke raskt etablerer en god relasjon kan være på grunn av hans historie.

### **«Du forstår meg ikke»**

I denne delen av empirien så kommer det frem at Knut ber om hjelp til å hente seg mat. Jeg som hjelper, utfordrer Knut til selvstendighet og mestring og spør først om han kan spise med de andre på avdelingen, for så å utfordre han til å hente maten sin selv, her har jeg miljøterapien til grunn når jeg utfordrer Knut. Knut uttrykker til slutt at jeg ikke forstår han og trekker seg heller vekk fra meg ved å si at han ikke ønsker mat allikevel. Får en følelse av han unnskylder seg for å ha spurt om hjelp.

Hvordan kan vi forstå denne dialogen opp mot selvspsykologisk perspektiv? I selvspsykologien står empati og inntoning sterkt. Empati er ifølge Kohut det viktigste virkemiddelet vi har for å kunne nå inn til den andres verden (Karterud 1997). Hartmann (2000) beskriver at ved å emosjonelt plassere seg i den andres sko, kan man observere og følelsesmessig forstå den andre fra innsiden. Om man som hjelper får til dette kan pasient føle seg sett og hørt og de u håndterbare følelsene kan bli håndterbar. I denne dialogen hvor jeg utfordrer Knut viser jeg som hjelper til lite empati og lite empatisk forståelse for hvordan Knut har det. Jeg kunne i dette tilfellet hvor han ber om hjelp heller utforsket hvorfor han ber om hjelp istedenfor å gå direkte til å utfordre det som er vanskelig for han.

Urnes (1997) beskriver Daniel Stern sine 4 uheldige inntoningsvarianter: manglende inntoning, selektiv inntoning, overinntoning og feilinntoning. I dette tilfellet tenker jeg at jeg var i manglende inntoning hvor Knut ikke fikk bekreftet sine egne følelser og opplevelser. Ved å være i manglende inntoning ovenfor Knut kan det ifølge Urnes (1997) føre til at Knut danner seg sin egen indre verden med sin egen forståelse og sine egne regler. Dette kan føre til en følelse av å ikke være lik andre noe som kan skape en følelse av ensomhet. I Knut sitt tilfelle hvor han opplever psykotiske symptomer kan han også utvikle denne ensomheten og følelsen av å være ulik alle andre, da han i sin psykotiske tilstand opplever en realitetsbrist. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2018) beskriver en realitetsbrist ved at man som menneske opplever verden på en annen måte enn det andre gjør. Og ofte vil man utvikle en følelse av ensomhet da man blir alene om opplevelsen av hvordan verden er og ikke opplever seg forstått og hørt.

Innenfor selvspsykologien snakker man om selvobjekt – viktige andre. Hvor jeg kan tenke meg at Knut ser på meg som speilende selvobjekt som ifølge Karterud (1997) er når man har et ønske om å bli gjenkjent, akseptert, sett, verdsatt, anerkjent, forstått og beundret. Og i dette tilfellet behovet for å bli sett, anerkjent og forstått for at han ikke ønsker eller klarer å hente seg mat på kjøkkenet. Når Knut opplevde å bli utfordret på dette, noe han ikke var klar for kan det være han opplevde en selvobjektsvikt. Selvobjektsvikt oppstår når jeg som hjelper ikke klarer å møte Knut sine behov (Hartmann 2000). Og ikke bli møtt på sine behov, ikke bli sett og forstått av meg som hjelper kan gi en følelse av å være alene om det vanskelige, at jeg ikke forstår eller vil forstå, dette kan være med å stagnere den helende prosessen.

I artikkelen til Myklebust og Bjørkly (2011) beskriver de at hjelper enten lett havner i en grenseløs posisjon eller i en paternalistisk posisjon. Hvor grenseløs posisjon handlet om at hjelper gjorde «nesten hva som helst» for å beholde relasjon og muligheten for å hjelpe pasient. Eller i en paternalistisk posisjon hvor hjelper satte grenser og risikoen for brutte relasjoner var høy. I mitt tilfelle hvor jeg utfordret Knut til å spise maten med de andre pasientene eller at han kunne hente maten sin selv kan det tenkes at Knut opplevde dette som at jeg satte grenser at jeg ikke ønsket å hjelpe han. Knut reagerte med en type avvísning og relasjonen vi hadde stagnerte noe som også kan føre til at tilfriskningsprosessen også stagnerer.

Jeg som hjelper ønsket å utfordre Knut til selvstendighet og mestring ved at han spiste lunsjen sin med de andre pasientene eller at han hentet maten sin selv. Dette var ikke noe Knut ønsket. Jeg som hjelper kjente da på en motstand fra Knut, en motstand fra å ta imot hjelp, jeg utforsket ikke hva han la i dette. Ifølge Hartmann (2000) oppstår motstand når det er noe i situasjonen eller ved hjelperen som aktiverer angst, skyld, skam, tristhet eller noe annet som oppleves vanskelig for hos pasienten. Jeg som hjelper kan kjenne på motstand fra Knut og tolke dette som motstand fra ønske om tilfriskning. Det er da fare for at jeg som hjelper oppleves som lite empatisk og ved en slik svikt i møte med Knut kan jeg være med å gjøre han mer utrygg. Det kan være det var akkurat dette som skjedde da Knut lukket dialogen ved å si han ikke ønsket mat allikevel. Jeg skulle ha utforsket hva som stoppet Knut i å gå ut av rommet sitt og ved å gjøre det ville jeg vært mer empatisk og inntonende, jeg ville styrket relasjonen vår ved å vise at jeg lytter og ønsker å forstå.

### **«Trygt å snakke med deg»**

I den siste samtalesekvensen bruker jeg selvspsykologisk perspektiv til grunn i samtale med Knut. Relasjonen vår er etablert og Knut uttrykker trygghet å snakke med meg. Jeg som hjelper lytter og er utforskende til det han forteller, Knut deler og er åpen om det som er vanskelig. Hva var det jeg gjorde og sa som endret dialogen vår. I de tidligere samtaler har dialogen raskt blitt lukket, hva var forskjellen nå?

I denne samtalen brukte jeg bevisst selvspsykologisk perspektiv. Jeg merket stor forskjell på hvordan Knut responderte på det, til forskjell for hvordan dialogen utviklet seg ved tidligere samtaler.

I møte med Knut var jeg bevisst på å være empatisk og inntonende. Hartmann (2000) beskriver det å være empatisk at man har evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg i den andres sko, noe jeg tenker jeg gjorde i møte med Knut. Det å vise forståelse, gjenta det han sier, bekrefte det han sier, det mener jeg er å være empatisk, noe jeg også gjorde i vår dialog. Det hadde også effekt da man ser at Knut åpnet opp for å dele med meg. I artikkelen til Myklebust og Bjørkly (2011) belyser de i hovedsak viktigheten av at hjelper er empatisk og inntonende for at pasienten skal kunne komme i kontakt med egne følelser, men også at han skal kunne føle seg møtt og forstått på sine følelser og opplevelser, her er denne artikkelen med å bekrefte det teorien sier.

Det at Knut opplever psykotiske symptomer, men allikevel klarer å dele med meg og formidle hvordan han har det forteller meg at relasjonen vi har, den er trygg. Jeg ser viktigheten av en trygg relasjon da Knut uttrykker det flere ganger i samtalen at han kjenner meg nå. Det at Knut kjenner seg trygg nok til å åpne seg til meg, hvordan han har det, kan også sees i sammenheng med at relasjonen vår var tryggere og sterkere enn ved de tidligere samtalen. Jeg tenker også at siden vi har opparbeidet oss en tryggere og sterkere relasjon kan Knut se på meg som hjelper som et selvobjekt, betydningsfulle andre. Selvobjekt er den funksjon og betydning betydningsfulle andre har. Ved å være følelsesmessig tilknyttet til et selvobjekt kan man få økt evne til å ta vare på seg selv og andre, ta imot og gi omsorg, økt evne til empati og mer håp (Hartmann 2000).

Selvobjekt deles inn i tre kategorier som hører sammen med selvet og det tripolare selvet. Speilende selvobjekt, idealiserende selvobjekt og tvillingsøkende selvobjekt. I dette tilfellet tenker jeg at både speilende selvobjekt og idealiserende selvobjekt kan passe sammen med den relasjonen vi har. Speilende selvobjekt er ifølge Karterud (1997) ønske om å bli gjenkjent, akseptert, sett, verdsatt, anerkjent, forstått og beundret. Jeg tenker jeg som hjelper kan sees som et speilende selvobjekt til Knut da han har behov for at jeg ser han, aksepterer den han er og de utfordringene han har, behov for å bli verdsatt, verdsatt som menneske og at jeg ser forbi de utfordringer han har. Han har også behov for å bli forstått, kjenne på det at han ikke er alene i smertene han kjenner på, kjenne at noen bryr seg om han og prøver å forstå hvordan han har det. Men samtidig tenker jeg at jeg som hjelper også kan være et idealiserende selvobjekt. Idealiserende selvobjekt er ifølge Karterud (1997) noen man kan støtte seg til, som skaper trygghet og tillitt, noen en kan stole på. Som hjelper til Knut og med en relasjon som er sterk blir jeg fort et idealiserende

selvobjekt. Som hjelper blir det da nesten naturlig at Knut «lener seg til meg» for hjelp, jeg er med å skape tillitt og trygghet for han. Dette avhenger også av hvilken relasjon vi har, er relasjonen trygg er også forholdene lagt til rette for at Knut kan stole på meg som hjelper og dermed skaper trygghet. I en pasient – hjelper posisjon er ikke alltid maktforholdet i balanse. Som hjelper har man en type makt som gjør at pasient kan se opp til en og lene seg til eller bli holdt oppe av noe større enn seg selv.

I artikkelen til Finnegan mfl. (2014) viser de til at kommunikasjon preget av kritikk, lite medfølelse og lite medmenneskelighet kan være med å skape negative endringer. Negative endringer i form av økt sinne, økt generell lidelse, lavt humør (depresjonsfølelse), hallusinasjoner, vrangforestillinger, økt angst, behov for hjelp og generelt økte psykotiske symptomer. Jeg tenker her at dette belyser viktigheten i hvordan man møter pasienten, empatisk og inntonende, men også belyser hvordan en relasjon kan være helende eller ikke. Det samme viser artikkelen til Måseidvåg og Sørbo (2014) hvor de vektlegger viktigheten av en relasjon for at kommunikasjonen og hjelpen man gir skal kunne ha en helende virkning. Deltakerne i studien viste til viktigheten av god kjemi med hjelper, å kjenne seg sett, hørt og forstått. Følelsen av trygghet var også viktig.

Jeg tenker at ved å la Knut føle seg sett og hørt, at jeg viser at jeg forstår og lytter til det han sier det er å være empatisk og inntonende og på den måten åpner Knut opp for hvordan har det. Jeg gjentar det han sier, jeg lytter, jeg bekrefter, jeg inviterer til samtale. Alt dette tenker jeg er med på å åpne til dialog noe vi også ser i denne samtalesekvensen. I de to første samtalene var jeg ikke bevisst bruken av selvpsykologi og ser at dialogen raskt ble lukket. Når dialogen er etablert kan selve behandlingen i selvpsykologi begynne som er å reparere selvobjektvikten gjennom empatisk lytting og fortolkning. Målet i behandlingen vil være at pasienten skal føle seg hel, uten skam og skyld (Haugsgjerd mfl. 2012).

## 5.0 Konklusjon

Arbeidet med denne fordypningsoppgaven har vist meg hvor viktig det er å møte pasientene der de er ved å være empatisk og inntonende. Om dette lykkes vil en kunne få en styrket relasjon og dermed kunne hjelpe en pasient med psykose til å være i dialog. Selvpsykologisk tilnærming har vist å ha effekt for å åpne for dialog for Knut med psykose. Men det er viktig å ha med at jeg har skrevet om Knut med psykose, det er sannsynlig at denne tilnærmingen vil ha god effekt hos flere i denne pasientgruppen, men vi er alle ulike og har dermed ulike behov. Jeg tar allikevel med meg lærdommen jeg har fått gjennom arbeidet med denne fordypningsoppgaven videre i møte med andre pasienter med psykose.

I empirien har jeg vist til to samtalesekvenser hvor jeg ikke bruker selvpsykologisk tilnærming og samtalene ble raskt lukket. Også har jeg en samtalesekvens hvor jeg bevisst bruker selvpsykologisk tilnærming og man ser tydelig at man åpner opp for dialog ved at Knut føler seg sett, hørt og forstått. Jeg konkluderer derfor med at selvpsykologisk tilnærming åpner opp for dialog med pasient med psykose ved at pasienten føler seg sett, hørt, forstått og at man anerkjenner deres virkelighet ved at man som hjelper er empatisk og inntonende.

Gjennom arbeidet med denne fordypningsoppgaven har jeg sett hvor lite forskning som er tilgjengelig med internasjonalt eller nordisk språk omkring selvpsykologisk tilnærming til pasienter med psykose. Dette er noe jeg tenker kan og bør være tema for videre forskning.



## Litteraturliste

Aubert, Karl Egil. 2020. «Relasjon.» Store norske leksikon. <https://snl.no/relasjon>.

Bråten, Stein. 2004. *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

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

Cullberg, Johan. 2009. *Psykosser. Ett integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Finnegan, Deirdre, Juliana Onwumere, Catherine Green, Daniel Freeman, Philippa Garety og Elizabeth Kuipers. 2014. «Negative Communication in Psychosis, Understanding Pathways to Poorer Patient Outcomes.» *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Volume 202, number 11. DOI:10.1097/NMD.0000000000000204.

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

Hauge og Anne Renneflot. 2021. «Psykiske lidelser hos voksne». Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2012. *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kanalregister. 2019. «Register over vitenskapelige publiseringskanaler.» <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

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

Malt, Ulrik og Jan Ivar Røssberg. 2021. «Psykoselidelser.» Store norske leksikon.  
<https://sml.snl.no/psykoselidelser>.

Myklebust, Kjellaug og Stål Bjørkly. 2011. «Selvpsykologiske tilnæringer til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere.» *Vård i nord* 31 (3): 35-39.  
<https://doi.org/10.1177/010740831103100308>

Måseidvåg, Nina Iren og Jan Inge Sørbo. 2014. «Tap av språk ved psykose». *Sykepleien* 102 (5): 44-47. <https://sykepleien.no/forskning/2014/04/tap-av-sprak-ved-psykose>.

Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 2012. *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd og Erik Stänicke. 2018. *Psykiatriboken sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tesli, Martin Steen, Marte Handal, Fartein Ask Torvik, Ann Kristin Skringo Knudsen, Ingvild Odsbu, Kristin Gustavson, Ted Reichborn-Kjennerud, Ragnar Nesvåg, Lars Johan Hauge og Anne Renneflot. 2021. «Psykiske lidelser hos voksne». Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Urnes, Øyvind. 1997. «Utviklingspsykologi og selvpsykologi». I *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut*, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, 64-89. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

## Vedlegg 1 – PICO skjema

Ordene som er markert med  , er ord som er brukt i de søkene hvor jeg endte med å bruke artikler.

	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
	Patient	Intervention	Comparison	Outcome
<b>Norsk</b>	Psykose Psykoselidelse	<span style="background-color: cyan;">Selvpsykologi</span> Selvpsykologisk tilnærming		Dialog <span style="background-color: cyan;">Samtale</span> Kommunikasjon
<b>Engelsk</b>	<span style="background-color: cyan;">Psychosis</span> Psychotic disorder	Self-psychology Self psychology		Conversation <span style="background-color: cyan;">Communication</span> Dialog

## Vedlegg 2 – Oversiktstabeller over valgte artikler

<b>Tittel</b>	Negative communication in psychosis, understanding pathways to poorer patient outcomes
<b>Forfattere</b>	Finnegan, Deirdre, Juliana Onwumere, Catherine Green, Daniel Freeman, Philippa Garety og Elizabeth Kuipers
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Storbritannia
<b>Tidsskrift</b>	The Journal of Nervous and Mental Disease
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke om negativ kommunikasjon til pasienter med psykose eller psykose symptomer kan være med å påvirke den psykiske helsen i negativ retning.
<b>Metoder/instrument</b>	Deltakerne ble delt opp i to grupper hvor den ene gruppen fikk høre et lydklipp som var av negativ karakter, mens andre gruppen fikk høre et lydklipp som var nøytralt og handlet om været. Ut ifra dette skulle deltakerne svare på hvordan den psykiske helsen håndterte dette.
<b>Deltagere/ frafall</b>	Inklusjonskriteriet var at de måtte ha en nåværende psykose diagnose eller en opplevelse av psykotiske symptomer, måtte forstå engelsk, normal hørsel samt at de skulle være mellom 18 og 65 år. Et av eksklusjonskriteriene var at de ikke kunne ha utfordringer med alkohol eller rus og ikke ha organisk utløst psykose. 38 personer deltok i studien. Seks personer ble ekskludert fra studien da de ikke oppfylte inkluderingskriteriene. 63 personer takket nei til å delta.
<b>Hovedfunn</b>	Denne artikkelen omhandler negativ kommunikasjon til pasienter med psykose. Hovedfunnene i artikkelen viser at kommunikasjon preget av kritikk, lite medfølelse og lite medmenneskelighet kan være med å skape negative endringer. Negative endringer i form av økt sinne, økt generell lidelse, lavt humør (depresjonsfølelse), hallusinasjoner, vrangforestillinger,

	økt angst, behov for hjelp og generelt økte psykotiske symptomer.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av North London Ethical Committee.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert. Tidsskrift nivå 1 (kanalregister 2019).
<b>Database</b>	Oria

<b>Tittel</b>	Selvpsykologiske tilnæringer til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere.
<b>Forfattere</b>	Myklebust, Kjellaug K og Stål Bjørkly
<b>År</b>	2011
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	Vård i norden
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var blant annet å undersøke om selvpsykologisk forståelse kan bidra til å skape mening og bedre samspill i brukermedvirkningsrelasjoner.
<b>Metoder/instrument</b>	Dybdeintervju hvor deltakerne i forkant av intervjuet hadde fått tilsendt vignetter.
<b>Deltagere/ frafall</b>	Inklusjonskriteriet var at deltakerne måtte ha videreutdanning i psykisk helsearbeid eller psykiatrisk sykepleie samt at de måtte jobbe i kommunen med direkte kontakt med brukere. 12 deltakere ble invitert, 8 underskrev samtykkeerklæring. En ble ekskludert da deltakeren jobbet i institusjon og studien ønsket fokus mot psykisk helsearbeidere utenfor institusjon. 7 deltakere gjennomførte et dybdeintervju.
<b>Hovedfunn</b>	Hovedfunnene var at hjelper enten lett havner i en grenseløs posisjon eller i en paternalistisk posisjon. Hvor grenseløs posisjon handlet om at hjelper gjorde «nesten hva som helst» for å beholde relasjon og muligheten for å hjelpe bruker. Eller i en paternalistisk posisjon hvor hjelper satte grenser og risikoen for brutte relasjoner var høy.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert. Tidsskrift nivå 1 i 2011, tidsskriftet er i dag nedlagt (kanalregister 2019).
<b>Database</b>	Oria

<b>Tittel</b>	Tap av språk ved psykose
<b>Forfattere</b>	Nina Iren Måseidvåg og Jan Inge Sørbø
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	Sykepleien
<b>Hensikt</b>	Hensikten med artikkelen var å vise hvordan språket kan bli påvirket hos en pasient i psykose av blant annet relasjonen mellom pasient og hjelper.
<b>Metoder/instrument</b>	Kvalitative intervju hvor deltakerne fikk snakke fritt i starten av intervjuet. Intervjuet ble tatt opp på lydfil og transkribert.
<b>Deltagere/ frafall</b>	6 kvinner og menn med tidligere psykoseerfaring. Eksklusjonskriteriet var at deltakerne ikke skulle ha diagnosen schizofreni.
<b>Hovedfunn</b>	Hovedfunnene var at deltakerne i studien opplevde det vanskelig å kommunisere i starten av oppholdet hvor dette ble lettere videre under innleggelsen, de vektlegger relasjon til hjelper som viktig. Videre fortalte deltakerne at en viktig faktor var hvem en hadde god kjemi med, hvem som forstod skiftene/svingningene, hvem som så de. Deltakerne fortalte at det som hjalp de var når de kjente seg trygg nok og når de kjente tillitt til å fortelle sin historie, men det var også viktig at hjelper lyttet og var til stedet. Deltakerne trekker også frem følelsen av ydmykelse, det å ikke føle seg sett og hørt, makten som helsepersonell har. Følelsen av å ikke være likeverdig som mennesker. Dette var med på å bremse opp kommunikasjonen.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Tidsskrift nivå 0 (kanalregister 2019).