



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan selvsykologi bidra til bedring hos pasienter med psykose i en akuttavdeling?

Forfatter: Kandidat nr. 5

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 25.08.2022



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">• 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: 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: 25.08.2022

Antall ord: 8737

JEG OG DU

Jeg er meg

Du er deg

Sammen

Du blir synlig for meg

Jeg blir synlig for deg

Vi blir virkelige for hverandre

Vi møtes

Og trer fram

Jeg blir synlig for meg

Du blir synlig for deg

Sammen

Her og nå

Jeg og Du

Vi knytter bånd

Er til stede

For hverandre

Med muligheter

Til å utforske

Og bli utforsket

Til å forstå

Og bli forstått

Til å se

Og bli sett

Til å akseptere

Og bli akseptert

Til å bekrefte

Og bli bekreftet

Jeg hører til her

Du hører til her

Du er deg

Og jeg er meg

Sammen

Tekst: Kandidat 5 (2022)

Sammendrag

Temaet for denne fordypningsoppgaven er hvordan selvpsykologi som terapeutisk tilnærming kan bidra til bedring hos pasienter med psykose. Jeg ønsket se nærmere på selvpsykologien som terapeutisk tilnærming, fordi jeg synes selvpsykologiens vekt på relasjon, empati og forståelse for pasientens indre opplevelsesverden er spennende og tiltalende. Siden jeg også møter mange pasienter med psykose i min hverdag på jobb, ble det naturlig å se på selvpsykologi og psykose i sammenheng. Fordypningsoppgaven omhandler mitt møte med en kvinne jeg har valgt å gi det fiktive navnet Siri - som ble innlagt med akutt psykose.

I teoridelen belyser jeg først psykose og relasjon som begreper. Jeg går deretter videre til å belyse sentrale selvpsykologiske begreper, da knyttet til Heinz Kohut og hans teorier som er forankret i det psykodynamiske perspektivet.

I empirien beskriver jeg tre dialoger jeg hadde med Siri under hennes behandlingsopphold i en akuttpsykiatrisk enhet. Disse tre dialogene strekker seg over tid, noe innholdet i dem også gjenspeiler. I siste dialogen framstår eksempelvis Siri som mer samlet enn i den første og andre dialogen.

I drøftingsdelen diskuterer jeg problemstillingen sett i lys av teorien og min empiri. Jeg beskriver tre møter med Siri, og reflekterer over hvordan jeg opplevde at det intersubjektive møtet mellom meg og Siri utspilte seg - og påvirket oss begge sett i lys av en selvpsykologisk tilnærming. I drøftingen avgrensner jeg meg til å se nærmere på fire nøkkelbegreper innenfor selvpsykologien – inntoning, reguleringsstøtte, empati og relasjon - og hvordan disse hver for seg og i sammenheng kan bidra til bedring hos pasienter med psykose.

Avslutningsvis forsøker jeg å svare på problemstillingen i form av noen konklusjoner jeg drar, sett mot teorien, drøftingen og mine egne erfaringer. Jeg presenterer også noen tanker om hva det eventuelt kan forskes videre på knyttet til problemstillingen jeg har valgt.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling	2
1.2	Litteratursøk	2
2.0	Teori	3
2.1	Psykose	3
2.2	Relasjon	5
2.3	Selvpsykologi	6
2.3.1	Heinz Kohuts forståelse av selvet	6
2.3.2	Selvobjekt, selvobjektrelasjoner og selvobjektsvikt	7
2.3.3	Selvobjektoverføring	8
2.3.4	Empati	8
2.3.5	Affektinntoning	9
2.3.6	Regulering	9
2.3.7	Inntoningssvikt	10
2.3.8	Motstand	11
3.0	Empiri	11
4.0	Drøfting	13
5.0	Konklusjon	23
	Litteraturliste	25

1.0 Introduksjon

Jeg har gjennom mange års arbeid i ulike psykiatriske sykehusavdelinger møtt mange mennesker i psykose. Psykosen er på en side nært knyttet til hver enkelt menneskes indre, unike selv. På den andre siden har psykose også en del felles, gjenkjennbare trekk eller karakteristika som en har samlet seg om i ulike rammeverk for diagnostisering (Cullberg, 2005). Hvordan kan jeg kommunisere best mulig med mennesker i psykose, klare å vise dem ektefølt empati, bidra til en likeverdig og gjensidig relasjon og ikke minst bygge en god terapeutisk allianse med dem på veien mot tilfriskning? Jeg har ofte tenkt at mye av dette handler om å prøve å *forstå hvordan den andre egentlig har det på innsiden*.

Hva er så egentlig psykose? Hvordan en forstår dette, har selvsagt sammenheng med det vitenskapsteoretiske utgangspunktet en har. I denne oppgaven behandler jeg problemstillingen med utgangspunkt i selvpsykologi som terapeutisk tilnærming. Jeg har gjennom videreutdanningen fått mer teoretisk kunnskap om Heinz Kohut og hans teorier om selvpsykologi. Selvpsykologien er forankret i det psykodynamiske perspektivet, som legger vekten på “innsiden av mennesket”, den subjektive opplevelsen av psykisk lidelse og på relasjonens store betydning for vår psykiske helse (Cullberg, 2005).

Selvpsykologien tydeliggjør hvordan relasjoner med viktige andre - våre *selvobjekter* - kan påføre oss traumer som skader kjerneselve. Det kan eksempelvis komme til uttrykk i form av manglende mestring i relasjoner, opplevelse av manglende mening eller fragmentering av selvet. Slik forklares også psykose (Møller, 2015). Samtidig formidler selvpsykologien håp om en bedre framtid gjennom troen på at selvet også kan heles i samspill med såkalte vikarierende selvobjekter.

Selvpsykologiens begreper gir imidlertid lite mening dersom en ikke utforsker dem nærmere. Man må bestrebe seg på å «komme på innsiden» av teoriene for å kunne nyttiggjøre seg den selvpsykologiske tilnærmingen i møte med mennesker i psykose. Det er dette jeg ønsker å bruke denne fordypningsoppgaven til, sett i lys av min empiri. Jeg går inn i mine erfaringer og reflekterer over dem, slik at jeg forhåpentligvis kan danne nye begreper og handlingsmåter på veien mot en mer moden praksis (Kolb, 2015). Det håper jeg kan bli spennende og givende for både meg selv og leseren.

1.1 Problemstilling

I denne fordypningsoppgaven ønsker jeg altså å fokusere på selvpsykologi og psykose. Det har jeg sammenfattet i følgende hovedproblemstilling og delproblemstilling:

Hovedproblemstilling:

Hvordan kan selvpsykologi bidra til bedring hos pasienter med psykose i en akuttavdeling?

Delproblemstilling:

Hvordan kan inntoning, reguleringsstøtte, empati og relasjon kan bidra til bedring for pasienter med psykose?

1.2 Litteratursøk

Jeg valgte fra starten å bruke Ovid MEDLINE som database, og gjorde mine innledende søk i perioden 01.12.2021-11.01.22. Ovid MEDLINE er en mye brukt database med referanser til artikler fra internasjonale tidsskrifter. Jeg strevde imidlertid med å registrere meg som bruker på denne databasen, og sendte derfor i stedet fortløpende e-poster med oppsummering av mine søk til min e-post adresse. Se eksempel i vedlagte bildefil under:

The image shows two screenshots. The left one is an email inbox on a mobile device, and the right one is a screenshot of an email from Ovid MEDLINE.

Left Screenshot: Email Inbox

The inbox shows several emails from Ovid Online@ovid.com. The most relevant one is dated 01.12.2021 with the subject "From Hallgeir Lindal Reiten: 'SØKEHISTORIKK MEDLINE'".

Right Screenshot: Ovid MEDLINE Search Results Email

The email is titled "From Hallgeir Lindal Reiten: 'SØKEHISTORIKK MEDLINE'". It includes a link to run a search and a table of search results.

Query	Results from 1 Dec 2021
(bipolar and healthcare).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]	509
Bipolar Disorder/	42,713
Psychotic Disorders/nu. th [Nursing, Therapy]	7,858
[hospital nursing and bipolar].mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]	0
Psychiatric Nursing/mt. td [Methods, Trends]	2,735

Fra starten av tenkte jeg på om jeg skulle fokusere på selvpsykologi og maniform psykose i fordypningsoppgaven. Jeg søkte først på begrepene *bipolar disorder*, *psychotic disorders*, *self psychology* og *psychiatric nursing* hver for seg i Ovid MEDLINE. Jeg fikk da - i

samme rekkefølge som beskrevet over henholdsvis **42,713 – 7,358 – 466** og **2,735** treff i databasen. Når jeg kombinerte disse begrepene ved hjelp av AND (og), kom jeg ned på 509 treff. Et av disse treffene var artikkelen til Hummelvoll, Yri Sunde og Severinsson (2000). Den omhandler egentlig bipolar lidelse, men jeg anså likevel en del av funnene deres som overførbare til min problemstilling, og valgte derfor å med artikkelen deres i mitt underlag her. Etter hvert innså jeg imidlertid at jeg ønsket å skrive om akutt psykose og selvpsykologi. Jeg tok et nytt søk på begrepene *psychosis* AND *self psychology* i *MEDLINE*. Når jeg kombinerte disse begrepene fikk jeg imidlertid opp kun 5 søkeresultater. Et av disse søkeresultatene var en bokanmeldelse av boken «SELF PSYCHOLOGY AND PSYCHOSIS» (Garfield og Steinman, 2018). Denne boken syntes jeg så relevant ut for min problemstilling, så jeg bestilte den fra Amazon. Jeg gikk etter hvert over til å søke også i bibliotekdatabasen Oria. Jeg søkte eksempelvis på begrepet «selvpsykologi», og fikk da opp artikkelen til Muklebust og Bjørkly (2011). Denne artikkelen omhandlet brukermedvirkning, men jeg mente at funnene kunne være overførbare til min problemstilling, og valgte derfor å benytte den som underlag her. Jeg så også nærmere på *regulering* som begrep. Jeg ble i dette arbeidet oppmerksom på artiklene til Steinkopf et al. (2021) og Nordanger og Braarud (2014), som blant annet omhandler begrepene «*regulering*» og «*toleransevindu*». Deres artikler fant jeg henholdsvis ved å søke på navnet «*Heine Steinkopf*» i Oria, og ved å søke på begrepet «*toleransevindu*» på websiden til Tidsskrift for Norsk psykologforening, www.psykologitidskriftet.no. Nordanger og Braarud kom også opp i Oria som første søkeresultat - når jeg søkte på begrepene «*nordanger*» og «*regulering*» med OG mellom.

2.0 Teori

2.1 Psykose

Psykopatologi forstås i det psykodynamiske perspektivet som avvik eller variasjoner i forhold til en normal psykologisk utvikling. Basert på en slik tilnærming, mener Cullberg (2005) at psykose ikke enkelt lar seg definere, og at psykose derfor først og fremst må oppfattes og behandles som et fenomenologisk-psykologisk begrep. Cullberg inkluderer på et grunnleggende plan vrangforestillinger og avvikende virkelighetsoppfatning i psykosebegrepet. Han peker også på at psykose ofte har innslag av tre ulike fenomener - selv om disse hver for seg ikke nødvendigvis kan kalles psykotiske - nemlig

hallusinasjoner, atferdsavvik og konfusjon. Cullberg (2005) belyser at psykose også kan skyldes reaksjoner på stor psykisk belastning. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2018) løfter fram at psykose også innebærer en fordreid og fragmentert selvforståelse - og belyser forskningsresultater som tyder på at det skjer en svekkelse av den fundamentale *subjektiviteten* i forkant av psykose. De peker på hvordan dette normalt gjør at vi opplever oss selv som et tydelig, avgrenset selv, at tankene våre oppleves som våre egne og at verden rundt oss oppleves som virkelig. I en psykotisk tilstand, bryter vår evne til å oppfatte og fortolke vår indre og ytre verden på en normal måte sammen. Kapasiteten vår til mentalisering og empati reduseres. Paul Møller (2015) peker på *relasjon, mening og mestring* som tre essensielle aspekter for å forstå utvikling av psykose - at psykotiske tilstander gir endret opplevelse av mening og grunnleggende mestringssvikt; noe som igjen fører til svikt i relasjoner.

I denne, relativt korte fordypningsoppgaven har jeg av plasshensyn valgt å avgrense meg til å belyse *akutt psykose*. Jeg har valgt å benytte Cullberg (2009) sin gjennomgang av fem ulike faser han mener kjennetegner akutt psykose. Dette siden Cullberg er mye brukt og sitert som kilde innenfor det psykodynamiske perspektivet, og jeg synes hans beskrivelser gir god mening:

Prodromalfasen går forut for selve psykosen, og kan vare over måneder og år. I noen tilfeller utvikles denne fasen raskt. En kan kjenne på økt angst, indre uro, konsentrasjons- og hukommelsesvansker. Følelsen av sammenheng blir svakere. En får problemer med å tolke det som skjer, kan gå over i en slags drømmeaktig form for tenkning og har gjerne en tendens til å beskytte seg selv gjennom økt tilbaketrekking. Relasjoner kan ofte bli mer krevende. Mange utvikler også persepsjonsforstyrrelser, eksempelvis med skarpere farger og lyder. Prodromalfasen kan utvikle seg til **prepsykose**. Ved prepsykose oppleves omverdenen som mer tydelig forandret, vanskeligere å forstå, mer truende, skremmende eller ond. En blir gjerne mer mistenksom i denne fasen, eller har en udefinerbar forutanelse om at noe katastrofalt vil skje. Mange kan også ha en fordreid indre opplevelse av å bli snakket om, latterliggjort eller krenket. En kan oppleve hallusinasjoner. **Tidlig fase av psykose** kjennetegnes ifølge Cullberg av “kopernikansk vending”, hvor hele verdensbildet blir tydelig endret - og en tydeligere oppfatter seg selv som sentrum i tilværelsen. En ser gjerne helt nye, fordreide sammenhenger, og trekker feilaktige konklusjoner basert på sin psykotiske fungering, vaktsonhet, mistro, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Den

fungeringen en nå har, er en arkaisk primitiv fungering hvor normal tolkning ikke lenger fungerer. I *sen fase av psykose* har behandlingen av psykosen ofte startet, med bruk av medikamenter og terapeutiske samtaler. Personen kan fremstå som tydelig medikamentpåvirket, likegyldig og sløvet, og med redusert evne til kontakt. Tilfriskning skjer gradvis, men en kan også bli nedstemt når en skjønner mer av det som har skjedd og konsekvensene. Relasjonene en hadde tidligere, kan være betydelig endret - og en kjenner kanskje på stigmatisering i nærmiljøet, og ansvaret for ting som har skjedd mens en var syk. I *den postpsykotiske fasen* har den normale oppfattelsen av realitet i selvet igjen blitt styrende, selv om det fortsatt kan være rester av psykotiske forestillinger. Mange er bevisst at man en periode har mistet fotfestet i realiteten. En del kan likevel fornekte, eller forsøke å dekke over det som faktisk har skjedd - fordi det blir for vanskelig å forholde seg til.

Aldersspredningen for psykose er stor, men mange debuterer i relativt ung alder fra 15-30 år. Noen forløp med psykose er kortvarige, og andre mer langvarige med remisjon og tydelig funksjonsfall over tid. Å være pårørende til mennesker med psykose er krevende. Ikke minst er det krevende for barn å være pårørende. Mor eller far makter ikke å gi den samme omsorgen som når de er friske. Det kan medføre at barn opplever omsorgssvikt (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2019). Det bringer meg videre til å belyse begrepet relasjon:

2.2 Relasjon

Relasjon er et universelt begrep, men også helt sentralt i selvspsykologien. Jeg velger her å benytte meg av Schacht-Magnussen (2015) sin definisjon av begrepet relasjon: Det er en definisjon jeg synes gir god mening: *“En relasjon er forholdet mellom to mennesker, som gjensidig påvirker hverandre. Det den ene gjør, påvirker hva den andre gjør, sier, tenker eller føler. Kvaliteten av relasjonen avhenger av denne interaksjonsprosessen.”* Det relasjonelle samspillet har, sett fra et selvspsykologisk perspektiv, stor betydning for hvordan vi utvikler oss og fungerer som mennesker. Hjernen og personligheten utvikler seg med utgangspunkt i relasjoner til andre. Fravær av relasjoner, eller dysfunksjonelle relasjoner, vil i et selvspsykologisk perspektiv være en trussel mot vår mentale helse. En ser det da slik at psykopatologi både etableres og må behandles i et intersubjektivt relasjonelt samspill (Krog, 2009). Relasjoner kan også på den andre siden, dersom de er sunne, bidra til å hele kjerneselve.

2.3 Selvpsykologi

Psykoanalytikerens Heinz Kohut (1913-1981) regnes som grunnleggeren av selvpsykologien. Kohuts teorier er tydelig forankret i psykoanalysen, og han arbeidet lenge ved det psykoanalytiske instituttet Chicago i USA. Fra 1966 publiserte imidlertid Kohut en rekke artikler og bøker hvor det ble tatt et tydelig oppgjør med driftspsykologien og egopsykologien til Sigmund Freud (Karterud, 1997). Kohut gav selvet overordnet status i forhold til driftene. Han utviklet også nye teorier for hvordan vår psykiske struktur fungerer, og hva som forårsaker psykiske forstyrrelser. Heinz Kohut løftet spesielt fram betydningen av *relasjoner og empati gjennom stedfortredende introspeksjon* som det terapeutisk virksomme i forhold til personlig vekst og meningsskapning (Myklebust & Bjørkly, 2011). Fra 1970-tallet ble selvpsykologien oppfattet som en egen, selvstendig psykodynamisk retning. Sentrale forskere og klinikere som Daniel Stern (1985) med flere har i forlengelsen av Kohuts teorier belyst nærmere, hvordan utviklingen av selvet også er en essensiell interaktiv prosess mellom spebarn og omsorgsgiver.

2.3.1 Heinz Kohuts forståelse av selvet

Heinz Kohut ser selvet som et subjektivt selv, eller selvet-for-meg (Karterud, 1995). Han skiller tydelig mellom selvet og jeget, og gir som nevnt over selvet en overordnet status i forhold til jeget. Han mener at selvet utvikles fra vi er barn og gjennom hele livet i samspill med viktige andre - gjennom våre relasjoner (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Kohut ser selvet som noe opplevelsesnært. Dette i motsetning til Freuds teorier, hvor jeget oppfattes mer abstrakt - men defineres av sine funksjoner i forhold til våre drifter. Kohut mente videre at mennesket er grunnleggende sosialt, drevet av en indre kraft og søken etter mellommenneskelige erfaringer som kan vekke opp, vedlikeholde og utvikle vår opplevelse av å ha et sammenhengende selv. Den viktigste menneskelige drivkraften under dette - er ifølge Kohut ønsket om å føle seg hel, vital, verdifull og på et grunnleggende plan forstått av betydningsfulle andre (Hartmann, 2000).

Kohut omtalte først selvet som et bipolar – men senere også som et tripolart dynamisk system (Hartmann, 2000). Kjerneselvet ses som «sentrum i oss selv», det som definerer oss som noe distinkt, spesielt og atskilt fra andre. Det utvikles fra barndommen, i en prosess der vi i nærende samspill med våre viktige omsorgspersoner opplever oss selv, våre egne følelser og våre handlinger som tydelig atskilt fra den andre. Dersom

kjerneselvet skades, mener Kohut at en også vil oppleve manglende selvsammenheng. Slik forklarer også Kohut psykopatologi og utvikling av psykose. Kohut beskrev også nærmere det tripolare selvet - som gjengitt under:

Det grandiose selvet har behov for å bli sett, hørt, bekreftet, anerkjent, forstått, verdsatt og speilet av omverdenen som unik, verdifull og kompetent. I det grandiose selvet ligger vårt ønske om å være verdens midtpunkt, og om bli speilet av våre omgivelser på at vi beundres for hvem vi er og det vi kan vise fram.

Det idealiserende selvet har behov for å finne den eller det betydningsfulle andre - noen eller noe som holder oss oppe, som vi stoler på, er trygge på og som vi idealiserer utenfor oss selv. Noen eller noe som representerer større kunnskap, visdom, erfaring, mestring eller innsikt utenfor oss selv. Eksempler kan være mennesker en idealiserer, gudstro, organisasjoner eller også dyr.

Det tvillingsøkende selvet har behov for å oppleve grunnleggende likhet med andre, høre til og bli bekreftet av viktige andre som ligner på oss selv - gjennom såkalt alter-ego overføring. Eksempler på viktige andre knyttet til det tvillingsøkende selvet kan være bestevenner, meningsfeller, «fantasivenner» eller personer vi oppfatter som våre «tvillingsjeler» (Karterud, 1995).

2.3.2 Selvobjekt, selvobjektrelasjoner og selvobjektsvikt

Kohut var spesielt opptatt av hvordan vi trenger viktige andre for å føle oss samlet og sammenhengende, trygge på oss selv og beskyttet overfor andre. Med *selvobjekt* mente Kohut viktige andre som, gjennom ulike typer handlinger og måter å opptre på, støtter opp om vår selvopplevelse (Hartmann, 2000). Det handler om våre nære omsorgspersoner; men også kanskje dyr, organisasjoner eller ting, og betydningen disse har for vår indre opplevelse av å bli møtt, forstått, bekreftet, anerkjent, akseptert, likne andre og føle oss inkludert.

Basisen for vi skal kunne utvikle et sunt og motstandsdyktig selv, er ifølge selvspsykologien *selvobjektrelasjoner*. For at dette kan skje må våre selvobjektrelasjoner møte våre behov for bekreftelse, tilknytning og fellesskap (Hartmann, 2000). Heinz Kohut beskrev tre ulike typer selvobjektrelasjoner som mennesket har behov for: For det første

speilende selvobjektsrelasjoner, at individet opplever å få anerkjennelse for den en er, blir verdsatt, selvavgrenset og forstått. For det andre *idealiserende* selvobjektsrelasjoner, at individet opplever å kunne bli støttet og holdt oppe av noen eller noe som oppleves å ha større klokskap, indre ro eller mestringskapasitet enn en selv. For det tredje *alter-ego* selvobjektsrelasjoner, der individet opplever grunnleggende likhet med den andre og at relasjonen oppleves som likeverdig og jevnbyrdig (Myklebust og Bjørkly, 2011).

Ingen relasjoner perfekte, så alle opplever vi også såkalt *selvobjektsvikt*. Kjernen i dette omtaler Kohut (1990) som «empathic failure». Empatisvikt forstås i selvpsykologien både som det vi *har* blitt utsatt for av reelle forsømmelser, mishandling eller traumer – men også det som *ikke* har blitt gjort mot oss; eksempelvis fravær av stimuli eller positive erfaringer i møte med våre selvobjekter (Karterud, 1995).

2.3.3 Selvobjektoverføring

I relasjonen og samspillet med våre selvobjekter - og i relasjonen mellom klient og terapeut - skjer det også såkalt *selvobjektoverføring*, noe som i selvpsykologien oppfattes som et universelt fenomen. Dette dreier seg om at vi i møte med våre mange selvobjekter gjennom livet – på godt og vondt – drar med oss ubevisste repetisjoner og overføringer av reaksjonmønstre, følelser og holdninger knyttet til tidligere selvobjektrelasjoner. Kohut mente også at klienter i terapi ville overføre forventninger og forhåpninger til terapeuten om hvordan terapeuten skulle oppføre seg overfor dem og ikke.

2.3.4 Empati

Heinz Kohut vektla empati sterkt (Haugsgjerd et al., 2009). I begrepet empati la han evnen til emosjonelt og kognitivt å *sette seg selv i den andres sted*, og leve seg inn i den andres følelser, forestillinger og opplevelsesverden (Karterud, 1997). Kohut mente at vår indre verden kan observeres gjennom såkalt stedfortredende introspeksjon. Han la i dette å granske seg selv for å forstå den andre bedre. En kan slik fornemme og gripe noe av den andres indre verden. Det en finner, kan så brukes til å møte den andre med empati, bekreftelse og forståelse. Kohut så videre empati som en *erkjennelsesmetode*, og ikke først og fremst som en terapeutisk holdning. I selvpsykologien ses empati som et aktivt og helt sentralt terapeutisk virkemiddel. Kohut mente ifølge Hartmann (2000) at empati er kompatibel med terapeutisk nøytralitet, men også uforenelig med den tradisjonelle, objektivistiske terapeutrollen.

2.3.5 Affektinntoning

Affektinntoning som begrep ble introdusert av David Stern (1985). Dette handler i selvspsykologien om hvordan vi kommer i berøring med hverandres følelsestilstand og indre opplevelsesverden (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Affektinntoning innebærer å stille seg inn på den andres følelsesmessige frekvens, og svare ut den følelsen den andre uttrykker med riktig timing og riktig intensitet (Schibbye, 2009). Når vi inntoner oss riktig til den andres følelsesopplevelse, vil det også være mer sannsynlig at den andre gir oss tilgang til sin indre verden - med bakgrunn i opplevelsen av å bli møtt på sine uttrykte følelser. Dette vil igjen være vesentlig for å fremme en terapeutisk allianse og endring. Karterud (1995) løfter fram at affektinntoning også har betydning for opplevelsen av å ha et tydelig og sammenhengende selv – såkalt selvsammenheng.

2.3.6 Regulering

Regulering handler i selvspsykologien om hvordan vi best bearbeider og forholder oss til vår indre og ytre verden med fysiske og relasjonelle omgivelser, og hvordan vi takler stress og relasjonelle utfordringer - basert på ulike strategier for regulering som vi har tilegnet oss. Dette kan være nært knyttet til tidligere opplevelser, traumer og truende situasjoner (Karterud, 1995). Etter slike opplevelser skal det mindre til før hjernen aktiveres igjen. Evnen til regulering beskrives som en grunnleggende menneskelig kapasitet, som er med oss alltid i alle situasjoner. Nordanger og Braarud (2014) skiller mellom tre ulike typer regulering: **Autoregulering** er den første typen, som primært er vendt innover i oss selv - med fokus på å gjenvinne indre fysiologisk balanse, regulering av emosjonell aktivering og såkalte fight/flight/freeze reaksjoner. Dette skjer automatisk. **Selvregulering** er en mer kompleks form for regulering. Dette innebærer at vi også bruker våre kognitive evner til å respondere på, og løse indre og ytre utfordringer - og har sammenheng med at vi opplever god reguleringsstøtte fra omgivelsene. **Andre-regulering** er den tredje typen. Det handler om at vi regulerer hverandre, og enten bidrar til hverandres indre balanse eller ubalanse.

Begrepet *toleransevindu* har sammenheng med vår regulering, og omhandler den graden av aktivering som er gunstigst for en person – altså ikke for mye og ikke for lite. Det dreier seg om «flytsonen» hvor vi føler oss mest komfortable, lærer best og er mest oppmerksomt til stede i ulike situasjoner og relasjoner med andre (Nordanger og Braarud, 2014). Dersom en aktiveres over toleransegrensen, vil en komme over i en hyperaktivert tilstand - noe som

fysiologisk kan øke hjerteaktivitet, respirasjon og muskelspenning. Aktiveres man derimot for lite, vil en gå over i en såkalt hypoaktivert tilstand, noe som også kan gi redusert hjerteaktivitet, respirasjon og muskeltonus. Toleransevinduet påvirkes også av våre relasjoner, erfaringer, vår følelsesmessige tilstand og vårt temperament.

2.3.7 Inntoningssvikt

Daniel Stern (1985) har, i forlengelsen av Kohuts arbeider, framsatt betydningsfulle og mye gjengitte teorier om såkalt inntoningssvikt - og at dette kan medføre brist i utviklingen av selvet. Dette innebærer fire ulike aspekter av feilinntoning, kort belyst under:

Manglende følelsesmessig inntoning innebærer at barnet ikke får bekreftet sitt eget følelsesliv, eller sin egen indre verden. Dette kan igjen knyttes til en grunnleggende alenefølelse, til det å være forskjellig fra alle andre. Når en ikke får validert egne følelsesmessige reaksjoner, kan en - slik Urnes (1997) gjengir David Stern - bygge opp en privat verden eller fantasiverden med en egen logikk og egne sosiale regler.

Selektiv inntoning forekommer når foreldre «former barnet i sitt eget bilde». Ved å tone seg inn på kun visse typer følelsesopplevelser og ekskludere andre, risikerer en at barnet utvikler et selv som i stor grad knyttes til andres forventninger. Dette kalles av noen et «sosialt selv» og av andre et «falskt selv». Det fører til at barnet blir offer for foreldrenes selvobjektbehov. Områder av barnets opplevelsesverden og følelsesreaksjoner vil i en slik relasjon hemmeligholdes, og kan etter hvert gå tapt. Noe som medfører at personen vil kjenne på tomhet eller identitetsløshet.

Feilinntoning innebærer at det ikke gis adekvat respons i forhold til det følelsesuttrykket barnet faktisk viser. Det kan medføre at barnet mister evnen til å analysere eller å ha egne affekter, noe Stern omtaler som «emosjonelt tyveri». Dette kan eksempelvis føre til tilbaketrekking av frykt for å bli fratatt sine egne følelsesmessige reaksjoner.

Overinntoning handler om at foreldrenes atferd oppleves som invadering. Vi kan også møte den andre ut fra en *forventning* om hva den andre tenker eller føler, og slik overinntone oss til den andre. Den andre kan imidlertid ha helt andre behov enn vi har forutsatt. En mangler da gjerne evne å omstille seg til den andres faktiske behov.

2.3.8 Motstand

Motstand oppfattes i et selvpsykologisk perspektiv som en beskyttelsesmekanisme mot retraumatisering i terapisisituasjonen. Det kan for eksempel komme til syne som tilbakeholdelse av informasjon, som ubevisst utagering eller fortrenkning av følelser. Når indikasjoner på motstand oppstår, oppfattes det som et signal om at noe i situasjonen - eller noe ved terapeuten - har eksempelvis aktivert frykt, skyld, skam eller emosjonell smerte hos klienten. Motstand kan også indikere empatisk svikt hos terapeuten, noe som igjen fører til at klienten blir mer utrygg. Motstand forekommer ikke minst i den innledende fasen av terapien (Hartmann, 2000).

3.0 Empiri

Siri ble innlagt i en akuttpsykiatrisk enhet. Det var hennes første innleggelse. Det framkom av inntakstjournalen at Siri hadde god utdanning og en travel jobb. Siri fortalte at hun hadde en spesielt nær relasjon til sin mor. Det hele hadde startet med mye stress og en konflikt på jobb. Siri jobbet mye overtid, grublet mye rundt situasjonen på jobb og fikk problemer med å sove. Over tid ble Siri mer aktiv og energisk enn normalt, også på nattetid. Foreldrene hadde også opplevd Siri som stadig mer vaksom. Hun presenterte forestillinger om at noen forfulgte henne, overvåket telefonen hennes og hadde hacket e-posten hennes. Hun hadde også oppsøkt enkelte av naboene sine, og ble i disse situasjonene oppfattet som ukritisk, agitert og truende. Foreldrene hørte at Siri snakket mye med seg selv i leiligheten, og at hun innimellom ropte høyt. Det ble sendt bekymringsmeldinger til Siri sin fastlege. Etter en vurdering besluttet legen å innlegge Siri til tvungen observasjon på § 3.2 i Psykisk helsevernloven (2001) med spørsmål om akutt psykose. Siri ankom i følge med ambulanspersonell og to politibetjenter. Hun var tydelig stresset over å ha blitt innlagt, og repeterte at hun var forfulgt og kidnappet.

En av det første dagene Siri ar innlagt, kom jeg inn på rommet hennes.

Siri sa: «Hvordan går det med spillet?»

Jeg: «Spillet?» Jeg skjønnte ikke hva Siri mente.

Siri: «Dette er et spill, ikke sant? Dere tester om jeg kan takle jobben min. Det er et sånt fire-års-stadium spill. Men jeg går ikke på den. Jeg er mye bedre i jobben min enn noen av dere. Og mye bedre enn de som prøver å stjele jobben min.»

Jeg møtte blikket hennes, og sa: «Du er på sykehuset nå, Siri. Vi driver ikke med slike spill. Du er trygg her.»

Siri ble mørk i blikket, og sa med høy stemme: «Trygg her? Du forstår jo ingenting. Du er jo en av dem. Dere er kriminelle alle sammen!»

Så gikk Siri raskt mot meg, rundet stolen min og sprang videre mot døren til fellesmiljøet. Hun sparket hardt i den låste døren flere ganger, og ropte: «Hjelp! HJEELP! Kan noen hjelpe meg? Jeg har blitt kidnappet.»

Jeg kjente meg ganske utrygg, og reiste meg halvveis opp fra stolen på refleks. Dette siden jeg forventet at Siri kanskje kunne komme til å angripe meg. Siri slo flere ganger hardt i veggene. Deretter snudde hun seg rundt, og spyttet etter meg. Så løp hun inn på rommet sitt og slamret igjen døren etter seg.

Noen dager senere kom jeg inn på rommet til Siri med lunsj. Jeg var spent på hvordan stemningsleiet hennes var, siden hun hadde vært såpass agitert tidligere.

Jeg: «Jeg kommer med litt lunsj til deg, Siri.» Siri lå på gulvet. Det gikk noen sekunder.

Hun sa: «Kom dere ut. Kom dere ut, sier jeg. Dere har ikke noe her å gjøre.»

Siri reiste seg opp, og viftet med hendene. Hun holdt hendene foran ørene sine og gjentok: «Kom dere ut sier jeg! Jeg vil ikke høre på dere.» Jeg sa: «Nå ser det ut som du har det litt vanskelig, Siri. Hva er det du kjenner på? Vil du at jeg skal gå ut?»

Siri så seg rundt i rommet: «Ser du dem ikke? De står jo der borte. Naboene mine. De er her for å overvåke meg og sier stygge ting til meg» Så ropte hun: «Kom dere ut! Jeg vil ikke høre på dere.»

Jeg sa: «Jeg ser dem ikke, Siri, men jeg skjønner at du gjør det. Hva er de de sier til deg?»

Siri: «At jeg er stygg og ekkel, at jeg ikke er noe verdt».

Jeg: «Det høres jo både sårende, skremmende og slitsomt ut. Det er fint at du deler det, da kan jeg skjønne mer av hvordan du opplever det».

Siri: «Du tror vel ikke på meg du heller. Jeg er bare en del av et skuespill, men som jeg ikke kan påvirke. Alle sier bare at jeg er syk. Men jeg skjønner hvordan ting henger sammen, jeg skjønner hele spillet. Dere er ute etter meg alle sammen. Nei, nå vil jeg være alene. Gå ut.»

Jeg: «Greit, Siri. Jeg går ut nå.»

Relasjonen mellom Siri og meg endret seg gradvis til det bedre. Vi benyttet oss som vanlig av miljøterapi i behandlingen. Siri gikk også, etter påtrykk fra moren sin, med

på å ta en mindre dose antipsykotisk medisin. Jeg opplevde moren som ganske dominerende i relasjonen. Siri kom gradvis ut av psykosen. En dag jeg kom inn til Siri, virket hun mer urolig. Det var tydelig at det var noe hun strevet med.

Siri: «Hvorfor må jeg være her fortsatt, jeg er så utrolig drittlei. Jeg blir jo ikke noe bedre av dette her. Jeg blir gal av å være innelåst altså.»

Tårene presset på: «Jeg føler meg så urolig, og jeg klarer ikke å slappe av.»

Jeg: «Du kjenner deg urolig...Du kan eventuelt få snakke med legen som er på vakt om dette. Ønsker du det?»

Siri: «Nei, jeg vil ikke ha noe mer medisin.»

Jeg: «Greit. Kan du heller tenke deg å spille litt kort med meg?»

Siri sukket: «Tja..Jeg kan vel ta et slag kort...»

Jeg: «Greit, jeg henter kortstokken».

Vi spilte noen runder kort. Jeg syntes etter hvert at Siri virket mer rolig og fokusert.

Siri så på meg, sukket og sa: «Jeg bekymrer meg for hvordan ting skal gå framover. Jeg lurer på om jeg kommer til å klare dette her. Sjefen min sier jo at jeg er velkommen tilbake på jobb, men jeg vet ikke helt om jeg kan stole på det.»

Jeg: «Det er jo naturlig at du tenker på det. Men du har jo masse gode ressurser også. Hva tror du selv at vil være viktig for å klare dette, Siri?».

Siri: «Det er vel kanskje viktig...at det ikke blir for mye stress. Jeg må sette mer grenser for meg selv. Jobben ønsker meg velkommen tilbake, men de setter jo ingen grenser.»

Jeg: «Det høres fornuftig ut. Kanskje det kunne være greit ha oppfølging hos en psykolog du kan snakke med en stund framover?»

Siri er stille noen sekunder, nå virker hun plutselig mer distansert: «Jeg...skal tenke på det. Jeg tror jeg går og hviler meg litt nå.»

Jeg svarer: «Greit, Siri. Vi kan snakkes senere.»

4.0 Drøfting

I drøftingsdelen av fordypningsoppgaven utforsker jeg videre - da sett i lys av min empiri - problemstillingen og delproblemstillingen jeg har valgt. Av plasshensyn trekker jeg ut kun deler av dialogene med Siri som jeg fokuserer på, og forsøker å få mer forståelse av disse opp mot teorien - gjennom refleksjon.

Innledende refleksjoner over mitt møte med Siri

Siri hadde blitt tvangsinnlagt med psykose. Hun hadde nå problemer å tolke sine egne persepsjoner og forstå andre, og følte at hun heller ikke selv ble forstått. Å mestre relasjoner var utfordrende. Hun kjente sannsynligvis på sterke affekter, men uten at hun nødvendigvis klarte å forholde seg til eller regulere disse godt. Det kunne igjen bidra til å forsterke Siris symptomtrykk, eksempelvis med vrangforestillinger, hallusinasjoner og følelse av isolasjon (Cullberg, 2005). Siris kapasitet til mentalisering og empati var også redusert. Dette reiste et grunnleggende spørsmål: Hvor *mye* redusert var Siri sin normale kapasitet til å oppfatte og tolke virkeligheten riktig, relatere til meg og selvregulere seg?

Å skulle hjelpe når den andre opplever sterke og kanskje uhåndterlige affekter, vrangforestillinger, hallusinasjoner og forvirring er selvsagt krevende. En har en arkaisk primitiv fungering, hvor normal tolkning ikke lenger fungerer (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018).

I og for seg, så kunne en jo på en side tenke at psykose vil kunne gjøre det vanskelig å ta en tydelig selvpsykologisk tilnærming i møte med Siri. Dette siden selvpsykologien sterkt framhever betydningen av *relasjoner* og *empati* med tanke på individuell vekst og meningsskapning (Myklebust & Bjørkly, 2011). Min egen erfaring fra praksis, er at pasienter med psykose likevel kan ha en god del klare øyeblikk underveis - slik at de periodevis fungerer bedre relasjonelt og mer rasjonelt. En kan gå inn og ut av psykose. Det er derfor vanskelig å måle seg til hvor godt eller dårlig mennesker i psykose fungerer. Tilfriskningen går gjerne i pendelbevegelser (Cullberg, 2005).

Hvordan kan selvpsykologi bidra til bedring hos pasienter med psykose i en akuttavdeling?

Sett fra et selvpsykologisk perspektiv, skyldes psykose utilfredsstillende interpersonlige erfaringer og traumer som kan resultere i at selvet fragmenteres og dermed svekkes. En fokuserer i behandlingen mindre på innsikt, og heller mer på at den andre får en genuin opplevelse av å bli forstått. En tenker seg at det der dette som er det virksomme med tanke på heling av selvet og den psykiske strukturen, slik at selvet blir sterkere og mer sammenhengende. Dette påvirker samværsformen i den selvpsykologiske terapien. Den er mer avslappet og likeverdig, og ekspertrollen tones ned (Karterud, 1995).

Hvordan kan inntoning, reguleringsstøtte, empati og relasjon bidra til bedring for pasienter med psykose?

Inntoning

I den første dialogen med Siri, gjorde jeg som leseren skjønner et forsøk på å trygge Siri muntlig, da hun gav uttrykk for at hun følte hun var en del av et spill. Jeg sa blant annet: “Du er på sykehuset nå, Siri” og “Du er trygg her”. Dette hjalp imidlertid svært lite. I stedet opplevde jeg at Siri ble “mørk i blikket”, og heller mer agitert. Hva kunne dette handle om med tanke på min *inntoning*?

Når jeg reflekterer over dette, så tenker jeg at jeg kanskje tok et feil utgangspunkt i møte med Siri. Dette gjennom å først og fremst å svare og tilpasse meg med *ord* til Siri sitt utspill. Men uten å være nok bevisst på hva *mer* Siri faktisk kommuniserte til meg. Dette handlet ikke minst om hvordan *følelsene* til Siri kom til uttrykk i situasjonen, og hvordan jeg basert på det kunne ha *inntonet* meg bedre til Siris følelsesuttrykk. Når jeg ikke tok hensyn til Siri sine uttrykte følelser - eller hennes behov for å bli bekreftet, anerkjent og vedsatt i møte med meg - ble kanskje dette en *inntoningssvikt* fra meg i møte med henne (Schibbye, 2009). Det kunne eksempelvis forsterke Siris grunnleggende følelse av å være alene, ulik andre og utenfor. Det kunne også være at Siri gjennom slik inntoningssvikt fra meg kanskje kjente på en fare for *retraumatisering* - og at hun derfor ville prøvde å beskytte seg selv mot det gjennom motstand i relasjonen vår (Karterud, 1995)

Jeg inntonet meg kanskje også lite adekvat til Siri i denne situasjonen ved å slå fast at Siri var trygg - når hun selv overhode *ikke* følte seg trygg. Jeg kom slik i skade for å *bestemme hva Siri skulle føle*, hvordan verden skulle se ut fra hennes perspektiv. Slik utviste jeg ifølge Schibbye (2009) også kanskje en begrenset evne til selvrefleksivitet i situasjonen. Jeg vil også tro at personalet i en akutenhet i psykiatrien ofte står i fare for å utsette pasientene for mye inntoningssvikt. Dette i eksempelvis i form av invaderende atferd som overinvolvering, med rigid grensesetting eller for mye fokus på rutiner og prosedyrer (Hummelvoll, Yri Sunde og Severinsson, 2000)

Det jeg *kunne* ha gjort, sett fra et selvpsykologisk perspektiv - for å bidra til bedring - var for det første å la Siri sitt følelsesuttrykk bli speilet tilbake til henne. Noe av dette kunne ha skjedd spontant som affektinntoning, uten mye kognitiv involvering fra min side - og uten

å legge til noe - dersom jeg *lot* det skje (Stern, 1985). Affektinntoning handler i selvpsykologien om å komme i berøring med hverandres følelsetilstand og indre opplevelsesverden (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Det å kunne stille seg inn på hva Siri uttrykte av følelser, ville slik sett være en forutsetning for vår *intersubjektivitet* (Schibbye, 2009). Siri ville, om jeg mestret dette, sannsynligvis kunne gi meg bedre tilgang til sin indre verden, fordi hun opplevde å bli *møtt* på sine emosjonelt uttrykte behov. Utover at dette kunne bidra til å styrke Siris opplevelse av å ha *et tydelig, sammenhengende selv* (Karterud, 1995). Det kunne også hjelpe meg til å forstå Siri bedre, og avklare hvilke deler av *kjerneselvet* hennes som var mest *fremtredende* eller *skadet* - og hvordan Siri i lys av dette trengte støtte fra meg som et *vikarierende selvobjekt*. Jeg kunne også inntonet meg bedre mot Siri sitt grandiose selv, eksempelvis gjennom å bekrefte henne på at hun var flink i jobben sin.

Jeg kunne også respondert med et annet følelsesuttrykk eller innhold som mer tydelig *speilet* Siri. Eksempelvis ved å litt mindre intenst enn Siri svare noe sånt som at: «Oi, hvis du opplever at jeg er en del av det spillet, så kan det jo være at du tenker jeg er en slem person og at du derfor føler deg engstelig? Er det riktig forstått?» Det ville kunne gjøre det enklere for Siri å oppfatte sine egne følelser mer tydelig, og ikke minst avgrenset fra meg. Noe som kanskje kunne bidra til en opplevelse av større selvsammenheng.

Feilinntoning kan slå tilbake, for eksempel som frykt for å ikke få adekvat respons i forhold til det følelsesuttrykket en viser. Inntoningssvikt kan i verste fall også føre til at den terapeutiske alliansen hemmes, stopper opp eller i verste fall brytes (Karterud, 1997). God inntoning vil dermed være vesentlig for å kunne bidra til bedring ved psykose.

Konsekvensen av min inntoningssvikt - og eventuelt andre faktorer knyttet til min verbale og non-verbale kommunikasjon - ble slik jeg selv oppfatter det at Siri fikk problemer med å *regulere* seg selv i møte med indre, sterke følelser hun kjente på. Hun beveget seg nå ut av sitt *toleransevidu*, og over i det Nordanger og Braarud (2014) beskriver som en *hyperaktivert* tilstand. Hvordan kunne jeg eventuelt ha unngått dette?

Reguleringsstøtte

En vesentlig del av det å gjenetablere Siri sin indre balanse og velbehag, handlet da om at jeg som hennes vikarierende selvobjekt bidro med *reguleringsstøtte*. Jeg måtte forsøke å formidle ro og trygghet i møte med det urolige, og slik også selv framstå som selvregulert og trygg (Steinkopf et al., 2021). Da kunne jeg kanskje også møte behov knyttet til Siris idealiserende selv. Dette forsøkte jeg å først gjøre ved å forsikre Siri om at hun var trygg. Men det virket mot sin hensikt.

En kan kanskje oppfatte det slik at Siri deretter *autoregulerte* seg gjennom mer primitiv fungering for å gjenvinne indre balanse i situasjonen jeg beskriver over. *Selvregulering* ville på den andre siden vært en mer kompleks form for regulering, som innebar at Siri i større grad brukte sin kognisjon og problemløsning til å respondere på og løse utfordringene i situasjonen (Nordanger og Braarud, 2014).

Som helsepersonell, kan vi være med å legge til rette for at de vi skal hjelpe i størst mulig grad er innenfor sitt toleransevindu gjennom andre-regulering. En hjelper den andre å mestre det som oppleves overveldende eller u håndterlig i øyeblikket. Dette kan eksempelvis dreie seg om sterkt aktiverte følelser som frustrasjon, angst, sinne eller tristhet. Traumer og manglende reguleringsstøtte i oppveksten, vil kunne medføre nedsatt evne til regulering - altså et smalere toleransevindu. Slik Nordanger og Braarud (2014) beskriver det, skal det da mindre til før man går over eller under toleransegrensen. Siris problemer med å regulere seg selv, kunne eksempelvis skyldes at hun hadde hatt manglende reguleringsstøtte i oppveksten.

For å kunne bidra med reguleringsstøtte til Siri, måtte jeg selv være i stand til å regulere meg - og forbli stabil i den krevende situasjonen (Steinkopf et al., 2021). Om jeg ikke klarte å selvregulere meg i møte med stress, så kunne jeg eksempelvis komme i skade for å bruke for mye makt og slik påføre Siri traumatiske opplevelser. Det å kunne selvregulere seg godt på jobb, fordrer ifølge funnene til Steinkopf et al. (2021) også et tillitsfullt, stabilt og generøst arbeidsmiljø.

Jeg klarte nok ikke å tilpasse meg godt nok overfor Siri i denne situasjonen heller. Jeg reiste meg halvveis opp, fordi jeg forventet at Siri kunne komme til å angripe meg fysisk.

Muligens gjorde mine brå bevegelser Siri enda reddere og mer aktivert. De bidro i alle fall ikke til å hjelpe henne tilbake i toleransevinduet. Det kunne jo også være, at jeg ubevisst gjorde noe annet i denne situasjonen som bidro til at den eskalerte. En ting kunne være hvordan jeg kommuniserte verbalt eller non-verbalt, eksempelvis gjennom min stemmebruk. Steinkopf et al. (2021) peker på forskning som viser at dette har betydning ved andre-regulering.

Denne situasjonen endte med at Siri sprang tilbake på rommet sitt. Isolasjon kan fungere som forsvar og beskyttelse mot overstimulering. Kanskje det var dette som skjedde da Siri gjorde det? Det kunne også være hennes siste måte å beskytte seg selv mot et psykologisk sammenbrudd der og da (Møller, 2015).

Å hjelpe Siri tilbake inn i toleransevinduet, kunne bidra til at hun fikk trygge erfaringer, bedre arbeidsmodeller og mer hensiktsmessige strategier for å regulere seg selv. Det som kunne være for vanskelig å håndtere, kunne forhåpentligvis bli mulig å takle innenfor toleransevinduet. Etter hvert som Siri ble mer selvstendig, ville hun også sannsynligvis bedre kunne regulere sine følelser og sin atferd selv. (Schibbye, 2009).

Empati

Med en selvpsykologisk tilnærming, ville også det å møte Siri med empati være sentralt for å bidra til bedring. Men hva innebar egentlig dette på et dypere plan?

Det handlet selvsagt om å vise oppriktig respekt, interesse og nysgjerrighet overfor Siri - og hennes opplevelse av situasjonen (Schibbye, 2009). Men det handlet også om noe mer: Hvordan *føltes* det for Siri å høre stemmene hun hørte i den neste dialogen? Stemmer som sa hun var stygg, ekkel og ikke noe verdt? Hvordan *opplevde* Siri det egentlig at noen hele døgnet overvåket henne, og invaderte hennes privatliv med hacking av e-post og annet? Jeg kunne nok *forestille* meg mer overflatisk, at dette kunne oppleves både skremmende, opprørende, ekkelt og krenkende. Men det ville ikke være nok til å *forstå* hvordan Siri *følte* og *opplevde* det i sin indre verden. Jeg måtte da - sett fra et selvpsykologisk perspektiv - lete etter Siri sine følelser i *mitt eget indre* (Karterud, 1995). Bare slik ville jeg, ifølge selvpsykologien, kunne gripe hvordan Siri sitt kjerneselv fungerte og var fragmentert - og utforske hennes behov for positive selvobjektoplevelser opp mot det tripolare selvet (Karterud, 1995).

Det var jo ikke enkelt. Garfield og Steinman (2018) refererer heldigvis til nyere forskning på såkalte “speilende nevroner”, som kan tyde på at kroppen vår uansett har en evne til å “fyre opp” liknende nevroner for følelser i vår egen hjerne som det vi observerer i andre.

Jeg kjente på en følelse av frustrasjon og stress i den andre dialogen med Siri. Hva kunne dette komme av? Når jeg reflekterer over dette nå, lurer jeg på om jeg kanskje fornemmet litt av Siri sin frustrasjon i min egen kropp.

Jeg forsøkte å formidle til Siri at jeg så hun hadde det vanskelig. Jeg hadde imidlertid ikke fått nok grep om følelsene til hverken meg eller Siri i min egen indre opplevelsesverden. Jeg spurte i stedet et spørsmål om hva Siri selv kjente på. I mange situasjoner opplever jeg at jeg får svar fra pasientene når jeg gjør dette og lytter til dem. De kan eksempelvis si «jeg er redd» eller «jeg er sint» når jeg spør dem nærmere om hva de kjenner på. Ikke sjelden er dette også nok til å dempe ned situasjonen en smule. Det tror jeg kan skyldes de opplever seg møtt på sine følelser.

I Siri sitt tilfelle, så var heller ikke hun nok i kontakt med følelsene sine selv til å gi meg et tydelig svar. Hun spurte i stedet om jeg ikke også hørte naboene hennes. Kanskje kunne det tolkes som et at hun ønsket en slags bekreftelse på at hennes verden var virkelig. Jeg *avkreftet* i stedet at jeg hørte stemmene. Jeg tror kanskje det var en feil jeg gjorde i denne situasjonen. Siri konkluderte i alle fall med at jeg sikkert ikke trodde på henne, og ba meg gå ut. Jeg kunne kanskje ha unngått dette, om jeg viste mer *forståelse*, og *anerkjente* og *bekreftet* Siri sin opplevelse (Schibbye, 2009). Det belyser jeg nærmere under.

Terapeutisk *forståelse* knytter Schibbye (2009) til indre forståelse. Da måtte jeg inn i Siri sin opplevelsesverden, og kjenne på følelser slik de kjentes for Siri, ved å få kontakt med tilsvarende følelser i meg selv. *Anerkjennelse* handler om å ta den andres perspektiv, å sette seg inn i den andres opplevelse subjektivt Schibbye (2009). *Bekreftelse* handler på den andre siden om å stadfeste, eller bevitne riktigheten av noe for den andre. Det innebærer *ikke* nødvendigvis å godta noe, legitimere noe eller si seg enig med den andre. Det er i stedet en intersubjektiv bekreftelse av en umiddelbar opplevelse. Jeg kunne bekreftet at selve opplevelsen var viktig og gyldig for Siri, og for eksempel sagt til henne:

«Jeg forstår at du hører dem snakke stygt til deg nå.» Det kunne kanskje bidratt til å hjelpe Siri med å forstå at hennes opplevelse var viktig, verdsatt og anerkjent.

En anerkjennende *holdning* er viktig for at relasjonen skal kunne endre seg i en konstruktiv retning. Anerkjennelse i terapi er ikke en teknikk, Schibbye (2009) mener i stedet “*det er en riktig følelse du har*”. Hun oppsummerer anerkjennelse slik: “*Anerkjennelse, slik jeg bruker begrepet, innebærer at den andres indre opplevelsesverden blir fokusert og verdsatt som en selvfølge nettopp fordi det dreier seg om et medmenneske.*”.

Schibbye (2009) anbefaler å være forsiktig med for direkte spørsmål i slike situasjoner som den jeg beskriver over, men heller legge til rette for felles undring og samspill på et dypere plan. Jeg kunne eksempelvis sagt til Siri: “Det virker kanskje som du kjenner deg frustrert og krenket over det de sier, og det er jo helt forståelig. Hva kjenner du egentlig når de sier slike stygge ting til deg?» Da kunne det kanskje være at Siri fikk mer tak i sine egne følelser og sin egen, ekte opplevelse - og satte mer ord på hvordan hun opplevde situasjonen og følelsene sine (Schibbye, 2009).

Relasjon

I den tredje dialogen med Siri som jeg beskriver i min empiri, ser vi at det hadde skjedd mye i mellomtiden. Det ene var selvsagt at Siri, etter påtrykk fra sin mor, gikk med på å ta imot medikamentell behandling. Det andre var at vi som skulle hjelpe Siri, forsøkte å finne gode *arenaer* for å bygge en terapeutisk allianse og gjensidig relasjon med henne. Dette først og fremst gjennom miljøterapi (Schjødt, 2007).

I den tidlige fasen av psykosen handlet det meste om å være til stede for Siri og forsøke å møte henne med forståelse. Hun fikk korte luftturer ut i et skjermet uteområde vi hadde tilgjengelig. Vi forsøkte også å møte behovene vi oppfattet at Siri hadde knyttet til sitt tripolare kjerneselv. Dette gikk på å møte behovet for å bli anerkjent, verdsatt, selvavgrenset og forstått opp mot det grandiose selvet, å bidra med andre-regulering opp mot det idealiserende selvet, men også å møte behovet hennes for likhet med andre opp mot alter-ego selvet. Da gjerne med noen av kvinnene i personalgruppen. De kunne for eksempel snakke om felles interesser som klær, sminke eller reiser. Senere i forløpet, når Siri viste noe tilfriskning, spilte vi eksempelvis kort. Vi satte også varsomt grenser for Siri. Eksempelvis med et tydelig skille mellom dag og natt, slik at Siri kunne få søvnstøtte.

Miljøterapi kan bidra til større opplevelse av mening, og skape rom for å styrke selvet. (Schjødt, 2007). Den norske psykologen Bjørn Killingmo har vært en pådriver for betydningen av såkalte *bekreftende intervensjoner* i miljøterapi. Bekreftende intervensjoner eller samvær sammenfattes av Schjødt (2007) som måter å agere på overfor den andre som avspeiler og tydeliggjør den andres eksistens, understreker og påskjønner den innbyrdes relasjonen, vektlegger den andres betydning og verdi og aksepterer og anerkjenner den andres opplevelse som gyldig. Dette kan skje både gjennom felles oppgaver, praktisk og sosialt samvær.

Myklebust og Bjørkly (2011) peker også på viktigheten av å finne *felles mål* i den terapeutiske relasjonen, og at dette er tydelig beskrevet i litteratur om brukermedvirkning. De understreker også betydningen av *fleksibilitet* i hjelperelasjonen, det å ha en åpen holdning til hva som faktisk hjelper. Et felles mål kunne eksempelvis være å *lindre lidelse*. Hummelvoll, Yri Sunde og Severinsson (2000) peker på tre ulike typer lidelse i møte med psykiske utfordringer: Sykdomslidelse, eksistensiell lidelse og såkalt behandlingslidelse - noe som først og fremst knyttes til *relasjonen* mellom pasienten og de som skal hjelpe.

Siri framstod nå som mer i kontakt med sine egne følelser. Det tydet på at hun nå hadde større selvsammenheng. Helt nye sammenhenger, tanker og bekymringer kom fram. Hun bar fremdeles på sterke affekter og mye emosjonell smerte, men dette fikk nå et annet uttrykk. Siri satte for eksempel ord på at hun følte seg urolig, og at hun strevde med å regulere seg. Jeg bekreftet tilbake til Siri følelsen hun delte. Slik viste jeg henne forståelse denne gangen. Her burde jeg imidlertid kanskje tenkt på mer reguleringsstøtte. Svaret mitt på hennes følelsesuttrykk, var i stedet et tilbud om å få snakke med legen vår. Det tolket Siri på sin side som at jeg ønsket å tilby henne mer medisin, noe hun avviste. Kanskje legen representerte «overformynderiet» eller overinntoning for Siri?

En av de største hindringene for få til en terapeutisk allianse med Siri fra starten, var at hun var innlagt mot sin vilje, anså seg selv som frisk og selv opplevde at hun ikke trengte hjelp. Dett når hun kanskje likevel trengte vikarierende selvobjekter aller mest. Hartmann (2013) løfter fram at en terapeutisk allianse mellom klient og terapeut er en av de viktigste og mest solide faktorene som påvirker utfallet av terapi. Terapeutisk allianse er komplekst, og

rommer sett fra et selvsykologisk perspektiv også reaksjoner, overføringer og motoverføringer som kan inntreffe raskt.

Hummelvoll, Yri Sunde og Severinsson (2000) peker i slike tilfeller på viktigheten av en *verdibasert sykepleiepraksis*, hvor en forsøker å få tilgang til personens egen erfaringsbaserte kunnskap, for å kunne forstå hvordan lidelsen påvirker personens liv - og hvilken opplevelse personen har med tanke på å motta behandling og helsehjelp. Alt psykisk helsearbeid innebærer ifølge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2018) behandlingsmotivasjon, relasjonstillit og konflikt. De understreker at *kontakt, kommunikasjon og tillit* må til for at behandlingen skal bli noe mer enn krenkelse, lidelse eller frihetsberøvelse – og løfter fram viktigheten av en terapeutisk holdning som kan tåle, bære og være interessert i den andre sin annerledeshet. Det handler blant annet om å innta en ikke-moraliserende, romslig holdning, som er preget av respekt for den andres livsvalg, livsform og verdier (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018)

Siri bekymret seg for framtiden og for jobben sin. Og var bevisst på at hun også hadde gjort ting hun angret på i psykose. Hun var usikker på om hun faktisk var velkommen tilbake. Kanskje kunne usikkerheten knyttet til tilhørighet i jobbmiljøet tolkes som et uforløst behov knyttet til alter-ego delen av kjerneselveet hennes? Kjente hun egentlig på utenforskap og ensomhet?

Jeg undret meg sammen med Siri på hva hun selv trodde måtte til for å mestre situasjonen sin framover. Hun pekte selv på elementer som det var mulig å utforske videre sammen - å dempe stress og sette mer tydelige grenser. Her kom jeg litt galt ut. Jeg utforsket det ikke videre, men la i stedet til et spørsmål angående oppfølging hos psykolog. Da reagerte Siri med det jeg oppfatter som *motstand*, og trakk seg ut av situasjonen (Karterud, 1995) Hva kunne det handle om? For det første kunne det være at jeg vippet over i en mer objektiv ekspert-rolle med dette spørsmålet, at jeg ubevisst sa hva jeg trodde var best for Siri. For det andre kunne det jo dreie seg om en overføringsreaksjon med tanke på at Siri hadde vokst opp med en dominerende mor. Reaksjonen hennes kunne kanskje handle om at hun kjente på frykt for å bli retraumatisert, eksempelvis gjennom å oppleve seg dominert eller invadert. Hun reagerte da igjen med tilbaketrekning.

5.0 Konklusjon

Arbeidet med fordypningsoppgaven har vært spennende og lærerikt. Jeg har fått dykket godt ned i teori og relevant forskning knyttet til den selvpsykologiske tilnærmingen. Da jeg startet arbeidet, hadde jeg nok en ganske overflatisk forståelse av selvpsykologi som terapeutisk tilnærming. Jeg har enda mye å lære og forstå. Ettersom jeg har jobbet meg framover, har jeg innsett at dette er mer komplekst enn jeg trodde. Prosessene skjer på et dypt intersubjektivt plan, og de krever selvrefleksjon og innsikt.

Min første konklusjon er at jeg tror selvpsykologi *kan* bidra til bedring hos pasienter med psykose. Både god inntoning, reguleringstøtte, empati og tydelig fokus på relasjon kan bidra til dette, noe jeg har belyst i drøftingen hvordan kan skje. Å bruke selvpsykologi i det terapeutiske arbeidet krever imidlertid en god del. Terapeuten skal fungere som et vikarierende selvobjekt for den andre. Det betyr at terapeuten selv må ha et tilstrekkelig robust og sunt kjerneselv, og være tydelig i kontakt med sine egne følelser (Karterud, 1995). Det krever at terapeuten er villig til å jobbe med seg selv på dypet, og virkelig går inn for saken.

Min andre konklusjon er at de situasjonene jeg beskriver og reflekterer rundt i møte med Siri, viser at jeg enda har mye å lære i min profesjonspraksis som sykepleier. Jeg har blitt mer bevisst på hvordan jeg selv kan bidra til å eskalere situasjoner (Hummelvoll, Yri Sunde og Severinsson, 2000). Dette er det viktig at jeg blir enda mer bevisst på å unngå. Jeg kan også jobbe mer med selvrefleksivitet, og hvordan jeg kan forbedre min egen relasjonskompetanse.

For å kritisere fordypningsoppgaven min litt, så kan det være en innvending mot selvpsykologisk tilnærming at hjelperen kan tippe over i en dominerende ekspertrolle, selv om en egentlig ikke ønsker det. Ikke minst kan dette gjelde ved psykose, hvor den andre har utfordringer med mestre relasjoner og mentalisering (Myklebust og Bjørkly, 2011). Jeg har heller ikke drøftet betydningen av medikamentell behandling, siden det ikke besvarte min problemstilling. Det er nok kanskje en svakhet. I Siri sitt tilfelle skal vi uansett være klare over at hun fikk medisiner undervis i forløpet. Jeg vet ikke hvor stor betydning det hadde for hennes tilfriskning, sett mot min problemstilling.

Det bringer meg videre til noen avsluttende tanker om mulig videre forskning. Med tanke på dette, så ville det for egen del være naturlig å fortsette i samme spor - å forske videre på betydningen av relasjoner og empati i terapeutisk arbeid. Men da enda nærmere knyttet til min egen rolle i intersubjektivitet. For å kunne gjøre dette, vil jeg tro det kunne være nyttig med aksjonsforskning – hvor jeg trer enda tydeligere inn som en *deltaker*. Det kan til sist også behov være for mer forskning rundt selvpsykologi som går på *pasientens* opplevelse av denne typen terapiprosesser. Det synes det å være for lite av.

Litteraturliste

Cullberg, Johan. 2005. *Psykosser. Et integrert perspektiv*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Garfield, David og Ira Steinman. 2018. *SELF PSYCHOLOGY AND PSYCHOSIS*. New York: Routledge.

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

Hartmann, Ellen. 2013. *God psykoterapi*. Oslo: Pax. (Del av artikkelsamling VIPH, Høgskolen i Molde)

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll Jan Kåre, Anne-Sofie Yri Sunde og Elisabeth Severinsson. 2000. *Om å møte menneske med manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra Akuttpsykiatrien*. Rapport nr. 3. Hamar: Høgskolen i Hedemark.

Karterud, Sigmund. 1995. *Fra narsissisme til selvpsykologi. En innføring i Heinz Kohuts forfatterskap*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

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.

Kohut, Heinz. 1990. *Selvets psykologi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kolb, David. A. 2015. *Experiential learning. Experiences as the source of learning and development*. 2nd Ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.

Krog, Niels Elkjær. 2009. Relationsarbeide i praksis. I *Fokus på relationer - Psykiatri i praksis*, redigert av Susanne Broeng, 105-139. København: Hans Reitzels Forlag

Myklebust, Kjellaug Klock og Stål Bjørkly. 2011. «Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner: en kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere.» *Vård i Norden*, 31(3):35-39.

Møller, Paul. 2015. Psykosens grunnstoff og selvets anatomi. I *Mening og mestring ved psykoselidelser*, redigert av Frank Oterholt og Gunnar Brox Haugen, 178-190. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordanger, Dag Øystein og Hanne Cecilie Braarud. 2014. *Regulering som nøkkelbegrep*

og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. Psykologtidsskriftet nr. 07/2014 <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>

Schacht-Magnussen, Christina. 2015. Relationsarbejde i praksis, om relationen som terapi. I *Mening og mestring ved psykoselidelser*, redigert av Frank Oterholt og Gunnar Brox Haugen, 51-67. Oslo: Universitetsforlaget.

Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 2009. *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schjødt, Torben. 2007. Miljøterapiens relationelle aspekt. I *Kompendium H-2021 VEM 727 Anvendelse av psykoterapeutiske perspektiv – Del 1*. Molde: Høgskolen i Molde

Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd og Erik Stänicke. 2018. *Psykiatriboken Sinn – kropp - samfunn*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Steinkopf, Heine, Dag Nordanger, Anne Halvorsen, Brynjulf Stige og Anne Marita Milde. 2021. Prerequisites for Maintaining Emotion Self-regulation in Social Work with Traumatized Adolescents: A Qualitative Study among Social Workers in A Norwegian Residential Care Unit, Residential Treatment for Children & Youth. I *Residential Treatment for Children & Youth*, VOL 38, NO 4, 346-361. Oxford: Routledge <https://doi.org/10.1080/0886571X.2020.1814937>

Stern, Daniel N. 1985. *The interpersonal world of infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books

Urnes, Øyvind. 1997. Utviklingspsykologi og selvpsykologi. I *Selvpsykologi* 1. utgave. redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, 64-88. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lover:

Psykisk helsevernloven. 2001, sist endret 2022. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html