



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Et møte med en dypt deprimert og lite meddelsom pasient

Reidun Tveiten

Totalt antall sider inkludert forsiden: 29

Molde, 14.04.2014



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 Ephorus, 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"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 14.04.2014

1. Sammendrag

Min praksiserfaring har i stor grad vært knyttet til den tradisjonelle sykdomsforståelsen, det medisinske-biologiske orienterte perspektivet. I denne oppgaven skriver jeg om hvordan jeg med hjelp av selvsykologi kan etablere relasjon med en dypt deprimert og lite meddelsom pasient som er frivillig innlagt i en voksenpsykiatrisk avdeling. Jeg har formulert én problemstilling, og to delproblemstillinger:

Hvordan kan jeg som sykepleier i en voksenpsykiatrisk avdeling, ved hjelp av selvsykologi etablere en relasjon med dypt deprimerte og lite meddelsomme pasienter?

-Hvordan forstår jeg den som har «mistet språket?»

-Hvordan kan en selvsykologisk forankring muliggjøre relasjonsbygging og fremdrift i terapien?

I teorien prøver jeg å presentere selvsykologien, og å belyse taushet som en del av kommunikasjonen. Jeg trekker også fram relasjonsteorien, om selvrefleksivitet, undring og mentalisering som viktig kunnskap og forståelse å ha med seg.

Jeg rekonstruerer en pasientsituasjon jeg har vært i, og gjør et tilbakeblikk på mitt møte med denne pasienten. I diskusjonen prøver jeg å holde problemstillingene opp mot teori og empiri. Jeg bruker egen praksiserfaring og refleksjoner, hvordan det var i praksis i dette møtet, og hvordan kunne dette møtet ha vært med selvsykologisk tenkning og praksis.

2. Introduksjon og problemstilling

Jeg jobber som sykepleier i en voksenpsykiatrisk avdeling, der alle innleggelse er frivillige. Det tradisjonelle medisinske-biologiske perspektivet er den rådende praksis. Planer med fokus på «*Problem-mål-tiltak*» er sykepleierens arbeidsredskap. Min tenkning rundt sykdom og diagnoser og psykiske problemer har i stor grad vært knyttet til den tradisjonelle sykdomsforståelsen av psykiske problemer. Den positivistiske tilnærmingen og tenkningen rundt årsak-virkning er sentral: Psykiatriske sykdommer har en klar årsak, fjerner vi årsaken, forsvinner sykdommen (maskinfeilmodellen) (Haugsgjerd et al. 2009).

Teori og forelesninger på videreutdanningen har gitt meg ny kunnskap og innsikt. Forelesninger med «*Brukererfaringer*» har vært døråpnere inn til pasientens livsverden på

en måte som ikke teorien greier. Historiene har gjort teorien levende, slik at jeg med nye øyne har sett mennesket bak symptomene og diagnosene. Det utgjør en stor forskjell, og er en påminnelse om at det handler om å være et menneske i hjelperollen. Én pasient beskriver at det å være deprimert er som å puste uten håp. Det var så fryktelig vondt, fordi han ikke hadde håp, og da hadde han ingenting. Han våkna hver morgen skuffa over at han levde. Han spiste så seint, fordi han ikke visste hva han skulle gjøre etterpå, han følte han hadde bly i skoene. Som sykepleier blir en ettertenksom når en hører pasienter sier at «*det er for mange som går foran deg og forteller at du er pasient, de gode pleierne er de som hører etter.*» Er ikke dette en selvfølgelighet i det norske helsevesen og helseutdanninger der det snakkes mye om pasientautonomi, brukermedvirkning og empati?

Arnchild Lauvengs foredrag 26.11.13 gjorde også inntrykk. I 10 år var ho innlagt som schizofren på psykiatriske avdelinger, nå jobber ho som psykolog. Ho skriver i sin bok «*I morgen var jeg alltid en løve*» (2005), at det finnes fasit i mattestykker, men ikke i virkeligheten. Det er lurt å glemme diagnosebøker og sykdomsbeskrivelser, og i stedet konsentrere seg om enkeltpersoner og enkeltsituasjoner. Ho sa i sitt foredrag at vi må «*tenke kontinuum og ikke bås*» (2013). Diagnoser er positive på den måten at de tar fra pasienten skyld, og gir han rettigheter. «For diagnoser kan bare beskrive. Skal vi forstå, må vi se på menneskene» (Lauveng 2005, 79). Ho satte pris på dem som ønsket å dele følelser med henne.

Utgangspunktet mitt i oppgaven er møtet med en dypt deprimert pasient som er lite meddelsom. Min erfaring fra praksis er at det er en hårfin balanse for disse pasientene, mellom det som i selvpsykologien omtales som det å oppleve seg hel, føle på selvsammenheng og selvregulering, og det å bli fragmentert og helt handlingslammet. Noen ganger er det vanskelig å behandle disse pasientene kun med medikamentell behandling og psykoterapi, de må i tillegg behandles med ECT (Electro Convulsive Treatment). Disse dype depresjonene kjennetegnes ved næringsvegtring, uttalt selvmordsfare, stupor, sterk angst og forvirring.

I oppgaven vil jeg prøve å belyse hvordan jeg fra mitt ståsted som sykepleier kunne ha møtt pasienten under innleggelsen, med et selvpsykologisk perspektiv – altså hvordan gjøres dette i praksis. Noen av møtene med den dypt deprimerte, lite meddelsomme pasienten har vært vanskelig, jeg har følt at jeg har kommet til kort. Stillheten og tausheten føltes ubehagelig, og jeg har kjent på hjelpeløshet. Hvordan kan jeg forstå disse mennesker som er i en svært sårbar livssituasjon, uten å kunne bruke ordene og samtalen som verktøy i samtalen? Hva ligger i tausheten mellom ordene? Hva ligger i tausheten i rommet? Liker ho meg ikke, orker ho ikke, vil ho ikke? Tiden går, andre pasienter og andre sykepleieoppgaver i avdelingen venter, travelheten kan være stor i en voksenpsykiatrisk avdeling. Jeg tror selvpsykologi kan øke min forståelse og innsikt i møtet med den ordfattige, dypt deprimerte pasienten. Min nysgjerrighet, mitt ønske og min interesse, hva jeg vil undersøke, har jeg formulert i følgende problemstilling:

Hvordan kan jeg som sykepleier i en voksenpsykiatrisk avdeling, ved hjelp av selvsykologi etablere en relasjon med dypt deprimerte og lite meddelsomme pasienter?

«Lite meddelsomme» i denne oppgaven dreier seg om stillhet og taushet i form av både korte og lange pauser, ikke total taushet. Min teori omkring det å være lite meddelsom og hva som ligger i det begrepet, blir i oppgavens teoretiske del omhandlet som taushet.

Denne oppgaven handler ikke om de ulike typer taushet: aktiv eller passiv, god eller dårlig. Og den handler ikke om årsakssammenhenger og *hvorfor* denne dypt deprimerte pasienten er lite meddelsom. Den handler om hvordan jeg som sykepleier opplevde møtet med denne pasienten. Hva forstod jeg, hva følte og tenkte jeg, og hva gjorde jeg i praksis?

Jeg bruker «pasient» i oppgaven, og konteksten er en voksenpsykiatrisk avdeling.

Jeg har formulert to delproblemstillinger som jeg vil belyse ved hjelp av egne praksiserfaringer og teori:

-Hvordan forstår jeg den som har «mistet språket?»

-Hvordan kan en selvsykologisk forankring muliggjøre relasjonsbygging og fremdrift i terapien?

2.1 Litteratursøk

I tillegg til å bruke pensumlitteratur, har jeg søkt i ulike databaser: BIBSYS, Nordart, Medline, Svemed, Google Scholar, Helsebiblioteket og idunn.no. Søkeord jeg har brukt har bl.a. vært Heinz Kohut-silence-therapy, nurse-patient-relasjonship, mental health nursin-depressen, taushet-relasjon-kommunikasjon, depresjon-relasjon, ordløs kommunikasjon. Jeg fant ikke litteratur som direkte omhandlet taushet og selvsykologi.

3. Teori

3.1 Valg av psykoterapeutisk perspektiv

Videreutdanningen har fokus på fire psykodynamiske perspektiv: Systemisk og personsentret perspektiv, kognitiv terapi og selvsykologi. I praksis ikke et enten-eller, men som oftest et både-og, en tar med seg elementer fra de forskjellige perspektiv inn i pasientmøtene.

Kognitiv terapi er et av perspektivene. Professor Ingvard Wilhelmsen (2012) sier at kognitiv terapi alltid kan intervenseres med ett unntak, det er kontraindisert ved dype melankolier og alvorlige depressive tilstander. Dette er viktig kunnskap å ta med seg.

Da grubler pasientene allerede så mye og er neddyngnet i synd og skam. Hvis terapeuten i en slik situasjon antyder for pasienten at han kanskje er for pessimistisk og tenker feil, kan en uutholdelig situasjon gjøres enda verre og føre pasienten enda lengre inn i mørket (Wilhelmsen 2012, 53).

Jeg har valgt selvsykologi som perspektiv i denne oppgaven. Selvsykologien er forankret i fenomenologien, og handler om å møte pasientene der de er og når de er der. Det å ha et fenomenologisk vitenskapsteoretisk utgangspunkt forutsetter evne til å stille seg «naken» i møte med den andre, det ukjente (Thomassen 2007). Fenomenologien representerer det opplevelsesnære, det som i sannhet er ekte (Karterud og Monsen 1997). Synet på helse blir forskjellig om en forankrer det i en helse- eller i en sykdomsmodell.

En selvsykologisk tilnærming vil gi mindre direkte målfokus, og er anvendbar overfor et relativt vidt spekter av psykiske forstyrrelser. Det er en helhetlig tilnærming, og ikke en terapeutisk teknikk. Den er opplevelsesorientert og ikke-dirigerende og ikke så opptatt av symptomer. Et sentralt mål i terapien og i samtalen er affektinntoning: om å bli følelsesmessig samstemt med den andre, og vitalitetsaffekt: å komme nærmere sine egne følelser, og kjenne at jeg lever. Samtalen er dagligdags og her og nå, et gjensidig samarbeid der terapeuten ikke er ekspert men likeverdige partner. Det handler om å se verden med den andres øyne. Men for å kunne se verden med den andre øyne, må vi forstå måten den andre kommuniserer på, uansett årsak, også den som ikke greier å meddele seg gjennom det verbale språket. Og for å forstå og hjelpe den andre må vi ha oversikt over og kjenne oss selv.

3.2 Språk og depresjon

Et av symptomene ved depresjon er at verbalspråket noen ganger blir borte. Dersom jeg forstår årsaksforklaringen slik at taushet er et depressivt symptom og en forventet konsekvens av diagnosen, kan denne forklaringen alene bli et hinder for å etablere en samtale og en terapeutisk relasjon. Hvis jeg derimot forstår stillheten og tausheten også som et språk, blir utgangspunktet et helt annet.

Herset og Horverak (2011) har forsket på ulike måter å forstå tausheten på. Taushet er en del av kommunikasjonen og er integrert i kommunikasjonsteorier, det er ikke en motsetning til den verbale samhandlingen. Det trengs to for at det skal bli en samtale, og to for at det skal bli taushet. Taushet er et like naturlig fenomen som tale eller samtale i møter med mennesker. Den signaliserer ikke nødvendigvis tilfredshet eller velvilje, motstand eller passivitet. Den oppfattes og tolkes av alle parter i samtalen, men ikke nødvendigvis på samme måte. Det vi har av kunnskap, erfaringer og forestillinger vil være med å danne en individuell forståelse. Språket og samtalen står sentralt mellom den som søker hjelp og

den profesjonelle, en utveksling av informasjon mellom to mennesker, der den som søker hjelp er i fokus. Det som blir sagt blir sett på som en viktig forutsetning, selve fundamentet for kommunikasjon, for å kunne oppleve, forstå og samhandle med andre mennesker. Tausheten kan ikke betraktes løsrevet fra den helheten og sammenhengen som den finnes i. Inntonning, forståelse og kontekst er viktig i all kommunikasjon.

Tradisjonelt sett har fravær av tale og språklig kommunikasjon vært sett på som noe negativt. Herset og Horverak (2011) trekker fram gode betraktninger og et positivt perspektiv rundt taushet i relasjon mellom mennesker, en teori som naturliggjør og verdsetter taushet ut fra konteksten den opptrer i: «På samme måte som en kan bruke mange ord på å si ingenting, kan en si mye uten å ytre en eneste lyd.» (Herset og Horverak 2011, 35). Ved hjelp av ord kan vi opprette forbindelse med hverandre, men ordene våre kan også stå i veien for virkelig og ekte nærhet. På samme måte som at taushet kan oppleves som en mur, kan også en ordflom stanse alle forsøk på kontakt.

Følelser er alltid involvert når vi møter taushet, både i profesjonelle sammenhenger og i privatlivet. Derfor er det også viktig å være oppmerksom på sin egen bruk av taushet og sine egne følelser i forhold til å kunne tåle å være i andres taushet. Hvis vi føler at vi må si noe i en situasjon der tausheten råder, kan vi spørre oss selv om vi virkelig har noe på hjertet som kan være til nytte for den andre. «Kanskje vi føler trang til å snakke for å skjule vår egen usikkerhet ansikt til ansikt med stillheten» (Herset og Horverak 2011, 53). Å gi rom for taushet kan være med å holde fokus på å være der pasienten er. Dette kan være et møtepunkt som kan føre til god bevegelse i samhandlingen. Før vi bryter tausheten, er det alltid klokt å se hva den kan føre til i samspeilet. For mange er nettopp det å vente med å bryte tausheten den største utfordringen. Herset og Horverak (2011) henviser til en undersøkelse fra Canada (Shulman 1999). Brukerne i undersøkelsen verdsetter at den profesjonelle bruker taushet positivt som den viktigste ferdigheten de profesjonelle kan anvende. De satte denne egenskapen høyere enn både det å sette ord på det de føler, og det å vise forståelse.

Herset og Horverak (2011) argumenterer altså for at taushet må møtes og forstås på samme måte som verbal kommunikasjon. Å arbeide med taushet er like viktig som å arbeide i verbal dialog, vårt ansvar for den andre er den samme. «Ved å ha en åpen og undrende holdning til brukerens taushet, på samme måte som brukerens verbale utsagn, vil tausheten kunne brukes positivt i det profesjonelle arbeidet» (Herset og Horverak 2011, 137). Kommunikasjonen, uansett form, har da en verdi i seg selv, og de profesjonelles ansvar for den andre er den samme uansett årsak.

3.3 Relasjonsteori - om selvrefleksivitet, undring og mentalisering

«En hovedhypotese er at for å se, forstå og dypest sett hjelpe den andre må vi ha oversikt over oss selv, dvs. være reflekterte. For å kjenne den andre må vi kjenne oss selv» (Schibbye 1998, 163-164). Dersom vi ikke skiller ut egne følelser som våre, ser vi dem i andre. Å avgrense sitt eget selv er å gi den andre plass til sitt selv. Schibbye (1998) skriver

at det har vært lite fokus på refleksivitet, en kan få inntrykk at den blir tatt for gitt. Men selvrefleksivitet dreier seg om en egenskap som kan utvikles eller hemmes. Er vi ureflekterte i forhold til våre egne opplevelser, styres vi av krefter vi ikke ser. I en slik situasjon kan vi begå relasjonelle overgrep, fordi vi ikke er klar over at vi gjør den andre til objekt. Hvis jeg er sint eller irritert på en klient, kan jeg ikke se at klienten opplever å bli truet av meg. I stedet er det lett å si at klienten er engstelig, jeg mister tak i det helt vesentlige, nemlig at klienten er engstelig sammen med meg.

Menneskene har en fundamental trang til å være eksperter på egne opplevelser. Det oppleves destruktivt når en person gjør seg til talsmann for hvem den andre er, føler, tenker og mener, og bestemmer hvordan verden ser ut fra deres perspektiv. Jeg skiller ikke min virkelighet fra den andres hvis jeg vet hva den andre opplever, ser, hører, mener og tenker. Dette oppleves katastrofalt for den andre, de mister da sin opplevelse og seg selv. Det er individet selv som kan vite hva ho eller han opplever (Schibbye 1998).

Vi som skal hjelpe andre - andre som føle seg psykisk svake - som allerede i forveien føler at deres stemme er forstummet - hvordan er det mulig at vi nettopp øver denne type psykisk vold mot dem (Schibbye 1998, 167).

Et spørsmål ligger ofte innbakt i en undring. Undring handler om å lure på, det dreier seg ikke om å finne en sannhet eller konkludere med noe, ingenting slås fast som sant eller endelig. Fokus rettes mot klienten, hjelperen prøver å delta i klientens subjektive verden. For å gjøre det må han ha et godt tak i sin egen opplevelsesverden. Schibbye (1998) hevder at undring i dialoger bidrar til selvrefleksivitet hos klienten.

Skårderud og Sommerfeldt (2007) skriver at mentalisering er i nær slekt med bl.a. empati og selvrefleksjon. Det handler om å forstå og lese seg selv og andre, som er en nøkkelkompetanse i regulering av følelser. «God mentalisering kan beskrives som evnene til å føle klarere. Og følelser hjelper oss til å få tingene på plass.» (Skårderud og Sommerfeldt 2007, 1067). Sinne, frykt, og angst gjør både pasienter og behandlere mentalt blindere. Dersom samtalen går glatt tar vi automatisk inn kroppsspråk og ansiktsuttrykk, vi tilpasser oss den andre.

Våre mentaliserende evner er viktige for etikken. Det handler ikke bare om evnene, men også om viljen til å forstå den andre, om å være nysgjerrig og tilstrebe interesse for den andres sinn. «Jo bedre en forstår den andres atferd, desto vanskeligere er det å behandle et menneske som en ting.» (Skårderud og Sommerfeldt 2007, 1068). God mentaliserende evner betyr at man bedre kan forstå de misforståelsene man blir en del av. Svekket mentalisering gjør at det er fort gjort å misforstå eller å bli misforstått. Å bli misforstått kan utløse sterke følelser, som fører til bl.a. symptomøkning.

3.4 Selvpsykologi

Selvpsykologi er en psykodynamisk retning som framhever betydningen av likeverdige relasjoner for individuell vekst. Det er ikke en terapeutisk teknikk, og tilnærmingen gir mindre målfokus. Å møte pasienten på en affektinntonende og empatisk måte sees på som det terapeutiske virksomme.

Selvpsykologien har vokst fram som en retning innen psykoanalysen, og ble tatt i bruk på midten av 1970-tallet. Grunnleggeren er den amerikanske psykoanalytikerens Heinz Kohut (1913-1981). Kohut brøt med Freuds driftsteorier og de klassiske psykoanalytiske begrepene, og utviklet en ny teori om hvordan psykisk struktur utvikles og opprettholdes, og hvordan psykiske forstyrrelser oppstår. Han mente at individet ikke først og fremst er drevet av ønsker om å tilfredsstille sine behov, men av en indre kraft som kan vedlikeholde og utvikle individets opplevelse av å ha et sammenhengende selv. «Den viktigste drivkraft er ønsket om å føle seg hel, vital, verdifull og grunnleggende forstått av signifikante andre» (Hartmann 2000, 25).

Kohut er opptatt av selvet, følelse av eierskap, opprinnelse og sammenheng i egne emosjoner, tanker og handlinger. Selvrespekt og selvfølelse er overordnet. Den selvpsykologiske tilnærmingen legger stor vekt på empati og inntoning. Det å kunne se verden med den andres øyne er sentralt. Mindre viktig er tolkning av indre konflikter i pasientens følelsesliv. Psykisk lidelse skyldes omgivelsens svikt i empatisk kontakt og affektinntoning. Selvpsykologisk psykoterapi er anvendbar overfor et vidt spekter av psykiske forstyrrelser.

Selvpsykologien har mange fellestrekk med tilknytningsteoriene, det å danne emosjonelle bånd mellom et barn og en voksen. Behovet for tilknytning og mellommenneskelig kontakt blir vurdert som en grunnleggende kraft i barnet fra fødselen. Barnet må møtes empatisk og bekreftes av de nære omsorgspersoner for at en gradvis utvikling av mestring og regulering skal finne sted (Hartmann 2000).

Forskjellen mellom klassisk psykoanalyse og selvpsykologi har etter hvert blitt store, det er ulikheter i menneskesyn, utviklingsteori og årsakene til psykopatologi, og hvordan mennesker med psykiske problemer bør behandles.

3.4.1 Selvet og kjerneselvet, «the nuclear self»

Selvet er opplevelsen av hvem jeg er. Selvet er konkret i den betydning at det både er personen sett utenfra, og personenes egen opplevelse av seg selv innenfra. «En opplevelse av å være hel og sammenhengende i tid og rom» (Urnes 1997, 70). Kohut mente at alle har et medfødt selv, og det utvikles i samspill med andre viktige personer. Han beskriver selvet med tre poler, det tripolare selvet. Disse tre polene er forankret i et sentrum som han kaller kjerneselvet som dannes i tidlig barndom (ca. 1 år), og som er ankerfestet for menneskets personlighet: «... mitt selv, som noe distinkt, særegent, atskilt fra andre, som

har en enestående historie og et enestående perspektiv på verden» (Karterud og Monsen 1997, 22).

3.4.2 Det tripolare selvet

Det grandiose selvet har i sin arkaiske form et ønske om å bli sett og være verdens midtpunkt. Det er sultent på oppmerksomhet og avhengig av bekreftede svar fra omgivelsene. Gradvis blir dette senteret for ambisjoner og får sin unike utforming hos hver enkelt (Karterud og Monsen 1997).

Det idealsøkende selvet inkluderer følelsen av å bli holdt oppe av noe større enn seg selv, trygghet og tillit, det å kunne stole på og lene seg til en annen. «I moden form fremtrer det idealistiske selvet som etikkens personlige forankring» (Karterud og Monsen 1997, 23).

Det tvillingsøkende selvet (alter-ego) innebærer et ønske om å føle seg lik og likeverdig med en annen (Karterud og Monsen 1997).

3.4.3 Selvobjektsrelasjoner og overføring

Mennesket har behov for å føle seg hel, verdifull og grunnleggende forstått i nære relasjoner. Kohut bruker begrepene *selvobjekter*, *selvobjektrelasjoner* og *selvobjektsmiljø*. Selvobjekter er andre personer som gjennom sine handlinger og væremåter støtter opp om opplevelsen av vitalitet, sammenheng og trygghet. Mennesket er relasjonelt helt fra fødselen av, og har grunnleggende behov for relasjoner gjennom hele livet. Ingen blir så modne og selvstendige at de ikke trenger selvobjektserfaringer. Selvet utvikler seg i samspillet med andre, og er avhengig av et adekvat selvobjektsmiljø for å få en normal utvikling. En blir styrket av gode relasjoner, og svekket av dårlige. Kohut brukte oksygenets betydning for kroppen som bilde på hvor nødvendige selvobjekter er. I samhandling med andre får vi en følelse av hvem vi er (Hartmann 2000). Det er ikke bare mennesker som kan aktivere selvobjektsopplevelser, det er også dyr, natur, kunst, kultur og lignende.

Vi kan ikke klare oss uten. Likevel har vi ikke noen fornemmelse av oksygenets tilstedeværelse. Det bare er der, vi tar det for gitt. Behovet for oksygen blir klart for oss når det er for lite av det» (Karterud og Monsen 1997, 19).

Ut fra oppdelingen i det idealiserende, grandiose og det tvillingsøkende selvet identifiserte Kohut tre former for selvobjektsrelasjoner.

Idealiserende selvobjekt: et sterkt ønske om å idealisere en annen, å ha et forbilde. Et idealisert selvobjekt har noe som du ikke har, og som kan gi støtte og hjelp til å overkomme hverdagens mange utfordringer.

Speilende selvobjekt: en trang til å få anerkjennelse og bekreftelse. En speilende selvobjektsperson kan gi en opplevelse av å bli anerkjent, bekreftet, verdsatt og forstått. Det handler om å gjenkjenne, akseptere og verdsette den andres følelser, men i tillegg til å dele denne følelsen legger en noe til før en gir det tilbake.

Tvillingsøkende selvobjekt (alter-ego): en søken etter en opplevelse av grunnleggende likhet og fellesskap, en annen bekrefter en med sin likhet. Vi kan tenke og føle likt om en rekke fenomener. Gjennom den andre forankres viktige deler av meg selv. Kohut hevdet at opplevelse av likhet med andre mennesker er en beroligende erfaring. Samarbeid om oppgaver og aktiviteter kan være en måte å styrke fellesskapsfølelsen på. Bestevenner, kjæledyr er eksempler på alter-ego selvobjekter (Hartmann 2000).

Overføring er et fenomen som utspiller seg i alle mellommenneskelige forhold. Det står for alle de de følelser og holdninger en pasient har overfor terapeuten, og som er ubevisste gjentakelser av følelser og reaksjonsmønstre han har hatt til viktige personer tidligere i livet. Kohut mente at terapeuten bør imøtekomme slike behov, og vise empatisk forståelse ved å være en slik person pasienten kan idealisere og/eller få anerkjennelse og bekreftelse fra (Hartmann 2000).

3.4.4 Psykopatologi og reparasjon av selvet

Selvpsykologien som tidligere beskrevet, mange fellestrekk med tilknytningsteoriene. For at det gradvis skal skje en utvikling av mestring og selvregulering, må et barn møtes empatisk og bekreftes av nære omsorgspersoner. En person opplever selvet som styrket og mere vitalt når en har oppnådd følelsesmessig tilknytning til nære andre. Innenfor tradisjonell psykoanalyse er det hvordan barnet mestrer vanskelige intrapsyriske forhold som er utslagsgivende for utviklingen av psykopatologi. I selvpsykologien forstås psykiske problemer som et resultat av stadig gjentakende empatisk svikt gjennom oppveksten, som fører til skjevutvikling eller stans i utviklingen. Kohut understreker at empatisk omsorgssvikt kan føre til indre tomhetsfølelse. Et individ som ikke er godt nok bekreftet, vil søke etter bekreftelse. En opplevelse av fragmentering setter i gang en selvhelbredelses- og selvbevaringsforsøk. I samspill med andre forsøker selvet å fullføre en indre utvikling (Hartmann 2000).

Vi mennesker har behov for bekræftende selvobjekter, fra vugge til grav. Kilden til all psykopatologi er ulike former og grader for selvobjekt-svikt, empatisvikt fra betydningsfulle omgivelser. Da føler vi oss fragmenterte, negative følelser tar overhånd. Behandlingen er derfor, gjennom empatisk lytting og fortolkning, å reparere denne selvobjekt-svikten slik at pasienten kan eie hele sin følelsesfylde og dermed føle seg hel, uten skam og skyld (Haugsgjerd et al. 2010, 203).

Ellen Hartmann (2000) hevder at ivaretagelse av klientens selvfølelse og selvrespekt må være overordnet terapeutiske prinsipper og målsetninger. I selvpsykologisk behandling

legges det mindre vekt på innsikt, det viktigste er at pasienten får en ekte opplevelse av å bli forstått.

Den viktigste terapeutiske erfaring er at klienten får en genuin opplevelse av å bli forstått av terapeuten. Slik forståelse fører til reparasjon av selvet og til oppbygging av ny psykisk struktur. Det gir klienten en opplevelse av at selvet blir sterkere og mer sammenhengende, og derved får han en ny sjanse til å realisere sine utviklingsmuligheter (Hartmann 2000, 28).

3.4.5 Selvsammenheng, selvregulering og vitalitetsaffekt

Selvsammenheng er opplevelsen av å være hel og kunne se seg selv sammenhengende over tid og i situasjoner i sin egen livshistorie. Stress og store belastninger i livet kan true selvsammenheng. Selvpsykologien har som en overordnet forståelse at utviklingen av et sammenhengende selv skjer i et godt nok empatisk selvobjektmiljø. Professor / spesialist i klinisk psykologi Stål Bjørkly sier i sin forelesning 26.11.12 at å miste selvsammenheng kan føre til uhensiktsmessig atferd, for eksempel tvangshandlinger og selvskading. Selvregulering handler om å eie egne følelser og opplevelser, og å kunne styre egen atferd, tenkning og følelse, det handler om å opprettholde et stabilt selv bilde. Når følelsene tar overhånd, eier vi dem ikke lengre. Det å føle seg handlingslammet i ulike situasjoner, eller være oppløst i tårer, kjennetegner en person med selvreguleringssvikt. Vitalitetsaffekten, de gode følelsene en har over å være i live, har betydning for å føle seg hel, og oppleve et sammenhengende selv. Hvis utviklingen hemmes, kan det føre til en følelse av tomhet. Selvet kan restaureres og finne tilbake til sin sammenheng (Hartmann 2000).

3.5 Affektinntoning

Den amerikanske psykiater Daniel Stern (1934-2012) var ikke selvpsykolog, men han hentet inspirasjon fra Kohuts tenkning. Han var opptatt av forholdet mellom barnet og betydningsfulle andre, og arbeidet med å knytte forbindelse mellom affektteori og selvpsykologi. Affektinntoning preget hans forskning midt på 1980-tallet. Utvikling av vitalitetsaffekter er avhengig av at en opplever affektinntoning i nære relasjoner. Mennesket har grunnleggende behov for fellesskap og relasjoner til andre gjennom hele livet, har behov for å føle seg hel, verdifull og grunnleggende forstått gjennom å bli sett og bekreftet. Inntonning handler om å bli følelsesmessig samstemt med den andre, at man blir møtt der man er emosjonelt, og komme i kontakt med sine egne vitale følelser, som kan gi en følelse av håp, og der tomhetsfølelsen kan bli mindre dominerende. Hjelperen må være konstant søkende etter hvilke følelser pasienten har i situasjonene. Svikt i affektinntoning kan føre til manglende kontakt med vitale følelser og bidra til følelser som tomhet eller andre affektforstyrrelser i voksen alder (Urnes 1997).

Negative typer inntoning:

Manglende inntoning: en får ikke bekreftet sitt eget følelsesliv, eller sin indre verden. Fravær av inntoning blir en trussel mot et vitalt selv.

Selektiv inntoning: en blir møtt når en viser en spesiell og gjerne ønsket atferd. Bare deler av selvet blir møtt, og kan gi opplevelsen av et falskt selv, et selv som er konstruert på andres premisser.

Feilinntoning: handler om å ikke bli forstått i forhold til ulike følelser. Et barn kan da oppleve at det er tryggest å ta andre valg, avhengig av reaksjonene fra omgivelsene, og kan gi en opplevelse av og utvikle et skjult selv.

Overinntoning: invadert av andres beskrivelse av hvem du er og hva du skal være, vil oppleves som en følelsesmessig invadering (Urnes 1997).

3.6 Empati

Empati er den teoretiske rettesnor i selvspsykologien. «Empati blir definert som evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg, så konsekvent som mulig i den andres sko» (Hartmann 2000, 30). Kohut mener at det er kun gjennom empati og introspeksjon at vi får tilgang til den andres verden. Han la stor vekt på stedfortredende introspeksjon, det å spørre seg selv om hvordan jeg ville følt det om det var meg (Haugsgjerd et al. 2010). Gjennom empatisk lytting vil en følelsesmessig prøve å forstå pasienten fra innsiden, slik pasienten opplever og forstår seg selv og andre. Dette gir en bekreftelse som styrker selvfølelsen og en opplevelse av sammenheng, mening og vitalitet. Terapeuten skal kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte, og samtidig stå utenfor intensiteten og styrken i følelsene. Terapeuten må være herre over følelsene slik at han blir en støtte for pasienten. Hartmann hevder at uansett hvor god terapeuten er til å orientere seg mot klientens opplevelse og egen forståelse, blir denne observasjonene utenfra og inn, og blir også begrenset av terapeutens sensitivitet og forventninger. Kohut mente at uavhengig av tolkning har empati en legende virkning.

Terapeutens holdning må være preget av en grunnleggende menneskelig varme og være preget av den type atferd en vil forvente mennesker vil ha overfor en som lider og som har henvendt seg til en med håp om hjelp» (Hartmann 2000, 30).

3.7 Motstand

Motstand er en beskyttelsesstrategi og et sentralt begrep i både psykoanalytisk og i selvspsykologisk teori. Motstand kan arte seg som en mer eller mindre bevisst tilbakeholdelse av informasjon, for å beskytte seg mot at tidligere smertefulle og fortrenge traumer vender tilbake i bevisstheten. Kohut understreker at motstand ikke må forstås som

motstand mot innsikt eller mot å bli frisk, men som en beskyttelse mot retraumatisering i terapisisituasjonen. Terapeutens oppgave blir da og utforske dette utfra klientens perspektiv. Ofte vil motstand indikere empatisk svikt hos terapeuten, slik at pasienten har blitt mere utrygg. Motstand må ikke tolkes som svikt hos den andre. I slike tilfeller er det for progresjon i terapien viktig at svikten identifiseres, og at terapeuten vedstår seg denne, slik at arbeidet kan gå videre med mindre motstand og motvilje hos pasienten (Hartmann 2000). Eksempel på motstand er taushet, vag og abstrakt tale, manglende interesse og raske sprang i samtalen (Høstmark Nielsen og von der Lippe 1993).

3.8 Motoverføring

Motoverføringsbegrepet har minst to betydninger. Den ene er vid og handler om alle de følelser terapeuten kjenner på overfor pasienten. Den andre er snevrere og innebærer at terapeuten ubevisst trekker konfliktladede følelser og holdninger fra sitt eget liv, eller fra sin aktuelle livssituasjon, inn i forholdet til pasienten, og terapeuten kan reagere irrasjonelt. Som pasienten vil også terapeuten være preget av sin forhistorie med andre mennesker på godt og vondt. En motoverføring en ikke er oppmerksom på utgjør en fare i alle terapiforhold, den er irrasjonell og kan forstyrre og blokkere både pasient og terapeut. Men kan også ha en terapeutisk verdi, den skapes i terapeuten av pasienten, og blir en kilde til kunnskap om pasientens måte å være på sammen med andre (Høstmark Nielsen og von der Lippe 1993). Hvis terapeuten er oppmerksom på sin egen motoverføring, kan terapeuten bevisst anvende den til å forstå pasienten. Ved å identifisere disse følelsene, som bl.a. slitenhet og irritasjon, og formulere dem som alminnelige følelser kan de løse opp for kommunikasjonen (Berlin 1999).

4. Empiri

Professor i sosialmedisin Per Fugelli (2012) sier i sine foredrag og skriver i sin bok at det er fem kilder til helse i livet: «*Verdighet, tilhørighet, mening, likevekt og handlingsrom i eget liv*». Denne helsedefinisjonen dukker opp i hodet mitt da jeg møter Anne da ho kommer til sin første innleggelse og til sitt første møte med psykiatrien. Jeg hilser på henne og ønsker henne velkommen. Ho tar meg i handa, men sier ingenting, møter meg med senket blikk. Hennes ansikt har et sterkt lidelsesuttrykk, bevegelsene er trege, det tar tid før ho greier å komme seg inn på rommet, en seng, et skap og et nattbord. Jeg «hørte» hennes stille fortvilelse fylte rommet. Når vi er mest sårbare, blir møtet med andre og det ukjente vanskelig.

Anne er midt i 50-årene og har tidligere i livet hatt en god psykisk helse. Ho er ektefelle, mor og mormor, og har en stor og viktig stilling. Det normale livet hennes må føles langt

borte. Jeg kjenner på hennes intense smerte og fortvilelse, og greier nesten ikke å bli herre over mine egne følelser. Anne svarer med enstavelserord på spørsmål. Ho greier ikke fortelle sin sykdomshistorie. Jeg kjenner på stor usikkerhet og fysisk uro, skal jeg spørre, skal jeg være stille? Hvordan kan vi finne en måte å være sammen på? Hvordan kan jeg bygge opp tillit? Mannen følger henne, han forteller om endringen som har skjedd. Det ble usikkerhet rundt jobbsituasjonen hennes, endringene kom snikende og stille. Hverdagen hennes hadde gått i stå, den ble fylt av hjelpeløshet og håpløshet, alt ble et ork. Ho fikk problemer med å sove, greide ikke å ta avgjørelser, matlysten ble dårlig, kroppen gikk på lavgir. Interessen og gleden, for barn og barnebarn, gleden over turer ut i skog og mark er borte. De skjønnte ikke hva som skjedde og hva det var. Psykisk sykdom kan ramme alle, den tar ikke hensyn. Det handler om tap av «... *verdighet, tilhørighet, mening, likevekt og handlingsrom i eget liv*» (Fugelli 2012).

Jeg lytter og nikker, sier innimellom: «*Jeg forstår hvordan du har det, vi har sett det før, dette skal gå bra*». Jeg informerer om avdelingen, det følte litt tryggere å prate enn å kjenne på stillheten. Jeg ser på klokka, tankene mine er et annet sted, på oppgaver og andre pasienter og kolleger som venter. Etter en stund forlater jeg rommet, snur meg i døra og sier: «*Ta kontakt om det er noe*:» Jeg haster til vaktrommet, og jeg oppdager på veien dit hva jeg har sagt, «...*om det er noe*». Det må jo noe hele tiden når helsa svikter og sykdommen invaderer. Hvordan ville jeg ha følt det om det om noen hadde sagt det til meg? Og hvordan kan en ta kontakt når en sykepleier med sitt kroppsspråk sier at ho har det travelt?

Jeg møter Anne igjen dagen etter. Jeg er hennes kontaktsykepleier denne dagen. «*Hvordan har du det?*» Ho ligger under dyna, urørlig og taus, jeg ser at ho er våken. Vil ho ikke snakke med meg, eller greier ho det ikke? «*Jeg ser at du har det vanskelig*.» Jeg småprater, spør litt og informerer. Jeg får ikke svar, ho snur seg ikke mot meg. Ho formidler etter hvert at ho ikke orker å stelle seg, ho orker ikke å gå på toalettet, ho orker ikke å pusse tennene, ho vil ikke ha mat eller drikke. Håndklærne blir liggende ubrukt, maten bæres ut igjen, glassene står urørte på nattbordet. Jeg kjenner på ubehag og usikkerhet, skal jeg bryte tausheten eller skal jeg holde ut å stå i den? Hva er det ho formidler til meg, hvordan skal jeg tolke tausheten? Ho gråter ikke, ho sukker ikke, ho er bare stille. Tausheten oppleves knugende og ubehagelig, jeg kjenner på uro og handlingslammelse. Jeg setter meg ned, er stille. Men det er ubehagelig og slitsomt å sitte i stillheten som jeg ikke forstår, jeg reiser meg og rydder på rommet, det er en lettelse å kunne fjerne seg fra ubehaget ved å gjøre praktiske ting. Jeg kjenner også på travelheten ute i avdelingen, og i et øyeblikks irritasjon tenker jeg: «*Svar meg nå!*» Jeg velger å tolke stillheten som at ho vil være alene, og viser henne respekt ved å trekke meg tilbake. Eller gikk jeg fordi jeg syntes tausheten ble for vanskelig og travelheten førte meg til andre gjøremål?

Også senere på dagen er jeg også inne hos Anne. Ho møter blikket mitt, jeg ser hennes fortvilelse og smerte og et stille rop om hjelp, men denne gangen gir jeg ingen respons, jeg ser på klokka, vakta er straks slutt, jeg er sliten, tankene mine er allerede på vei hjem. Det kunne ha vært et «gyllent øyeblikk», et øyeblikk som ikke alltid finnes i en avtalt terapitime. Et øyeblikk som jeg kunne ha holdt fast i, som handlet om å være helt og fullt

til stede. Et øyeblikk som kunne ha åpnet opp for nye vekstmuligheter, og som kunne ha utgjort en forskjell for Anne og for meg.

Det har gått to ukes tid og Annes psykiske og fysiske form er i bedring. Jeg spør om ho vil bli med på stua, det er konsert på TV. Ho er glad i musikk, og synger i kor. Ho svarer et forsiktig kanskje. Jeg setter meg på stua, og Anne kommer etter hvert. «*Så fint,*» sier jeg! Anne ser på meg uten å si noe, og setter seg ned. Jeg kommenterer det vi ser og hører, vi utveksler noen ord innimellom. Jeg spør henne om koret ho synger i, ho smiler forsiktig, og svarer med få ord og stille stemme.

Det har gått fire uker. Vi går ut en tur i våren, rusler rundt på sykehusområdet, og setter oss på en benk. Sola skinner, vi nyter sola og vårlufta. Snøen smelter, våren og nytt liv har meldt sin ankomst, snøklokkene blomster under benken vi setter oss på. Vi sitter sammen i en stillhet som gir mening, vi opplever landskapet og vårluften, dette er ikke taushet. Vi hører lyden av glade lekende barn fra barnehagen like ved. Ho lyser opp, jeg spør om barnebarna hennes. Jeg tolker hennes få ord og hennes øyne som om at ho et øyeblikk følte på at ho var «i live».

Jeg møter Anne flere ganger i løpet av hennes flere uker lange opphold. Siste gang er en uke før planlagt utskrivning fra avdelingen. Ho skal overflyttes til et DPS nærmere hjemmet, slik at ho oftere kan treffe sine pårørende og kan ta permisjoner hjem. Jeg skal ha en friperiode, og før jeg går fra vakt er jeg innom rommet hennes. Ho hviler i senga, jeg sier adjø og lykke til. Ho står opp, tar meg i handa, og gir meg en klem. Ingen av oss sier noe, følelsene fyller rommet, det handler om en følelsesmessig kommunikasjon.

Hadde jeg gjennom noen av våre møter «*truffet henne hjemme*» på en positiv måte? Var dette en tilbakemelding på at noen av våre møter hadde gitt mening for henne? Dette handlet om den gode tausheten og stillheten, om respekt og likeverd, et supplement til ordene som gav rom for refleksjon og ettertenksomhet. Den gode tausheten som oppstod mellom oss der og da, handlet om selvsammenheng, selvregulering og vitalitet, og det handlet om Fugellis (2012) helsedefinisjon: «... *verdighet, tilhørighet, mening, likevekt og handlingsrom i eget liv*».

5. Diskusjon

5.1 Hvordan forstår jeg den som har «mistet språket?»

Min forforståelse av den dypt deprimerte pasienten som er lite meddelsom, har vært sykdomslærens årsaksforklaring: Disse pasientene kan «miste språket,» det er en tilstand, et depressivt symptom, og en forventet konsekvens av diagnosen. Medisiner og tiden måtte få «virke» før jeg kan snakke «skikkelig» med og etablere en «skikkelig» relasjon med Anne. Stillheten var et uttrykk for at ho ønsker å få være i fred, og jeg respekterte det ved å

trekke meg tilbake. Innimellom følte jeg også stillheten som ubehagelig og pinlig, og tenkte at hvis jeg fylte rommet med praktiske gjøremål og mange ord, skapte det trygghet i rommet og i situasjonene, og for pasienten. Ved å prate kunne jeg oppmuntre Anne, og bringe verden inn til henne med stimuli og «vekke henne ut av» depresjonen. Jeg tenkte også på at Anne kunne tolke min taushet og stillhet som om jeg var uinteressert eller fraværende og tenkte på helt andre ting. Eller at hennes taushet kunne være et uttrykk for at jeg hadde sagt eller pratet om noe helt uvesentlig og malplassert og helt på jordet sett i forhold til hennes problem.

Herset og Horverak (2011) skriver at det finnes begrenset tilgang på fagstoff som handler om taushet, hovedfokuset på det som finnes er særlig på pasienten/brukeren, med sikte på å finne ut hvorfor ho eller han er taus. Jeg har ikke funnet litteratur som omhandler selvsykologi og taushet.

Taushet ved depresjon er slik jeg også har beskrevet tidligere, et depressivt symptom, og er dermed ikke en villet handling, slik motstand tolkes. Medikamentell behandling ved dyp depresjoner er som oftest nødvendig. Jeg tar altså utgangspunkt i at Annes mangelfulle meddelsomhet er et symptom på depresjon, og ikke viljestyrt. Ho greier ikke med ord å uttrykke sine konkrete erfaringer og følelser, et uttrykke for psykisk smerte, en fastlåst situasjon, i selvsykologien et uttrykk for mangel på vitalitetsaffekt og selvsammenheng. Skårderud og Sommerfeldt (2007) hevder at ordene noen ganger kan mangle klare referanser til pasientenes aktuelle situasjon der og da. De beskriver det som at språket er koblet fra følelser, erfaringer og minner, språket «går på tomgang».

Slik jeg tenkte og handlet i noen av mine møter med Anne, var at jeg måtte vise ho respekt ved å la ho få være i fred, og vente på ho blir mere meddelsom og stabil før jeg snakket med henne. Hadde min tenkning og praksis et vikarierende motiv? Var årsaken til at jeg trekte meg tilbake egentlig at jeg ikke forsto Anne, jeg forstod ikke hennes taushet, hennes språk og hennes mangel på ord? Jeg ble usikker og urolig? Jeg henviste til autonomi og respekt, både overfor meg selv og til mine kolleger, og på den måten gjorde jeg tilbaketrekingen faglig forsvarlig? Schibbye (2008) seier at jeg ikke skiller min virkelighet fra den andres hvis jeg vet hva den andre opplever og tenker, og dette oppleves katastrofalt for den andre. Kunne jeg ha spurt henne direkte, selv om jeg ikke fikk svar, i stedet for å tolke, og på den måten vist Anne at det var bare ho som visste?

Selvsykologiens «livsviktige arbeidsredskap:» Empati, inntoning og selvobjektrelasjon må altså ikke «ligge på vent.» Hvis jeg utøver en praksis og har en forståelse av at jeg må vente med å bygge en relasjon med Anne til medisinen virker, og språket blir med mere ordrikt, vil denne forståelse skape avstand, og bli et hinder i prosessen med å skape en selvsykologisk terapeutisk relasjon. Jeg kan bli en usynlig og uansvarlig sykepleier, og et usynlig alter-ego selvobjekt. På den måten tilfører jeg ingenting i relasjonen, og det fremmes ingen vekst og utvikling hos Anne. Men hvordan kan ho finne tilbake til sin sammenheng, selvregulering og vitalitet uten verbal respons, og hvordan kan vi samhandle uten ord og språk? Hvis jeg som sykepleier ved hjelp av selvsykologi skal kunne etablere en relasjon med henne, må jeg først og fremst forstå henne via hennes lite meddelsomme

språk. Jeg må forstå og møte tausheten på samme måte som verbal kommunikasjon, taushet er en del av kommunikasjon. Å arbeide med taushet er like viktig som å arbeide i verbal kommunikasjon, mitt ansvar for den andre er det samme. (Herset og Horverak 2011).

Slik jeg forstår teorien, blir tausheten terapeutisk hvis jeg er synlig og tydelig som sykepleier, og ikke blir styrt av eget ubehag. For å kunne være der Anne er, når ho er der, må jeg ha kunnskap om og lytte til hennes lite meddelsomme språk. For å kunne gjøre dette må jeg ha et godt tak i min egen opplevelsesverden (Schibbye 1998).

Taushet kan også være mangel på ord. Anne mangler kanskje også ord for å uttrykke sin smerte. Professor i vitenskapsteori Jan Inge Sørbo (2013) sier i sine foredrag og skriver i sin bok at når psykisk smerte kommer, rammes også språket vårt. Det medisinske språket har ikke den dybden som trengs for å sette ord på de følelsene og erfaringene som folk får ved psykiske plager og sykdommer. Han viser til at det er i litteraturen vi finner kilden til innsikt og forståelse. Dette erstatter ikke fagkunnskapen, men kan supplere denne. Det skarpe skillet mellom frisk og syk, gal og normal er gjerne mindre viktig i skjønnlitteraturen. Ofte møter vi innsiktsfulle og kloke stemmer som har erfaringer fra begge sider av skillet. For den som kjemper med slike plager, kan en både gjenkjenne og finne trøst i gode romaner og dikt. Han sier også at ved å gjøre pasienten objektiv, gjør vi pasienten taus og bryter dermed dialogen. I boka «*Ord forløser*» skriver forfatteren Marie Cardinal (1975) om å sette ord på sine problemer for å frigjøre seg fra dem. Gjennom psykoanalyse skildrer ho en ung kvinne som leter frem til ordene som lar henne forstå sine erfaringer. Ved å finne seg selv gjennom språket, blir ho et helt menneske, ho blir fri. Ved ord fikk ho uttrykke hva ho var. Skjønnlitteraturen kan gi oss ny og viktig kunnskap, innsikt og forståelse for en sykdom, på en annen måte enn fagkunnskapen kan.

Tausheten i pasientrommet utgjør slik jeg har erfart det, en forskjell enten det er tidlig eller senere i relasjonen. I møte med nye mennesker skapes ofte trygghet etter hvert som en blir bedre kjent med hverandre. I begynnelsen kjente jeg på uro og stor usikkerhet, etter hvert ble tausheten tryggere. Jeg kunne sette meg ned og bli i rommet, uten å fylle tiden med mange ord. Men tolket jeg denne tausheten som god, en taushet som gav rom for respekt, aksept, likeverd og empatisk tilstedeværelse (Herset og Horverak 2011)? Eller var jeg passiv uten å sjekke ut hvordan Anne hadde det i sin depressive, lite meddelsomme verden? Tolket Anne min taushet som om jeg var uinteressert eller fraværende og tenkte på helt andre ting?

Det at pasienten er lite meddelsom, er en stor utfordring. Kunnskap om og den gode opplevelsen av taushet er en forutsetning for empatisk tilstedeværelse i relasjonen. Da jeg i mitt møte med Anne fylte rommet med mange ord, stod nok disse ordene i veien for virkelig og ekte nærhet, på samme måte som taushet kan oppleves som en mur (Herset og Horverak 2011).

5.2 Hvordan kan en selvpsykologisk forankring muliggjøre relasjonsbygging og fremdrift i terapien?

5.2.1 Motstand og motoverføring

Selvpsykologien vil beskrive Annes situasjon som fragmentert, hennes selvsammenheng er truet. Å miste seg selv er en skremmende opplevelse. Ho har mistet vitalitetsaffekten, den gode følelsen av å være i live. Ho har mistet evne til selvregulering, og ho er nærmest handlingslammet. Kohut sier at selvet kan restaureres og finne tilbake til sin sammenheng i et godt nok empatisk selvobjektstiljø (Hartmann 2000). Hennes selvopplevelse kan bli styrket ved at jeg som en selvobjektsperson er empatisk til stede i hennes liv, gjennom affektinntoning bli kjent med henne som menneske og ikke som diagnose, å være der ho er i hennes livsproblemer, hennes opplevelser og erfaringer.

Men hvordan kan jeg som sykepleier utforske og «bryte» tausheten uten for mye motstand, og uten at Anne blir enda mere utrygg? Kohut sier at motstand må ikke tolkes som svikt hos pasienten, men som empatisk svikt hos terapeuten. Det å oppleve å ikke bli forstått i en selvobjektrelasjon, kan skape motstand. Den gangen Anne «ba om hjelp» i sin taushet, mens jeg var sliten etter en travel dag, jeg så på klokka og skulle straks gå fra vakt, da opplevde ho nok å ikke bli forstått. Ble konsekvensen av svikt og manglende affektinntoning og empati i denne situasjonen, til motstand i vårt neste møte? Stress og stort arbeidspress i en voksenpsykiatrisk avdeling kan også påvirke min mulighet til å ta meg nok tid, slik at møtet med pasienter noen ganger kan oppleves som travelt og et ork.

Vi mennesker er forskjellige, og ikke alle er vant med å snakke og dele følelsene sine med andre, spesielt ikke det som er vanskelig. Noen kan oppleve spørsmål om følelser som invaderende. Anne hadde ingen erfaring med psykisk lidelse fra tidligere. Skapte jeg motstand hos Anne, pga. empatisk svikt, fordi jeg ikke trødde varsomt nok, bruke nok tid og ikke brukte tida vi hadde sammen terapeutisk?

«Svar meg nå,» tenkte jeg! Jeg reagerte irrasjonelt og kjente på et øyeblikks irritasjon og slitenhet overfor Anne. Det tok så lang tid å få respons, jeg kunne ha brukt tiden hos andre pasienter eller til andre gjøremål som ventet på meg ute i avdelingen. Det har dessuten vært mye i privatlivet mitt, jeg er sliten. Motoverføringen som jeg ikke var oppmerksom på der og da, forstyrret og blokkerte for oss begge (Høstmark Nielsen og von der Lippe 1993). Opplevde ho min irritasjon, og ble ho engstelig sammen med meg (Schibbye 1998)? I affekt kan jeg misforstå Anne, det å bli misforstått kan utløse sterke følelser hos henne, og kan føre til bl.a. symptomøkning (Skårderud og Sommerfeldt 2007).

5.2.2 Empati

Sykepleier med doktorgrad i profesjonsetikk Lisbeth Thoresen(2013) presenterer ulike teoretiske synspunkt og forståelser på empati. Ho skriver bl.a.at empati er et

omsorgsfenomen som i for liten grad er analysert, men at empatiforskningen har fått fornyet interesse innenfor ulike fag. Ho beskriver empati og hva empatien kan bidra til, som et komplekst og utfordrende fenomen med ulike forståelser og definisjoner:

... en egenskap eller evne til å forstå eller leve seg inn i andre menneskers reaksjoner og følelser, samt å kunne bli veiledet av denne forståelsen i sin væremåte og gjennom sine handlinger (Thoresen 2013, 362).

Ho skriver videre at empati er et misbrukt og misforstått ideal, empati blir forvekslet med sympati og vennlighet, det er et middel for å oppnå noe. Det er likheten og det vi har til felles som gjør at man er i stand til å forstå den andres perspektiv, samtidig som forståelsen aldri er fullstendig. Det som hindrer forståelse er ulikheten og vår unikhhet. «Empati er ikke et fenomen som lar seg beskrive entydig. Slik er det antagelig med livet også - og med de pasientene vi møter.» Thoresen 2013, 366-367).

Lisbet Thoresen (2013) sier altså at empati kan ikke beskrives entydig, ulikheten mellom Anne og meg hindrer en fullstendig forståelse. Anne hadde ingen erfaring med psykisk lidelse fra tidligere, da symptomene kom snikende visste ho ikke hva som skjedde. Var ho vant med å snakke om følelse, eller å ha et følelsesmessig forhold til andre enn sine aller nærmeste? For mange er det lettere å snakke om fysiske smerter, enn om psykisk smerte og følelser. Føltet forsøkene mine på empati og affektinntoning invaderende og påtrengende?

I mitt første møte med Anne kjente jeg hennes intense smerte og fortvilelse. I selvpsykologisk lys, ble jeg en utydelig sykepleier og en utydelig selvobjektperson. Anne kan miste seg selv og sin egen historie hvis jeg ikke greier å skille mitt fra hennes, sortere min egen og den andres situasjon og følelser. Eldfrid Amlund (2008) skriver i sin artikkel at «*i pasientens sko-modellen*» er å se verden fra dennes perspektiv, å prøve å forstå hva pasienten tenker, føler og opplever. En dypt empatisk terapeut har stor tilgang til egne følelser og kroppslige opplevelser, og kan få kunnskap om pasientens følelsetilstand direkte, og pasienten kan føle seg raskt og presist forstått. Ho advarer mot å ikke smelte sammen med pasienten. «Terapeuten kan da glemme at pasient og terapeut er to forskjellige personer, slik at det kan bli vanskelig å skille klart mellom pasientens fenomenologiske verden og sin egen» (Amlund 2008, 950). Dersom jeg ikke greier å skille ut mine egne følelser som mine, ser jeg dem i andre. Hjelpeprosessene mine må være bevisste, selvrefleksivitet er som et kompass for å orientere meg i eget og andres selv i tid og rom (Schibbye 1998). Jeg må altså kunne oppleve Annes fortvilelse og smerte, men samtidig kunne stå utenfor intensiteten og styrken i følelsene, jeg må være herre over mine egne følelser slik at jeg kan bli en støtte for Anne.

5.2.3 Affektinntoning

Svikt i inntoning og empati kan føre til mangelfull utvikling av vitalitetsaffekter, og gi en opplevelse av tomhet og livløshet. Jeg må være opptatt av å tone meg inn til Anne, slik at

ho kan komme i kontakt med sine egne vitale følelser. Opplevelsesnær empati, vil stå i kontrast til det jeg sa: «Jeg forstår, vi har sett det før...» Det oppleves destruktivt og katastrofalt når en person gjør seg til talsmann for hvem den andre er, føler, tenker og mener, og bestemmer hvordan verden skal se ut fra deres perspektiv. Den andre mister da sin opplevelse, og seg selv (Schibbye 1998). Når jeg i mitt første møte med Anne sier at jeg forstår hvordan ho har det, vil jeg være med å bidra til, i selvpsykologisk lys, at Annes fragmenterte selv og manglende følelse av sammenheng blir enda mere truet. Behandlet jeg Anne som et objekt, og bestemte jeg på en måte hvordan ho hadde det, uten at jeg var bevisst på at det var dette jeg sa?

Opplevdes noen av samtalene med Anne betydningsfulle for henne? Skapte de ny mening? Jeg må være på konstant leiting etter hvilke følelser ho har i situasjonene, slik at ho opplever å bli forstått på en ny måte, og at ho på den måten kan komme i kontakt med egne vitale følelser. Å møte Anne slik at ho føler seg møtt vil være det helt sentrale, jeg må forstå henne og leve meg inn i hennes verden, ellers kan jeg ikke hjelpe henne. Jeg må i inntoning være en klippe uansett ord eller taushet, uansett «alt» i situasjonen og i relasjonen. Jeg må være et stabilt selvobjekt, det gir selvet muligheter til å utvikle seg normalt.

Manglende inntoning: Jeg manglet inntoning i relasjonen med Anne da ho ba om hjelp med sitt kroppsspråk og blikk, men uten ord. Jeg så på klokka og sa takk for i dag, i stedet for å ta øyeblikket. Forstod Anne at vakta mi var slutt? Hindret dette møtet vekst og utvikling og symptomøkning hos Anne? Ble dette møtet til hinder i vårt neste møte? Å bli misforstått kan utløse sterke følelser, som kan føre til symptomøkning (Skårderud og Sommerfeldt 2008). Jeg kunne ha forklart situasjonen, og dermed unngått misforståelser. Men kunne jeg, ved å bli privat og personlig, bli en utydelig selvobjektsperson, at jeg opplevdes invaderende? Annes og mine følelser ble utydelige, og ho «mistet» seg selv og sin historie?

Selektiv inntoning: Oppstår hvis jeg møter Anne kun ved en spesiell og ønsket atferd, for eksempel hvis jeg ikke gir henne respons på hennes følelsesmessige plan når ho er taus, men kun hvis ho snakker. Dette kan det føre til at ho ikke kjenner seg selv igjen. Bare ved å være konstant i inntoning, kan ho finne og kjenne igjen seg selv, sin selvsammenheng.

Feilinntoning: Uberegnelighet og uforutsigbarhet i min respons, fordi jeg har det travelt og er sliten, kan føre til enda større mangel på initiativ hos Anne. Da jeg i situasjonene ikke gav ho respons da ho taust ba om hjelp, fikk ho da en følelse av å ikke vite hva som var rett og galt, og førte det til enda større mangel på initiativ? Førte denne situasjonen til at da vi møttes neste gang, ble det tryggest for henne å velge og ikke gi respons, basert på denne erfaring? Igjen ser jeg at ved å forklare situasjonen, kunne vi ha forstått hverandre på en annen måte, en terapeutisk måte.

Overinntoning: Handler om å være i en tyveriposisjon i forhold til den andres følelse, at andre bestemmer hva du skal føle og mene, og hvilken sinnsstemning en bør og skal være i. «Så fint», sa jeg da Anne noe overraskende kom på TV-stua for å se og høre konsert. Oppfattet Anne dette som en form for overinntoning, følte ho det egentlig at det var «så

fint,» det ho gjorde? Blandet jeg hennes og mine følelser? Diskvalifiserte jeg hennes opplevelse? Målte jeg mitt «utbrudd» ut fra hennes sykdom og diagnose? Gjorde jeg henne til et objekt? Ble ho enda mere fragmentert og låste relasjonen seg?

5.2.4 Meg selv som selvobjekt

Teorien sier, slik jeg tidligere har beskrevet, at kilden til all psykopatologi er ulike former og grader for selvobjekt-svikt, empatisvikt fra betydningsfulle omgivelser. Da føler vi oss fragmenterte, og negative følelser tar overhånd. Behandlingen er derfor, gjennom empatisk lytting og fortolkning, å reparere denne selvobjekt-svikten slik at pasienten føler seg hel og vital (Haugsgjerd et al. 2010).

Den viktigste terapeutiske erfaring er at klienten får en genuin opplevelse av å bli forstått av terapeuten. Slik forståelse fører til «reparasjon» av selvet og til oppbygging av ny psykisk struktur (Hartmann 2000, 28).

Selvpsykologien legger altså mindre vekt på innsikt enn det andre psykoanalytiske terapier og retninger. Gjennom at jeg følelsmessig forstår Anne, bekrefte og anerkjenner hennes opplevelse, skjer det er styrking av selvet (Hartmann 2000).

Selvobjekter er subjektive i den betydning at det er bare personene selv som kan definere hvem og hva som er selvobjekter for seg. Det sentrale er at personene selv opplever at de er viktige for å gi en følelse av sammenheng, trygghet og kompetanse (Hartmann 2000). Jeg må møte Anne slik jeg oppfatter at ho ønsker å bli møtt, i en av de tre selvobjektrelasjonene. Hvilke selvobjektrelasjon har Anne bruk for her og nå? Og hvordan kan jeg gi henne et godt nok selvobjektmiljø og positive selvobjektsopplevelser, slik at ho kan føle seg hel og vital? Det å være Annes kontaktperson, betyr ikke at Anne i utgangspunktet har tillit til meg. I vår avdeling betyr det at kontaktpersonen er tildelt henne, det er ikke en kontakt ho selv har valgt. Relasjonen må bygges opp, det er en krevende og langvarig prosess.

Et idealiserende selvobjekt: Kan jeg være dette ved å gi henne bekreftelse på at ho er verdifull og akseptert, uansett hennes respons? Ved å være et idealisert selvobjekt, kan jeg gi henne styrken ho selv mangler. Med min fagkunnskap kan jeg tilføre henne ny mening, uten at jeg nødvendigvis formidler det med ord, men gjennom min atferd, ro og trygghet i hennes fragmenterte og kaotiske situasjon.

Et speilende selvobjekt: Med min væremåte viser jeg både en likhet og en forskjell. Jeg viser at jeg forstår at ho ikke har det bra, jeg speiler hennes ubehag, ho kan gjenkjenne seg selv i meg (Skårderud og Sommerfeldt 2008). Samtidig markerer jeg en forskjell, jeg viser at jeg har og at jeg tar ansvaret som sykepleier og som hennes hjelper. Men i tillegg til å dele denne følelsen legger jeg noe til før jeg gir den tilbake, for eksempel kan jeg tilføre ny mening for henne min egen ro og trygghet i situasjonene og i rommet, og med undring og åpne spørsmål. Anne blir da anerkjent, verdsatt og forstått, jeg gjenkjenner hennes følelser, og Anne kan gjenkjenne seg selv. Selvet finner igjen seg selv i terapeuten

oppmerksomhet. Jeg kan speile Annes ubehag, og samtidig vise og markere en forskjell ved å bli tydelig som terapeut og ikke bli der. I en speilende selvobjektsrelasjon vil ho oppleve å bli anerkjent, selvavgrenset, verdsatt og forstått. Det handler om å gjenkjenne den andres følelse, men i tillegg til å dele denne følelsen, legger en noe til før en gir det tilbake. Hvis jeg blir i hennes ubehag, blir jeg som terapeut usynlig. Schibbye (2004) skriver i sin artikkel at en mor-barnspeiling har paralleller til terapi-situasjoner. For god utvikling må barnet se både seg selv og kjærlighet i morens ansikt, ho speiler barnets frustrasjon, men knytter trøst og ro til denne speilingen.

Et tvillingsøkende / alter-ego selvobjekt: Grunnleggende likhet og fellesskap, samarbeid om aktiviteter og oppgaver er en måte å styrke fellesskapsfølelsen på. Å høre konsert sammen, kan gi Anne en opplevelse av at jeg er et alter-ego objekt, og kan gi henne en følelse av vitalitet, og fremme vekst og utvikling. Vi opplevde noe sammen der og da. Hartmann (2000) skriver at ho i sin egen praksis bruker egne generelle erfaringer, f.eks. bringer inn i en terapeutisk samtale hva slags situasjoner som lett gjør en sint, redd, lei seg, skamfull. Og på den måten gis den andre en opplevelse av likeverd og fellesskap, at de er «av samme slag».

5.2.5 Hvordan få til en samtale?

I selvpsykologien blir det ikke stilt vanskelige spørsmål, vi skal forstå pasienten. Å føle seg forstått styrker selvfølelsen og selvsammenhengen, bygger opp ny psykisk struktur og reparerer selvet. Selvet hennes vokser med gode opplevelser, å snakke med noen og få en følelse av å bli forstått (Hartmann 2000).

Bjørkly sier også i sin forelesning at samtalen betyr noe i seg selv. Vellykket terapi frigjør tidligere bundet psykisk energi, terapeuten skal tilføre selvet en kapasitet som mangler. Det er vanskelig å stille spørsmål knyttet til selvet, det er lettere å prate om relasjoner, om viktige ting tidligere i livet, og det som er viktig i livet nå. Den grunnleggende tilnærmingen i den selvpsykologiske samtalen er å snakke om relasjoner, om hobbyer og yrke, uten fokus på sykdom. Først snakke om opplevelser i de gode relasjonene, det kan hjelpe den andre til å fange opp den positive kraften, for så å prate om det opplevelsesnære, som er lettere å snakke om en det som er det spesifikke ubehaget. Samtaleutgangspunktet forankres i hvordan det var/er – her og nå, i selvsammenheng og selvregulering. Det er viktig å være i en balansert posisjon, og ikke i en ekspertposisjon. Ha tro på at relasjoner har endringskraft, i lys av relasjoner kan pasienten forstå seg selv bedre. Menneskene er alltid mere enn problemene sine. Hvis pasienten kan fortelle meg om noe ho har peiling på er viktig, det gjør noe med inntoningen i situasjonen. Jeg må følge den andre, lage åpne spørsmål som gjør henne til mere enn problemene, vise at jeg ser hele henne. Føler jeg på avvising, stopper jeg. Det idealiserte livet er viktig, det varer livet ut. La den andre forstå at du forstår, og at ho er viktig for meg. Jeg bør unngå å bruke følelsesløse fraser: *Går det bedre nå? Hvordan føler du deg?* (Bjørklys forelesning 2012).

Spørsmål jeg kunne ha brukt: Åpne spørsmål som handler om relasjoner er kilden til vitalitetsaffekt. Etter å ha sittet ute på benken i stillheten, kunne vi ha snakket om følelser her og nå, snakke om barn og barnebarn, om hagearbeid og våren:

- Hva kjenner du på akkurat nå, Anne?
- Når kjente du sist på den gode følelsen?
- Hvem andre enn barn gir deg denne følelse?
- Hva annet enn naturopplevelser gir deg denne gode følelsen?

Spørsmål jeg kunne ha brukt videre i våre møter når Anne ble mere meddelssom:

- Hvordan kjennes dette ut (den kroppslige virkelighet er viktig)?
- Hvordan kjennes depresjonen i kroppen?
- Hvordan oppleves dette nå?
- Hvordan har du det nå?
- Hvem er / har vært viktige for deg?
- Er det noen du trives med?
- Hvordan er det i livet ditt nå?
- Hva skjedde i gode perioder?
- Hva skjedde i vanskelige perioder?
- Du sier du er engstelig, kan du si noe mere om hvordan dette føles?
- Hvordan kjennes det for deg? Hvordan er det for deg?

Schibbye (1998) skriver, slik jeg også tidligere har nevnt, at undring i dialoger skaper rom og bidrar til selvrefleksivitet hos pasienten. Fokuset mitt rettes mot Anne, og jeg prøver å delta i hennes subjektive verden. Et spørsmål ligger ofte innbakt i en undring, men krever ikke et direkte svar, uten at det nødvendigvis skal være et svar. «God mentalisering kan beskrives som evnene til å føle klarere. Og følelser hjelper oss til å få tingene på plass.» Skårderud og Sommerfeldt 2007,1067).

5.2.6 Et styrket selv; å kjenne seg hel, sammenhengende og vital

Når Anne kommer i kontakt med egne vitale følelser, blir tomhetsfølelsen mindre dominerende, noe som gir henne en følelse av håp, helhet og sammenheng. En reparasjon av selvet skjer i samspill med andre en har oppnådd en følelsesmessig tilknytning til. Tausheten kan brytes uten for mye motstand gjennom empati og inntonning i et vekstfremmende selvsjektivmiljø. Jeg må leve meg inn i Annes verden, være der ho er, når ho er der, være konstant, «hel ved» og en «påle,» uansett!

Behandlingen er derfor, gjennom empatisk lytting og fortolkning, å reparere denne selvsjektiv-svikten slik at pasienten kan eie hele sin følelsesfylde og dermed føle seg hel, uten skam og skyld (Haugsgjerd et al. 2010, 203).

Nils Christie i en anmeldelse av Kjersti Ericssons roman Paradisfugl. En fortelling om de andre:

Nådegiven. Å få kontakt med de viktige andre. Å få øye på tegnene; signaler fra kropp, ord eller adferd. Og så bli gitt mulighet til å forstå disse tegnene, gi dem mening som også den annen gav dem, eller bevisst eller ubevisst ønsket å gi dem. Nådegaven er å se og forstå i alle varige relasjoner. Lengselen etter å skape et fellesskap hvor man forstår signalsystemet. Skulle man dertil like det man får vite, eller i det minste tåle det, da er det noe fint som er oppstått (Røkens og Hanssen 2012, 185).

6. Konklusjon med forslag til videre forskning og fagutvikling

Hvordan kan jeg som sykepleier i en voksenpsykiatrisk avdeling, ved hjelp av selvpsykologi etablere en relasjon med dypt deprimerte og lite meddelsomme pasienter?

Den danske forfatteren og filosofen Søren Kirkegaard (1813-1855) sier: «For å kunne hjelpe et menneske må du kunne mer enn den andre, men først og fremst må du forstå det den andre forstår.» Dette er også kjernen i selvpsykologien. Samtalen er «redskapet,» gjennom empati, inntoning og selvobjektsrelasjon bekrefter jeg Annes opplevelse av seg selv og andre, ho opplever å bli forstått. Målet er et styrket selv; at ho føler seg hel, sammenhengende og vital. Empati er ikke noe jeg er, men det handler om å være der Anne er, når ho er der, og som stadfestes i responsen jeg får av henne, der og da. Det handler om å forstå.

I selvpsykologisk perspektiv er likeverdighet og gjensidighet i relasjonen vektlagt. Dette blir utfordrende relasjoner med lite meddelsomme pasienter, som Anne. Jeg må finne balansen mellom å ikke bli usynlig ved å f.eks. å være taus, og å ikke bli for dirigerende ved f.eks. å prate for mye. For da støtter jeg ikke opp om hennes selvopplevelse, og gir henne dermed ikke følelse av sammenheng, trygghet og kompetanse (Hartmann 2000).

Anne er frivillig innlagt, men er så syk at ho nærmest ble leiet inn i avdelingen, og ho er lite meddelsom. Skaper samhandlingen med henne en begrenset bruk av selvpsykologi på grunn av lite verbalt språk? Hadde Heinz Kohut samtaler med pasienter som ikke hadde språk, eller som var lite meddelsomme? Svakheten med oppgaven min at jeg ikke har funnet litteratur som omhandler hva Kohut og selvpsykologien sier spesielt om den tause eller lite meddelsomme pasienten og relasjonsbygging. Hva mente Kohut, er ikke dette problematisert i selvpsykologien? Kan jeg kun jobbe selvpsykologisk hvis jeg ikke får noen form for verbal respons? Hvordan kan da pasienten medvirke i den likeverdige og gjensidige relasjonen som selvpsykologien er forankret i? En ny spennende problemstilling kunne være:

Hvordan kan jeg ved hjelp av selvsykologi etablere en relasjon med dypt deprimerte mutistiske pasienter?

Å være nyansert, finne balansen og gå «passe fort» fram i terapien er en stor utfordring. Hvis Anne blir «fanget» i sin tilstand, slik at ho ikke lenger greier å kommunisere med et operativt selv, vil fragmenteringen og tomhetsfølelsen opprettholdes, og annen stabiliserende behandling må iverksettes.

Tidligere i oppgaven har jeg henvist til Jon Inge Sørbo (2013) som hevder at det medisinske språket ikke har den dybden som trengs for å sette ord på de følelsene og erfaringene som folk får ved psykiske plager og sykdommer, mens en kan både gjenkjenne og finne trøst i gode romaner og dikt, det en ikke selv får sagt med ord. Det er en trøst at det er flere som har opplevd dette, det er som å gi sorgen luft. Vi kan ha fellesopplevelser uten samtale som gir mening, i naturen, i musikken og kunsten, litteraturen, i film og teateropplevelser. Manglet også Anne ord for å uttrykke sin smerte? En idé til videre forskning kunne også være å se på kunsten: om litteratur, musikk og andre kreative sider ved mennesket, kan være døråpnere for den lite meddelsomme pasienten, i lys av selvsykologisk tenkning.

Selvsykologien har gjennom denne oppgaven økt min forståelse og innsikt. Den har også gjort meg oppmerksom på utfordringer og begrensninger i møtet med den ordfattige, dypt deprimerte pasienten.

Redsel, og hjelpeløshet, avmakt, sorg, fortvilelse og skam, det kan vi alle forstå, og der kan vi møtes. Da er vi forbi diagnosene og symptomene og kategoriene, og begynner å være mennesker. Og mennesker, og menneskelige følelser, det er gjenkjennelig for andre mennesker, og kan deles (Lauveng 2005, 53).

Referanser

- Amlund, Eldfrid. 2008. Forståelse av depriverte pasienter gjennom dyp empati. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 45, nr.8/08, 949-957.
- Belin, Sverker. 1999. *Galskabens magt*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Cardinal, Marie. 1975. *Gjennom ordene*. Oslo/Gjøvik: Norbok a.s.
- Fugelli, Per. 2012. *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hartmann, Ellen. 2000. Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi. I *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*, Arne Holte, Geir Høstmark Nielsen og Michael Helge Rønnestad, red.; s.17-44. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 3.utgave 2009. *Perspektiver på psykiske lidelser- å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Herset, Ingeborg og Sveinung Horverak. 2011. *Rom for taushet i profesjonelle samtaler*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Høstmark Nielsen, Geir og Anna Louise von der Lippe(red). 1993. *Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S.
- Karterud, Sigmund. 1997. Heins Kohuts selvspsykologi. I *Selvspsykologi*, Sigmund Karterud, og Jon T. Monsen, red., s. 13-28. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lauveng, Arnhild. 2005. *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hansen. 2012. *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med menneske*. 3.utg. Bergen: Fagboklaget.
- Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 1998. Å bli kjent med seg selv og andre I *Psykometri i endring: forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*, Anders Johan W. Andersen og Bengt Karlsson, red., s.163-182. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 2004. Hva sier jeg til klienten i psykoterapi – *Noen sammenhenger mellom et filosofisk grunnsyn, relasjonsteori og vårt terapeutiske språk*. Impuls nr.2/2004: 20-26.
- Skårderud, Finn og Berit Sommerfeldt. 2007. *Mentalisering- et nytt teoretisk og terapeutisk begrep*. Tidsskrift Norsk legeforening nr.9, 2008: 1066-1069.
- Sørbo, Jan Inge. 2013. *Til Trøyst. Å gje språk til psykiske kriser*. Oslo: Samlaget.
- Thoresen, Lisbeth. 2013. Empati-ulike forståelser. *Sykepleien Forskning*, nr.04/13:362-367.

Urnes, Ø.1997. Utviklingspsykologi og selvpsykologi. I *Selvpsykologi*, Sigmund Karterud, og Jon T. Monsen, red., s. 64-89. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Wilhelmsen, Ingvard. 2012. Det er ikke mer synd på deg enn andre -*En bok om ansvar og frigjøring*. Stavanger: Hertervig Forlag.