



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Spiseforstyrrelser og skam/Eatingdisorders and shame

Elly Christine Volsdal Slettvoll

Totalt antall sider inkludert forside: 40

Molde, 24.04.2014



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: Kjellaug Klock Myklebust

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 godkjennelse.

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: 24.04.2014



Antall ord: 10811

Forord

Jeg ønsker å takke alle som har vært med å bidra gjennom denne krevende, men spennende prosessen. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til veilederen min Kjellaug Klock Myklebust for konstruktive tilbakemeldinger og god veiledning.

Videre vil jeg takke min kjære far som alltid støtter og inspirerer meg. Til min mor som alltid stiller opp.

Sist men ikke minst vil jeg takke min viktigste støttespiller, ektefellen min Geir Inge som alltid er like raus, snill og tålmodig.

Skodje, April 2014

Elly Christine Volsdal Slettvoll

Innhold

1.0	Introduksjon.....	7
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling.....	9
1.2	Avgrensning.....	9
2.0	Teori.....	10
2.1	Alvorlige spiseforstyrrelser.....	10
2.1.1	Anorexia nervosa.....	11
2.1.2	Bulimia nervosa.....	12
2.1.3	Overspiseren – «Tvangsspiseren».....	12
2.2	Alexithymi.....	12
3.0	Skam.....	14
3.1	Skam og behandling.....	15
4.0	Selvpsykologi.....	17
4.1	Inntoning.....	17
4.2	Empati.....	18
4.3	Selvet og kjerneselvet.....	18
4.3.1	Det tripolare selvet.....	18
4.3.2	Det grandiose selvet.....	19
4.3.3	Det idealsøkende selvet.....	19
4.3.4	Det tvillingsøkende selvet.....	20
4.4	Selvobjektet- «betydningsfulle andre».....	20
4.4.1	Selvobjektsvikt.....	22
4.5	Selvsammenheng og selvregulering.....	22
4.6	Vitalitetsaffekt.....	23
4.7	Overføringer.....	23
4.8	Prosjektiv identifikasjon.....	24
5.0	Empiri.....	25
6.0	Drøfting.....	27
6.1	Hvordan få til en god og virksom inn toning?.....	27
6.2	Hvordan kan selvpsykologiske holdninger redusere skamfølelse?.....	30
6.3	«En kake som ikke henger sammen».....	32
6.4	«Når inntoning blir vanskelig».....	33
6.5	Hvordan styrke håp og drømmer?.....	34
7.0	Konklusjon.....	37
	Litteraturliste.....	39

1.0 Introduksjon

Røer (2006) forklarer at spiseforstyrrelser er et økende problem i befolkningen.

Sykdommen har et kronisk forløp og blir ansett som den mest utbredte psykiatriske lidelsen hos unge jenter i puberteten. Spiseforstyrrelser har høy dødelighet spesielt hos personer med anorexia nervosa. I Norge rammes anslagsvis 100.000 personer av denne sykdommen, rundt 90 % er kvinner (Røer 2006).

Gjennom økt kunnskap, informasjon og forskning på området har helsepersonell oppnådd en større faglig forståelse rundt temaet om spiseforstyrrelser. På verdensbasis er spiseforstyrrelser et prioritert forskningsområdet, da sykdommen også medfører store medisinske komplikasjoner. Dette forklares med årsak i sen diagnostisering. Forskning viser også til at forbyggende arbeidet er viktig for å stoppe utvikling av sykdommen. Som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse ble det i 2000 nedfelt nasjonale retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser. Bakgrunnen var at behandlingstilbudet og kompetansen på området viste seg å være mangelfullt (Statens helsetilsyn.no).

Når jeg skulle finne undersøkelser og forskning rundt spiseforstyrrelser søkte jeg via helsebibliotekets database psycINFO med søkeord: eatingdisorder dette ga 24078 treff. Jeg kombinerte så ordene eating disorder and shame som ga: 259 treff. Videre satte jeg sammen ordene eating disorder and guilt som ga 90 treff, her fant jeg flere relevante undersøkelser. Jeg endte opp med fire undersøkelser som tilfredsstilte temaet. Jeg valgte så å kombinere ordene eating disorder and shame and guilt, dette ga meg 9 treff. Disse var ikke nok spisset inn mot min problemstilling og jeg kunne derfor ikke nyttiggjøre meg disse. Jeg begrenset søket til artikkel utgitt fra og med 2002 fram til nylig. Videre merket av for Systematic Review og Meta Analysis og brukte søkeordet eating disorder, dette ga 5 treff, disse var ikke konkrete nok til å dekke tema og problemstilling. Jeg brukte videre kombinasjonen eating disorder and shame som ga 0 treff. Likeså med samme søkemåte brukte jeg kombinasjonene eating disorder and shame or guilt som også ga 0 treff.

I forholdet til skamregulering viser undersøkelser at behandling som tar sikte på å fremme støtte og medfølelse er av betydning. Selvkritiske karaktertrekk bidrar til å opprettholde spiseforstyrrelsen. En undersøkelse gjennomført av Allison og Carter (2013) viser med 95 % sikkerhet at selvkritiske trekk påvirker spiseforstyrrelses symptomer, gjennom skam, negative holdninger, lav selvfølelse og depresjon. Funnene i undersøkelsen konkluderer

med at terapeutens oppførsel/tilnærming med fokus på å lindre skamfølelse, vil være til hjelp i behandlingen med å overvinne spiseforstyrrelser (Allison og Carter 2013).

Som sykepleier i avdeling for voksenpsykiatri og med flere års praksiserfaring ser jeg at pasientgruppen med alvorlig spiseforstyrrelser er i høy grad representert. Det å ha observert denne sykdommen på nært hold har gjort sterkt inntrykk på meg, og bidratt til en naturlig undring og nysgjerrighet over hva som gjør at denne sykdommen har så stor innflytelse og makt hos den som er rammet. Jeg har gjennom mitt arbeid en opplevelse av at det ikke alltid er like enkelt å avdekke når et menneske lider av en alvorlig spiseforstyrrelse. Jeg ser at flere forhold kan være med på å overskygge spiseforstyrrelsen som for eksempel selvskading, et strengt matregime eller andre psykiske tilleggslidelser. Jeg har også erfart at en i noen tilfeller ikke har greid å avdekke spiseforstyrrelsen før pasienten selv har åpnet opp for å fortelle om den. Personlig tenker jeg at mye skyldes mangel på kunnskap og forståelse om temaet. Etter mye refleksjon rundt situasjoner jeg selv har stått i og gjennom hva som er blitt meg fortalt er forholdet til skam et tilbakevendende tema. Når en arbeider med alvorlige spiseforstyrrelser må en ofte hjelpe pasienten til å holde på livet, bevare håp og drømmer. Å være spiseforstyrret kan i mange tilfeller være en kamp mellom liv og død. Så min undring er da om en kan redusere symptom og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen gjennom å forstå og avhjelp pasienten i forholdet til skam?

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Tema for fordypningsoppgaven er skam og spiseforstyrrelser. Problemstillingen er:

«Hvordan kan jeg som sykepleier med utgangspunkt i selv psykologisk tilnærming forstå og tilnærme meg personer med alvorlig spiseforstyrrelser der forholdet til skam er fremtredende»

Nedenfor har jeg en utdypende teoridel om spiseforstyrrelser som skal bidra til kunnskap hos leseren. Det teoretiske grunnlaget tar utgangspunkt i selvpsykologisk tilnærming hvor blant annet begrep som inntoning, empati, selvet med fler blir gjort rede for.

Empirien er basert på praksiserfaringer fra arbeid i avdeling for sykehuspsykiatri. I narrativt blir en kjent med Marthe som har opplevd spiseforstyrrelse og forholdet skam på nært hold.

I drøftingsdelen ser en på hvordan en selvpsykologisk tilnærming kan forstås i møte med en person som lider av spiseforstyrrelse og hvor forholdet til skam er fremtredende.

1.2 Avgrensning

Denne oppgaven tar for seg gruppen som helhet av alvorlige spiseforstyrrelser og forholdet til skam. Oppgaven vil ikke ta for seg eller har fokus på medisinsk behandling, tema som selvskading etc. I et større perspektiv vil dette være aktuelle tema, men med bakgrunn i oppgavens størrelse blir ikke dette belyst.

2.0 Teori

Nedenfor i teoridelen vil jeg innledningsvis si noe om hva som karakteriserer alvorlige spiseforstyrrelser, samt ulike typer spiseforstyrrelser. Videre går jeg over til å belyse skam og hvordan skam kommer til uttrykk i forholdet til spiseforstyrrelser. Til slutt i denne delen vil jeg også si noe om alexitymi.

2.1 Alvorlige spiseforstyrrelser

Røer (2006) forklarer spiseforstyrrelser med å være en normal reaksjon på krise og belastning. Hardt arbeidspress, sorgreaksjoner eller konflikter er noe som er med på å endre spisemønster i alle deler av livet. De fleste av oss vil reagere med endret spisemønster under stress. Normalt sett vil dette gå over og en vil normalisere seg igjen. Når psykiske belastninger over tid ikke forsvinner kan dette gi utslag i overspising eller rigide spisemønstre, samt få et mer alvorlig utfall (Røer 2006).

I følge diagnose systemet ICD-10 (2011) er spiseforstyrrelser en psykisk lidelse. Det å være spiseforstyrret betyr å være overopptatt av kropp, vekt og utseende. For den som lider av en spiseforstyrrelse er det ikke bare forholdet til mat som er vanskelig, men også vansker med å forholde seg til egne tanker og følelser. Tankene knyttet til kropp og utseende kan styre svært mye av livet og hemme den daglige funksjonen til vedkommende. Spiseforstyrrelser er i dag sterkt knyttet til vestlig kultur. Dette på grunn av et stort over fokus på kroppen som symbol på psykologisk og sosial mestring. I behandlingsarbeidet mot spiseforstyrrelsen er det viktig å fremme motivasjon. En forutsetning for god hjelp er holdning og handling. Hjelp handler om å skape trygghet for endring og fremme mot hos de som har spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser kan ses på ulike måter (Røer 2006).

I modellen nedenfor viser jeg til tre ulike sider sykdommen kan forstås på. Den rene nekteren beskrives som anorektikeren, men nekteren kan også kombineres med renseren, altså bulimikeren som veksler mellom å sulte og fråtse i mat. Den rene renseren er bulimikeren. Tvangsspiseren representerer overspiseren som den som har mangel på grenser i forhold til matinntak og regulering (Skårderud 2000).

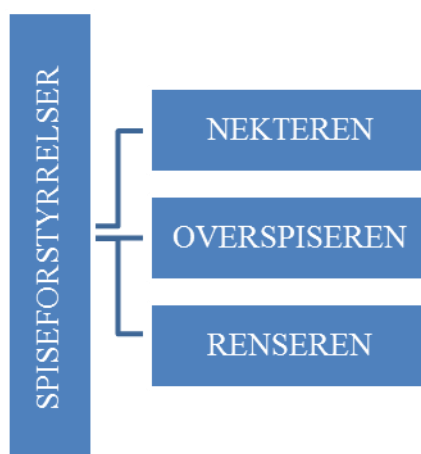


Fig.1

2.1.1 Anorexia nervosa

I følge Weiselberg, Fisher og Gonzalez (2011) kunne en allerede på 1700- tallet finne beskrivelser i litteratur på anorexia. Sykdommen handler om å begrense hva og hvor mye man spiser. Noen holder på maten, mens andre kaster opp dersom de føler de har spist for mye. Røer (2006) beskriver anorektikeren som den rigide og engstelige personlighetstypen. Mange med anoreksi bedriver overdreven trening, ofte løping for å gå ned i vekt. Det som kjennetegner anorexia nervosa er at de aller fleste starter med å sulte seg for å gå ned i vekt. Mange blir fanget i situasjonen og greier til slutt ikke å spise, de mister kontrollen. Noen opplever et forvrengt bilde av seg selv. De greier ikke å se hvor tynne de er, men ser seg heller som tykk og stor. Mange opplever en følelse av kontroll og mestring, fordi de greier å undertrykke og styre de menneskelige behovene i forhold til mat (Skårderud 2000).

Wollburg, Meyer og Bernhard (2013) beskriver anorexia nervosa som en svekkende ofte kronisk sykdom som vanskelig lar seg behandle. Tiltros for kunnskap, fremdrift på området og forskning gjenstår det likevel mange spørsmål angående de psykologiske

mekanismene og forklaring på hvorfor og hvordan enkelte responderer på behandling og andre ikke. Det blir blant annet vektlagt at terapeutisk allianse og pasientens motivasjon for endring er av betydning for om pasienten greier å nyttiggjøre seg behandling (Wollburg, Meyer og Bernhard 2013).

2.1.2 Bulimia nervosa

I behandlingssammenheng mente en tidligere at bulimi og anoreksi var to adskilte psykiatriske lidelser. I dag tenker en at bulimi og anoreksi er to nært beslektede tilstander. Mange personer som lider av spiseforstyrrelser veksler mellom anorektiske og bulimiske perioder. I følge Røer (2006) beskrives bulimikeren å være preget av isolasjon, skam og hemmeligholdelse. Hos den bulimiske blir det vanskelig å opprettholde den strenge matkontrollen og anoreksi kan gå over til bulimi. Det som betegner bulimi er større eller kortere spise-kick/spiseorgier ledsaget av oppkast og tømning. De fleste er normalvektige. Den bulimiske spiser for å døyve en sult, som kan være både psykisk og fysisk. Selvfølelsen hos bulimikere er sterkt knyttet til vekt og utseende. Det å kaste opp kan anses som en lettelse og det som oppleves vanskelig blir borte for en stund. Det å kaste opp kan være forbundet med den viktige grunnen til å overspise, mens hos andre en stor ydmykelse og skam. Mange utvikler bulimi i slutten av tenårene eller tidlig i tjuårene (Røer 2006).

2.1.3 Overspiseren – «Tvangsspiseren»

Dette er en overspisingslidelse som har komt i den senere tid. En kan dra mange paralleller til bulimikeren, men motsetningen hos tvangsspiseren er at det ikke foreligger noen form for renselse etter overspising. I psykiatrisk sammenheng blir denne lidelsen sett på som tvangssymptomer: som tvangstanker om at en må spise og følge et vist ritual ellers vil det få alvorlige konsekvenser (Skårderud 2000).

2.2 Alexithymi

Personer med spiseforstyrrelser scorer over gjennomsnittet på alexithymi som betyr mangel på ord for følelser. Ofte når vi har en indre psykologisk konflikt fører vi en indre monolog med oss selv som en del av bearbeidingen. Hos pasienter med spiseforstyrrelser blir dette vanskelig. Mangel på å uttrykke sterke og dype følelser gir økt risiko for at

følelsene blir ladet opp og at følelsene må uttrykkes på annet vis som gjennom kroppen. Hos den spiseforstyrrede gjennom forholdet til mat og kropp. Dette er interessant for med andre ord blir spiseforstyrrelsen en måte å kommunisere på. Skårderud (1994) mener at det er ulike hypoteser rundt forståelsen av alexithymi og i denne sammenhengen beskriver han alexithymi som en utviklingsforstyrrelse hvor personen på den ene siden har manglende utviklende evner til å uttrykke følelser. En annen forståelse er at det kan være et slags primitivt forsvar mot affekt. Hos personer som har alexithymi som problemstilling, vil behandling baserer seg i stor grad på å mobilisere pasienten til å greie å uttrykke følelser. Dette gjøres psykoterapeutisk med fokus på å vekke assosiasjoner mellom ord og følelser, altså få pasienten til å ta stilling til følelsene sine (Cullberg 2003).

3.0 Skam

I følge Berg og Pallesen (2004) vil det ikke være lett å identifisere skam hos mennesker med psykiske lidelser. Dette da pasienter ofte unngår å snakke om skam. I løpet av de siste tretti årene har det i klinisk sammenheng blitt et økende fokus på skam. Skam internaliseres når skamerfaringer over tid etterlater seg vedvarende og globale negative selvoppfatninger. Dette kan handle om hvem man er, skam over manglende mestring, skammen over og ikke mestre en normal tilnærming til mat, skammen over fråtsing, skammen over å kaste opp mat. Skam kan handle om følelsen av og ikke fortjene og bli elsket. En god beskrivelse på skam er at det er skammelig å føle skam eller at det er skammelig å snakke om sin egen skam. Et menneske som opplever skam vil bare forvente forakt tilbake. Graden av skammen kan variere (Berg og Pallesen 2004).

I følge Skårderud (2000) står to psykologiske fenomener sentralt i spiseforstyrrelsen. Disse er lav selvfølelse og opplevelsen av og ikke å ha kontroll. Det å endre kroppen sin er et tiltak for å fremme selvfølelse og kontroll. Mennesker som evner seg å tro på egne ressurser, tåle skuffelser og har evnen til selvtrøst, vil trolig ikke utvikle en spiseforstyrrelse. Lav selvfølelse er ikke alltid synlig for de rundt en. For å kompensere for den lave selvfølelsen søker vedkommende mestring innenfor områder med målbare resultater. En manglende følelse av ikke å ha kontroll kan ha mange opphav og uttrykk. Kontrollsvikten kan være opplevelsen av manglende mestring i forholdet vårt til andre (Skårderud 2000).

Skårderud (2000) beskriver personer med spiseforstyrrelser til ofte å være i dårlig kontakt med seg selv. Dette gjennom at de ikke greier å sette ord på egne følelser og ved en manglende opplevelse av hvem de er. De søker så bekreftelse hos andre og er avhengig av å bli bekreftet. Ofte blir personer med spiseforstyrrelser ansett som flinke da de søker mot målbare prestasjoner for å oppnå anerkjennelse hos venner og familie. Motstridene og blandede følelser, ambivalens er sentral i spiseforstyrrelsen. De indre motstridene følelsene av forvirring og fortvilelse kan gjøre personer med spiseforstyrrelser handlingslammet. Den dype skammen som følger sykdommen er smerten ved å se seg selv som en som ikke fortjener å bli elsket. Skammen er en farlig affekt fordi man gjerne ikke viser den. Det blir skammelig å føle skam. Den skamfulle forventer bare forakt det er skammens dobbelte byrde. Den skamfulles frykt er å bli avslørt som den man er (Skårderud 2000).

Troop, Allen og Serpell (2008) gjennomførte en studie, hvor 224 kvinner var deltakere. Disse kvinnene hadde en lengre historie med spiseforstyrrelser. I studien ble det konkludert med at hos kvinnene som led av bulimi og anoreksi var depresjon og skam klart fremtredende. I følge Troop, Allen og Serpell (2008) ble forholdet til skam opplevd ulikt av deltakerne. Hos anorektikeren ble skammen relatert til det ytre, altså utseende, mens hos bulimikeren var skammen relatert til en opplevelse av indre skam, altså det følelsesmessige. Troop, Allen og Serpell (2008) hevder imidlertid at det uavhengig om den spiseforstyrrede preges av indre eller ytre skam er behandling som terapi nødvendig for å avhjelpe og redusere forholdet til skam (Trooper, Allen og Serpell 2008).

Skammen skaper også ofte en ambivalens for den som lider av spiseforstyrrelser. Dette handler om frykten for å bli avslørt, samtidig som en ønsker terapeuten skal gjennomskue dem ved å oppdage at de ikke er så velfungerende som de gir uttrykk for. Den evige kampen om å holde fasaden oppe er både slitsomt og utmattende og gir grobunn til fantasien om å overgi seg til noen som er sterkere enn en selv. Den som er bærer av dyp skam er ofte svært selvbekreftende og forholdet til skammen er vanskelig å snakke om. Aksept og tilstedeværelse fra betydningsfulle personer, herav terapeuten vil være helt nødvendige i møte med pasienten (Skårderud 2000).

I forhold til spiseforstyrrelser beskriver Skårderud 1997 forholdet til skam som at anorektiker med tiden vil gi etter for sin hunger og velge å spise. Dermed blir den grandiose fantasien hennes mislykket og skammen vil nå henne. Hos bulimikeren vil skammen gi spiseatferden en tilleggs dimensjon av også å være en straff. Bulimikerens vet at hennes strategier i forhold til å sulte seg vil ende med en «sprekk», likevel velger hun denne strategien som påfører henne både krenkelse og skam (Skårderud i Karterud 1997).

3.1 Skam og behandling

I behandling vil møte mellom pasienten og terapeuten alltid være en situasjon som hos pasienten vil være berørt av skam. Pasienten er den som skal gjøre seg «naken» og sårbar. Relasjonen er ikke likestilt da den ene skal kle av seg og den andre skal ta i mot. Forholdet mellom terapeut og pasienten vil enten føre til reparasjon eller re traumatisering for mer skam hos pasienten. En skal derfor ikke drive skambehandling dersom kunnskap rundt temaet og behandlingsverktøy ikke ligger til grunne. Skambehandling er å utvikle

relasjonen som en arena for å skape mer mot til å vise fram mer av seg selv. Det vil være viktig å hjelpe pasienten til å gi skammen et språk. Behandleren må da vise tid, tålmodighet og etablere tillit til pasienten (Skårderud 2001).

4.0 Selvpsykologi

Jeg viser i teoridelen hva som vektlegges i forhold til alexithymi, skam og skambehandling. Skårderud (2001) forklarer blant annet at skambehandling er å utvikle relasjon som en arena for å skape mer mot til å vise fram mer av seg selv. Allison og Carter (2013) mener at skambehandling tar sikte på å fremme støtte og medfølelse. Cullberg (2003) forklarer at i forhold til alexithymi baserer behandling seg på å mobilisere pasienten til å greie å uttrykke følelser. All teorien nevnt ovenfor er forankret i en selvpsykologisk tankegang med fokus på både inntoning og empati som nødvendige redskaper i møte med personer som lider av spiseforstyrrelser, og hvor skam er fremtredende. Jeg har derfor valgt å nytte selvpsykologisk tilnærming. Jeg vil være utforskende, «nysgjerrig» og interessert i pasienten og hennes situasjon. Selvpsykologien har fokuset rettet mot individets indre opplevelsesverden, altså den enkeltes subjektive opplevelse. I selvpsykologien står relasjoner sentralt, da en er opptatt av viktige relasjoner og deres påvirkning av utvikling. Selvpsykologi handler om å ha innsikt i egne relasjoner. I selvpsykologien tenker en at relasjoner har en endringskraft og at en kan forstå seg selv bedre gjennom relasjoner med andre. For at menneske skal kunne utvikle seg hensiktsmessig, er det viktig å kunne oppleve at en er en samlet person og at en har innsikt i relasjonene en står i. Det selvpsykologiske perspektivet handler om opplevelser her og nå og det er en systemisk tilnærming. Terapeuten er ikke i ekspertrollen og det foreligger heller ingen fasit. I den selvpsykologiske tilnærmingen er den terapeutiske innlevelsen i møte med pasienten grunnleggende og en er opptatt av å se på hvordan det oppleves for pasienten å komme nærmere følelsene. Terapeutens mål er å få pasienten til å føle seg mer levende (Karterud 1997).

4.1 Inntoning

I selvpsykologi snakker en om inntoning og ulike inntoningstyper. Inntoning handler om å se den andre der den andre er, samt å sette seg inn i en persons situasjon. Og tilpasse seg dithen pasienten befinner seg. De ulike inntoningstypene er:

1. **Manglende inntoning:** det vil si å være til stede uten følelsesmessig å gi av seg selv.
2. **Overinntoning:** handler om at en overgår den andre følelsesmessig. Eksempel på dette kan være: at uansett hvor vondt du har det, har jeg det vondere.
3. **Feilinntoning:** hvor barnet blir møtt den ene dagen og oversett den neste. Dette kan føre til et «skjult selv».

4. **Selektiv inntoning:** at personen bare blir møtt på enkelte områder. Eksempel på selektiv inntoning kan være: at vi gråter ikke i vår familie. En blir her ikke møtt på det som oppleves som følelsesmessig vanskelig. Kan føre til et «falskt selv». Personen kan ikke være eller uttrykke den han er (Karterud 1997).

4.2 Empati

Andersen (1997) forklarer at når barnet blir møtt empatisk fra sine betydningsfulle andre for eksempel mor og far, vil det danne sin egen forståelse av empati, samt at det vil utvikle sin egen evne til å vise empati. Karterud (1997) mener at empatisvikt fra våre betydningsfulle vil kunne føre til at vi føler oss fragmenterte og at negative følelser tar overhånd. Anders (1997) forklarer at et menneske som ikke har blitt møtt empatisk som barn vil bruke lengre tid som voksen på å utvikle sin egen medfølelse, samt følelsen av å ta i mot empati (Andersen 1997).

Kohut la stor vekt på empati og mente at det var kun gjennom empati og det han kalt for introspeksjon, nemlig det å spørre seg selv: Hvordan ville jeg ha følt det om det var meg? at en ville få tilgang til den andres indre verden. Dette var i følge Kohut svært krevende da en empatisk måtte anstrenge seg gjennom en langvarig empatisk fordypelse i den andre. Dette krevde både personlige forutsetninger og trening for å gjøre. En måtte over tid sette seg inn i den andres subjektive perspektiv uten og selv vende tilbake til sitt eget perspektiv (Karterud 1997).

4.3 Selvet og kjerneselvet

I følge Andersen (1997) blir kjerneselvet dannet rundt cirka et års alderen. Andersen (1997) forklarer kjerneselvet som opplevelsesnært, det vil si hvordan en opplever å være seg selv. Dette vil også være av betydning for barnets personlighet. Kjerneselvet er altså selve «sentrumet» i en selv (Andersen 1997).

4.3.1 Det tripolare selvet

Kohut beskrev selvet som et dynamisk system med tre poler. Han snakket da om det grandiose selvet, det tvillingsøkende selvet og det idealsøkende selvet sammen utgjør disse tre polene egenskaper i mennesket (Karterud 1997).

4.3.2 Det grandiose selvet

Karterud (1997) forklarer det grandiose selvet som å være sultent på oppmerksomhet, ønsket om å være midtpunktet som er avhengig av bekreftelse fra omgivelsene på det vedkommende har å vise frem. Når det grandiose selvet opplever en svikt i modning forblir personen stående med sine absolutte krav til oppmerksomhet. Dette kan tappe vedkommende for både energi og ambisjoner. Når det grandiose selvet blir remobilisert kommer ofte skam og fortvilelse over følelser og fantasier en har hatt. Kohut er opptatt av selvet og av hvordan en opplever seg selv. Det grandiose selvet beskrives som et kontinuum fra en –pol til en annen. Mennesket vil bevege seg på denne polen gjennom livet. Fra å være verdensmester til motpolen opplevelsen av å være verdiløs (Karterud 1997).

Kan det tenkes her at det grandiose selvet i tilknytning til spiseforstyrrelsen kan vise seg gjennom det å lykkes med et strengt matregime? At det frembringer verdensmesteren? Videre tenker jeg som Karterud (1997) beskriver det at mennesket vil svinge på denne polen, slik jeg ser det vil en som ikke er rammet at spiseforstyrrelser muligens gå i balanse etter å ha vekslet mellom verdensmesteren og følelsen av å være verdiløs. Den spiseforstyrrede vil trolig måtte holde seg i det øverste siktet, altså verdensmesteren for å oppleve mestring.

4.3.3 Det idealsøkende selvet

Handlet om trygghet, tillit, å kunne stole på, det å bli holdt oppe av noe større enn en selv. En person som forsyner en med kunnskap. I forhold til spiseforstyrrelser beskrives den idealsøkende personen som den idealhungrige personlighetstypen. Vedkommende søker da etter andre som hun eller han kan beundre for deres intelligens, makt, skjønnhet osv. Den spiseforstyrrede vil da oppleve seg verdifull i den grad han eller hun kan relatere seg til andre. I sammenheng til spiseforstyrrelser vil idealiserte selvobjekt hos den spiseforstyrrede vise seg på følgende måte. Hun eller han idealiserer terapeuten og søker å smelte sammen med ham som en kilde til styrke og ro. Når han skuffer henne via en bagatell blir fallhøyden stor (Karterud 1997).

Karterud (1997) beskriver den spiseforstyrrede som den idealhungrige personlighetstypen. Han hevder at fragmentering kommer til uttrykk gjennom manglende opplevelse av helhet

kropp-sjel. Med andre ord mener Karterud (1997) her at den spiseforstyrrede ikke kjenner sin kropp.

Min tolkning av den idealhungrig baserer seg på dagens komplekse samfunnskrav til mennesket. En skal være vellykket på nærmest alle områder. En skal være vakker, velkledd, gjøre karriere og skape det «perfekte liv» for seg selv. I denne sammenhengen mener jeg at Karterud gir et lite nyansert bilde og han gjør en lett kategorisering. Sett i lys av at vi lever i et samfunn fylt av krav og forventninger vil det med all sannsynlighet tenkes at flere mennesker med og uten spiseforstyrrelser kan passe inn i den idealhungrige personlighetstypen (Karterud 1997).

4.3.4 Det tvillingsøkende selvet

Kohut mente dette var en spesiell variant av speilende overføring. En som en identifiserer seg med og som en har en likestilt relasjon til i forhold til erfaringer og opplevelser. Gjennom den andre like forankres viktige deler i en selv. Dette kan omhandle personer som en deler et felleskap med for eksempel venner. Hos spiseforstyrrelser vil det handle om at personen har et behov for å føle seg lik og på høyde med terapeuten. Dette er en lengsel etter verdi og tilknytning (Skårderud i Karterud 1997).

4.4 Selvobjektet- «betydningsfulle andre»

«Selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske har for å opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv»(Karterud s. 18).

I selvspsykologien snakker en om ulike typer selvobjekter disse deles inn i:

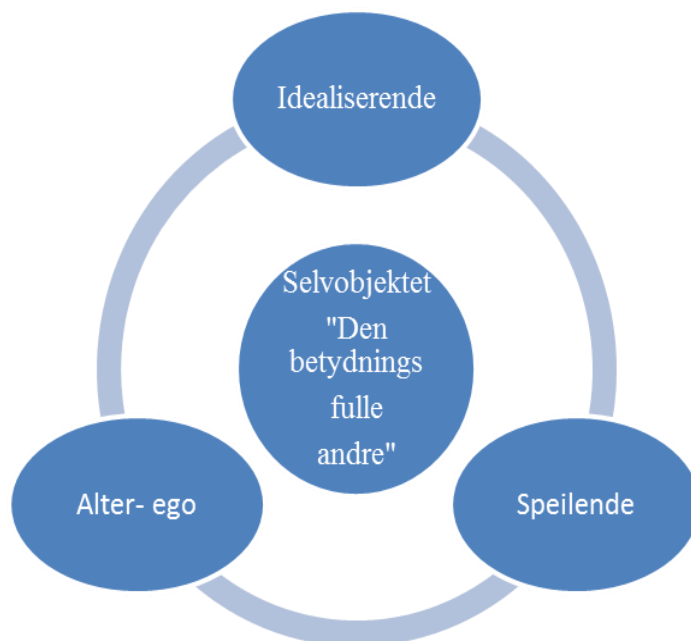


Fig. 2

1. **Det idealiserende selvobjektet** kan være en person en ser opp til for råd og veiledning. Idealiserende selvobjekter kan være for eksempel en lærer, gud eller et idol.
2. **Alter- ego selvobjekt** er en som kan bekrefte en med sin likhet eksempel på dette kan være venner.
3. **Det speilende selvobjektet** aksepterer en for den er, forsyner personen med en slags betingelsesløs kjærlighet. Et barn har for eksempel mor eller far som gir omsorg, bekrefter og setter grenser. Som barn har vi behov for å bli speilet, bli sett på som betydningsfulle (Karterud 1997).

Den spiseforstyrrede beskrives som den speilhungrige personlighetstypen, såkalte ambisjonspolen. Den spiseforstyrrede er da stadig på søken etter personer som kan bekrefte og beundre han eller henne, og vedkommende er trent på å vekke andres oppmerksomhet for å kompensere for sin manglende selvfølelse. Karterud (1997) hevder at den speilhungrige typen aldri blir mett på bekræftelse og er derfor på evig søken etter oppmerksomhet og bekræftelse for at selvfølelsen ikke skal briste.

I behandlingssammenheng søker den spiseforstyrrede terapeuten som en kontinuerlig kilde for aksept og bekreftelse (Skårderud i Karterud 1997).

I motsetning til Karterud velger jeg her å tenke noe annerledes på det speilende selvobjekt. I tilknytning til spiseforstyrrelser på lik linje som ved annen sykdom er mennesket sårbar. Det å speile seg kan være å søke etter «normaliteter» hos den andre for eksempel terapeuten. Når en selv har mistet grepet kan det å lete etter å finne seg selv i den andre være nødvendig som en del av den legende prosessen. Det er også naturlig å tenke at en vil trenge bekreftelse fra den andre på det en gjør når en selv er usikker på sin egen eksistens, altså hvem en er her og nå.

4.4.1 Selvobjektsvikt

Når vi opplever empatisvikt fra våre betydningsfulle kan vi føle oss fragmenterte og negative følelser tar over hånd. For å reparere denne selvobjektsvikten må terapeuten møte pasienten med empatisk lytting det vil si at terapeuten må vise interesse gjennom å forsøke å forstå pasientens opplevelse (Karterud 1997).

4.5 Selvsammenheng og selvregulering

For at selvet skal ha en normalutvikling er en avhengig av at inntoning fra omsorgspersoner er tilfredsstillende, og at barnet mottar bekreftende responser på behov i ulike faser. Denne empatiske responsen vil bidra til å styrke opplevelsen av et sammenhengende selv. Gjennom bekreftelse, omsorg og empati vil mennesket gradvis utvikle evne til selvregulering av selvfølelse innsikt og selvtrøst. Manglende bekreftelse og respons vil oppleves som truende for barnet og vil medføre en høy risiko for fragmentering. Et barn som ikke er tilfredsstillende bekreftet vil prøve å strekke seg etter bekreftelse og på denne måten bevege seg vekk i fra seg selv. Selvsammenheng handler om å henge sammen her og nå og henge sammen over tid. Det vil si at en oppfatter seg selv som samme person over tid og i situasjoner. Selvsammenhengen handler om evnen til å være selvregulerende, når denne blir truet klarer en ikke lenger å kjenne på gode følelser i en selv. Personen kan da miste opplevelsen av å være hel og samlet. Selvpsykologien forklarer psykiske lidelser som at et menneske har mistet selvsammenhengen gjennom svikt i inn toning fra viktige objektreasjoner. Systematisk svikt fra viktige objektreasjoner gir psykiske lidelser. Hos personer med spiseforstyrrelser vil fragmentering, altså det å

ikke oppleve selvsammenhengen komme til syne gjennom å mangle opplevelsen av helhet kropp-sjel. Dette kan for eksempel relateres til personer med anorexi. Slik jeg velger å tolke det i denne sammenhengen vil den anorektiske når hun ser seg i speilet se noe annet enn virkeligheten. Hun vil se et forvrengt speilbilde. Den vevre kroppen vil se seg selv som overvektig og stor. Altså opplevelsen hun har av seg selv er også det hun vil se i speilet (Karterud 1997).

4.6 Vitalitetsaffekt

Når en opplever selvsammenheng kan en oppnå vitalitetsaffekt. Når en snakker om vitalitetsaffekt handler dette om en opplevelse av å være levende, en basis for sunnhet. Vitalitetsaffekten handler med andre om det som «lever i oss». Det å ha et levende selv er grunnleggende hos mennesket (Karterud 1997).

Vitalitetsaffekt forklares også som om det å kjenne at følelser veller opp og avtar. Hos det lille barnet beskrives vitalitetsaffekt som at, det føler sin pust, sin sult, «falle» i søvn og blir løftet opp osv. Vitalitetsaffekt handler om følelsen av å føle seg «levende», «fallende», «flytende» og «synkende» (Shibbye 2002).

4.7 Overføringer

Karterud (1997) hevder at hos personer med spiseforstyrrelser skjer overføringer mellom pasient og terapeut ved at han eller hun ber om tydelighet og forutsigbarhet gjennom å erfare at noen er like sterke og helst sterkere enn henne. Den spiseforstyrrede gråter og blir svært takknemlig når hun ikke får innvilget det hun eller han vil ha. Den spiseforstyrrede representerer seg ofte gjennom sin ytre vellykkede fungering. Den mer erfarne og etablerte spiseforstyrrede opplever at hennes «falskt selv» bidrar til at hun viser seg selv frem på en måte som gjør at det er vanskelig for andre å se henne. Hun ønsker å bli avslørt i hennes falskheter som omhandler å være den hun er, samtidig som hun er en annen. Hennes måte å søke anerkjennelse på er gjennom å tilpasse seg andre. Hun eller han tilpasser seg også terapeuten gjennom å være en «flink» pasient. Hun eller han er også redd at terapeuten skal føle seg mislykket under samtalen og selv om hun eller han opplever sterke emosjoner under samtalen gjør hun eller han alt for å holde dette tilbake da hun/han tror at

terapeuten ikke vil tåle dette. Han eller hun vil rapportere om bedring selv om sannheten er noe annet.

En slik kategorisering som Karterud (1997) beskriver her, er etter min mening ikke nødvendigvis det som representerer den spiseforstyrrede. Mine erfaringer fra arbeid innenfor sykehuspsykiatri har lært meg at for å forstå den komplekse situasjonen rundt pasienten, må en når en snakker om sykdomsbilde og atferd ta i betraktning ulike personligheter, forutsetninger, egenskaper, erfaringer hos pasienten, samt alvorlighetsgrad av sykdom. Dette for å forstå atferd knyttet til spiseforstyrrelsen. Gjennom Karterud (1997) sin beskrivelse får jeg opplevelsen av at han her knytter spiseforstyrrelsen opp i mot en personlighetsforstyrrelse, uten at jeg med sikkerhet kan si at det er dette han mener (Karterud 1997).

4.8 Projektiv identifikasjon

Handler om når terapeuten begynner å føle på det pasienten legger ut. For eksempel: Pasienten sier til terapeuten at hun ikke er flink. I ettertid begynner terapeuten å tenke at pasienten hadde rett, terapeuten er nok ikke flink nok i arbeidet sitt. (Karterud 1997)

5.0 Empiri

Kasuset tar utgangspunkt i en pasientsituasjon fra mitt arbeidsområde og er anonymisert etter gjeldende retningslinjer. Caset tar utgangspunkt i møte med Marthe som forteller om skam og krenkelser etter flere år med spiseforstyrrelse.

Marthe forteller:

«Jeg husker hvor vital og levende jeg var en gang, men nå bare skjemmes jeg. Hvorfor greier jeg ikke å få orden på meg selv og livet mitt. Alle jeg vokste opp sammen med virker så lykkelige. De har både lyktes med karriere og partner og her sitter jeg. Det vanskeligste og mest skamfulle er at det er selvpåført. Jeg har selv satt meg i denne situasjonen så jeg har bare meg selv å takke. Jeg føler meg så mislykket. Jeg er en voksen dame, men greier ikke å oppføre meg som en, greier ikke å ta ansvar for eget liv. Uansett hvilke situasjoner jeg er i føler jeg meg forminsket, så alene, ulykkelig og skamfull over hvor livet har ført meg».

Marthe ser ned i fanget sitt. Det usminkede bleke ansiktet hennes virker trist. Jeg ser spor av tårer. Tårene har lagt igjen et slags hvitaktig spor på kinnene hennes. Hun ser pjusk ut der hun sitter, noe ustelt med håret hengende stritt nedover skuldrene. Øynene er tomme og glassaktige som om håpet har rent ut.

Marthe har vært innlagt i sykehuspsykiatrien flere ganger før. Både frivillig og ved bruk av tvang. Marthe hever hodet sitt og ser meg i øynene og sier:

«Er du her ennå? Jeg fortjener ikke din oppmerksomhet. Jeg er et elendig menneske. Jeg fråtser i mat og misligholder både meg selv og kroppen min. Jeg blir skamfull bare jeg hører meg selv si dette høyt».

«Jeg er her for deg Marthe og jeg vil ikke la deg grave deg ned i alle disse tankene av at du ikke er verdt noe eller at vi ikke kan lette noe av det du bærer på».

Marthe begynner å bevege seg urolig som om hun ikke tålte å høre at noen ønsket henne vel. Plutselig stopper hun opp ser på meg og begynner å gråte. «Det gjør så vondt i magen, i kroppen i hele meg. Det er en utholdelig smerte. Jeg fortjener ingenting, jeg greier ikke noe og jeg skjønner ikke hvorfor du bryr deg om meg. For hvert ord vi snakker om spiseforstyrrelsen og om skammen min blir jeg bare mer skamfull. Når jeg holder alt inne i meg selv har jeg det under kontroll og jeg greier å skjule det for omgivelsene».

Jeg spør Marthe hva det gjør med henne å kjenne så sterk skam

Marthe ser litt forskremt på meg og sier: «Du gir deg virkelig ikke du? Det er ikke mange som tåler å høre dette. Jeg ser at mange av hjelperne bare unnskylder seg med andre oppgaver og går når vi kommer dithen at jeg forteller om spiseforstyrrelsen og skammen. Som om det blir for vanskelig for dem. Tenk hvordan jeg føler det».

Jeg spør, hvordan opplever du denne avisningen Marthe?

«Det oppleves som om en har satt kniven i en kake delt den inn i åtte stykker og gått fra den. Det ligger alle bitene fint fordelt på et kakefat, uten sammenheng eller helhet.

Skjønner du hva jeg mener når jeg sier dette?»

Ja, sier jeg. Slik jeg forstår det er du oppstykket. Du blir forlatt når du er som mest sårbar uten hjelp til å bli limt sammen igjen. Forstår jeg deg rett da?

«Marthe, ja akkurat slik er det å være meg. Tror du at jeg noensinne kommer til å bli hel igjen?»

Det var et vanskelig spørsmål Marthe, men jeg tror vi kan begynne med å gå veien dit sammen. Hva tenker du om det?

Marthe: «Jeg tenker at du kanskje kan ha rett. Jeg begynner å bli lei av dette opplegget her. Jeg ønsker å greie meg selv, være et selvstendig individ og gjen-oppta kontakt med vennene mine. Dessuten kunne jeg i grunn veldig gjerne tenke meg å begynne å arbeide. Ikke noe komplisert eller vanskelig bare noen dager i uken. Jeg har nemlig en skjult lidenskap for instrumenter. Har tenkt at å arbeide i musikkforretning hadde vært spennende og givende Jeg har jo mange år igjen av livet.»

Marthe ser på meg forventningsfullt og med et glimt av optimisme i øynene.

«Jeg synes dette hørtet spennende ut »

«Marthe spør meg, kommer du i morgen? Vi har en del ting vi må arbeide med.»

6.0 Drøfting

Nedenfor har jeg valgt å dele inn i underkapittel hvor jeg videre presenterer utdrag fra narrativet/fortelling. Jeg vil så videre drøfte fortellingen opp i mot teoridel.

Problemstillingen lyder som følgende: **«Hvordan kan jeg som sykepleier med utgangspunkt i selv psykologisk tilnærming forstå og tilnærme meg personer med alvorlig spiseforstyrrelser der forholdet til skam er fremtredende»**

6.1 Hvordan få til en god og virksom inntoning?

«så lenge jeg ikke snakker om det som er vanskelig har jeg kontroll»

De triste øynene, som sier at jeg er ikke fortjener å bli sett, frafallet av egenomsorg, men likevel med et blikk som søker etter å bli oppdaget. Hun gir meg mange assosiasjoner som blant annet at hun ikke har blitt tilstrekkelig bekreftet, møtt og forstått for den hun er av sine betydningsfulle. Hun sier blant annet at hun ikke fortjener min oppmerksomhet. Dette kan være et tegn på at Marthe har opplevd manglende inntoning fra viktige objektrelasjoner. Her kan det tenkes at Marthe som følge av og ikke ha blitt tilstrekkelig bekreftet, møtt og forstått, har stagnert blitt forsinket i utvikling og modning. Marthe forteller meg at hun har laget seg strategier for å mestre livet og hverdagen. En annen måte å forstå dette utsagnet på kan være at Marthe har mangel på ord for følelser, alexithymi. I følge Skårderud (1994) må terapeuten mobilisere pasienten til å greie å uttrykke følelsene sine gjennom å vekke assosiasjoner mellom ord og følelser for så å få pasienten til å ta stilling til følelsene sine (Cullberg 2003).

Som en del av inntoning til Marthe kan det å dele tilpasset informasjon og egenskaper om meg selv være med på å skape en likeverdig og gjensidig relasjon mellom oss. Dersom jeg gjennom min inntoning får til å være en person Marthe identifiserer seg og føler et felleskap med, vil jeg kunne bli den «betydningsfulle andre». Det å vise at jeg er genuint opptatt av, samt at jeg evner å leve meg inn i Marthes situasjon vil være en helt nødvendig del av den legende prosessen. Med andre ord må jeg som hjelper prøve å forstå smerten og opplevelsen av skam knyttet til spiseforstyrrelsen. Shibbye (2009) mener at dersom en skal forsøke å forstå den andre må en som hjelper ha oversikt over seg selv og være reflektert. En slik selvrefleksivitet hos hjelper er av betydning for om en greier å leve seg inn i og forestille seg, den andres subjektive opplevelsesverden.

Karterud (1997) forklarer at det å forstå den andre er en anstrengende, fordypende og langvarig prosess. Om jeg ikke greier å skille mine egne følelser i møte med Marthe vil mine følelser lett kunne bli Marthes. Et eksempel på dette kan være at jeg opplever situasjonen til Marthe som forferdelig og sier til henne at dette høres virkelig vondt og vanskelig ut. På denne måten vil jeg kunne overføre mine egne følelser og ilegge Marthe egenskaper hun i utgangspunktet ikke hadde rundt situasjonen sin. For Marthe kan dette oppleves som ytterligere re traumatisering og som feil inntoning. På den andre siden vil Marthe kunne føle seg møtt, forstått og bekreftet og oppleve meg som empatisk. Shibbye (2009) sier at det å se seg selv er å se den andre, samt det å se seg selv fra den andres perspektiv. En slik forståelse vil være avgjørende for om at jeg evner å sette meg inn i Marthes opplevelsesverden. At jeg hele tiden reflekterer rundt mine egne følelser, Marthes følelser i det som skjer mellom oss i relasjonen, vil være helt nødvendig for å kunne forstå henne (Karterud 1997).

«Alle jeg vokste opp sammen med virker så lykkelige. De har både lyktes med karriere og partner og her sitter jeg»

Jeg velger å stille Marthe spørsmålet «hva tenker du er lykke?» Marthe svarer at det å ha en mann og få barn må jo være lykke. Dersom jeg begynner å argumentere ved å si til Marthe at ikke alle som har barn og er gift er lykkelige vil jeg kunne komme i en posisjon hvor jeg over intoner meg. Marthe vil ikke føle meg som empatisk da ekteskap og barn er det hun anser som lykke. På den andre siden kan det være at spørsmålet får henne til å reflektere at ekteskap og barn ikke er oppskriften på det som trenger å definere hennes lykke. Dersom jeg formulerer oppfølgingsspørsmålet mitt på følgende måte: «slik jeg oppfatter deg nå er det å finne noen å være glad i, samt det å få barn en viktig del av det å være lykkelig for deg?». Dette gjør jeg i håp om at hun skal føle seg sett og forstått (Karterud 1997).

«Jeg føler meg forminsket, så alene, ulykkelig og skamfull over hvor livet har ført meg», «kunne gjerne tenke meg å begynne og arbeidet»

Ut i fra disse utsagnene kan det se ut som at Marthe svinger på den grandiose polen fra bunnløs sorg, maktesløshet og fortvilelse til håp og optimisme. Hun greier ikke lenge å holde seg til et tema før hun hopper til neste. Dersom jeg for eksempel skulle velge å innhente Marthe i samtalen ved å si at: «dette ble litt mye for meg, Marthe», «Kan du

fortelle litt mer rundt opplevelsen du fortalte meg om at du føler deg så alene?». På denne måten vil Marthe kunne oppleve meg som ekte og oppriktig interessert, og jeg kan lykkes med min inntoning. På den andre siden kan jeg komme i en posisjon hvor jeg overinntoner meg ved at Marthe vil føle seg overgått, da hun ville snakke om noe annet. Hun vil da ikke føle seg møtt og forstått. Dersom jeg lar Marthe springe i tema kan det også gi henne en opplevelse av manglende inntoning, at hun vil kunne oppleve at jeg gir for lite av meg selv og en opplevelse av at jeg ikke er tilstede.

(Karterud 1997)

«Jeg er et elendig menneske. Jeg fråtser i mat og misligholder både meg selv og kroppen min. Jeg blir skamfull bare jeg hører meg selv si det høyt»

Når jeg i denne situasjonen gir Marthe gjensvaret «Jeg er her for deg og jeg vil ikke la deg grave deg ned i alle disse tankene av at du ikke er verdt noe, eller at vi ikke kan lette noe av det du bærer på» Intensjonen min her var at Marthe skulle føle seg møtt og forstått. At hun opplevde meg som empatisk og omsorgsfull og at jeg kunne representere et selvobjekt. Karterud (1997) beskriver selvobjekt som «den betydningsfulle andre».

Marthes respons viser at jeg har truffet noe i henne, muligens en mangel som hun ikke har blitt forsynt med. Her kan det tenkes som nevnt innledningsvis at Marthe ikke har blitt tilstrekkelig bekreftet av viktige objektrelasjoner «betydningsfulle andre». Både det verbale og nonverbale språket mitt vil være med i vurderingen for om jeg blir oppfattet som oppriktig. Det at Marthe blir motorisk urolig og bryter ut i gråt kan tolkes på den ene siden som om at inntoningen har vært virksom og ført samtalen et steg videre. Dette gjennom at hun viser meg tillit ved å vise sin sårbarhet. I denne situasjonen kan Marthe oppleve meg som et speilende eller idealiserende selvobjekt. Det vil si at Marthe opplever gjensidighet, altså en likhet i relasjonen mellom oss. For å få svar på om denne likheten/gjensidighet er tilstede kan jeg stille oppfølgingsspørsmålet: « hvordan føles det å dele denne informasjonen, Marthe?». Her vil jeg kunne få en bekreftelse på om Marthe opplever seg forstått og møtt. På den andre siden kan jeg komme i en posisjon hvor jeg over intoner meg gjennom å si at jeg kan hjelpe henne å lette på noe av det hun bærer på. Marthe kan oppleve meg som lite empatisk og ufølsom ved å tenke at det er umulig å hjelpe henne som har det så umenneskelig vondt (Karterud 1997).

6.2 Hvordan kan selvspsykologiske holdninger redusere skamfølelse?

I følge Skårderud (2001) vil ikke hjelperelasjonen i skambehandling være likestilt, da det er den andre som skal vise seg sårbar i dette tilfellet Marthe. Gjennom empatisk respons det vil si at Marthe blir sett, møtt og bekreftet av meg som hjelper vil hun gradvis kunne oppleve seg mer sammenhengende, utvikle evne til selvtrøst og selvinnsett. I skambehandling er formålet at relasjonen mellom hjelper og Marthe skal utvikles. I følge Skårderud (2001) må terapeuten utvikle en relasjon som en arena for å skape mer mot til å vise fram mer av seg selv og terapeuten må hjelpe pasienten til å gi skammen et språk. Det vil si at Marthe greier å åpne opp for å snakke om forholdet til skam knyttet til spiseforstyrrelsen. For å få til dette må jeg som terapeuten søke etter likheter hos meg selv og Marthe, å bli et alter- ego selvobjekt for å skape en likeverdighet/gjensidighet i relasjonen. I motsetning til Skårderuds forståelse av hjelperelasjonen i skambehandling, tenker en i selvspsykologisk tilnærming at en kan lykkes med å skape en likeverdig relasjon gjennom empati og inntoning. Spørsmållstillingen i møte med Marthe kan for eksempel være: «Hvordan oppleves det å kjenne skam?», «Hvor lenge har du kjent på skam?». På denne måten viser jeg Marthe at jeg tar hennes følelser på alvor og at jeg er oppriktig interessert i hva dette gjør med henne. Jeg viser til Marthes utsagn: «*For hvert ord vi snakker om spiseforstyrrelsen og om skammen min, blir jeg bare mer skamfull. Når jeg holder alt inn i meg selv har jeg det under kontroll og greier å skjule det for omgivelsene*». Dette kan være et tegn på mangel på ord for følelse, alexithymi eller tolkes som motstand. Det Marthe her beskriver er at skammen øker når hun begynner å fortelle om den. Skårderud (2000) beskriver dette som at det blir skammelig å føle skam. Dette kan også være en måte å forstå motstandsbegrepet på. En slik spørsmållstilling som nevnt ovenfor vil trolig føre til refleksjon hos Marthe. Når Marthe greier å begynne å dele små beskrivelser av forholdet til skam, følger jeg på med oppfølgingsspørsmål som: «hvordan påvirker skammen livet ditt?», «Hva har det gjort med deg å kjenne på skam?» Formålet mitt her er å formidle at hun er betydningsfull og at min interesse for hennes problemstilling er ekte. Dersom jeg lykkes med denne innfallsvinkelen vil jeg kunne bli et speilende selvobjekt, gjennom at jeg greier å vise henne at jeg aksepterer henne for den hun er. Et internalisert selvobjekt som har blitt sett, møtt og forstått vil ha utviklet selvtrøst. Dersom jeg gjennom mine holdninger og ved å være Marthes objektrelasjon får til å forsyne henne med bekreftelse og forståelse vil Marthe kunne utvikle selvtrøst. Skårderud (2000) forklarer at aksept og tilstedeværelse fra terapeuten vil være helt nødvendig i møte med pasienten. Videre mener han at mennesker som evner å tro på egne ressurser vil utvikle evnen til

selvtrøst. Her kan det tenkes at Marthe gjennom min toleranse og aksept vil kunne dempe sin egen skamfølelse ved bruk av selvtrøst. På den andre siden dersom forholde oss imellom ikke er godt nok etablert, samt at Marthe kanskje ikke er klar for å snakke om disse vanskelige følelsene, vil hun kunne føle seg presset. Som hjelper kan min empatiske innfallsvinkel da virke mot sin hensikt. Dersom jeg forteller Marthe at det er mange i hennes situasjon som føler skam og at det ikke er uvanlig, eller at « jeg skjønner hvordan du har det» kan Marthe lett føle seg nedverdiget og kjenne på opplevelsen av at jeg ikke har forstått henne. Med denne innfallsvinkelen vil jeg trolig komme i en posisjon hvor jeg over inntoner meg, selv om jeg i utgangspunktet tenkte at jeg var empatisk. En annen fare er at jeg møter motstand det vil si at Marthe ikke er interessert i å dele sin opplevelse av skamforholdet med meg, rett og slett fordi hun ikke ønsker det. Dette kan ses på som Marthes egen beskyttelse mot ytterligere re traumatisering. Dersom jeg møter motstand i relasjonen til Marthe skal dette i følge Karterud (1997) utløse selvransakelse hos meg som terapeut. Det skal nevnes at en ikke bør gå inn i den vanskelige materien før relasjonen er godt nok etablert og at terapeuten har opparbeidet seg den nødvendige tilliten, slik at Marthe føler seg trygg på å dele det som oppleves vanskelig (Karterud 1997).

Marthe forteller at hun har en skjult lidenskap for musikkinstrumenter og at hun i fremtiden har et håp om å kunne greie å arbeide noen dager i uken med dette. Dersom jeg forteller henne at forhåpningene hennes rundt å arbeide i musikkforretning på dette stadiet er urealistisk, vil jeg kunne forsyne henne med en følelse av å være mislykket. Jeg vil da komme i en over posisjon, samt at Marthe vil oppleve feil inntoning. Dette står i motsetning til en likeverdighetsposisjon. I hjelperelasjonen vil det være viktig å holde fokus på muligheter som kan bidra til å styrke håp og mot fremfor å skape lukkede dører og stagnasjon og bidra til ytterligere skamfølelse.

Etter å ha gjennomført flere samtaler og møter med Marthe er målet mitt og gradvis å ha lyktes med en virksom inntoning. Får jeg til dette vil jeg kunne komme til å bli et idealiserende selvobjekt for Marthe gjennom å være en hun ser opp til for råd, veiledning og støtte. Marthe spør meg blant annet om «tror du jeg noensinne kommer til å bli hel igjen» dette er et godt eksempel på at Marthe ser på meg som en person som hun ser opp til for veiledning og råd. Hun vil at jeg skal forsyne henne med min kunnskap slik jeg velger å tolke det. Når jeg svarer henne med at dette var et vanskelig spørsmål kan det være at dette ikke er svaret hun hadde ønsket, men hun responderer likevel med å

anerkjenne det gjennom å si at hun ønsker en endring. Jeg sier også til Marthe at « jeg tror vi kan begynne med å gå veien dit sammen». Borg og Topor (2011) beskriver bedringsprosessen hos et individ som en svært krevende prosess der vedkommende ofte må mobilisere all sin energi for å greie å komme seg framover. Hensikten min med denne innfallsvinkelen er at jeg forsøker å vise Marthe at jeg tror på henne og at hun gjennom min inntoning opplever seg betydningsfull, forstått og at hun mobiliserer kraft til endring i situasjonen sin (Topor og Borg 2011).

6.3 «En kake som ikke henger sammen»

Marthe beskriver seg selv som stykkevis og delt. Hun billedlig gjør dette gjennom å beskrive seg selv som en kake som ikke henger sammen. Slik jeg tolker henne kan dette være et tegn på et fragmentert kjerne selv. Karterud (1997) forklarer fragmentering som manglende bekreftelse og respons. Hun er ingen hel person, hun vet ikke hvem hun er, eller hvordan hun skal få limt sammen kakestykkene og reparere selvsammenhengen sin. Kakebeskrivelsen som Marthe her viser meg sier noe om opplevelsen hun har av å henge sammen her og nå, men dette er også en beskrivelse av og ikke ha hengt sammen over tid. Spørsmållstillingen som tar utgangspunkt i selvsammenhengen vil da være: Når følte du sist at du hadde det bra? Her kan det tenkes at Marthes gjensvar vil ta utgangspunkt i tiden før hun ble syk. Jeg referer til hennes beskrivelse «*Jeg husker hvor vital og levende jeg var en gang*». Her kan det tenkes at Marthe forteller videre at hun var spesielt interessert i kakebaking. Oppfølging spørsmålet mitt vil da være: Hva var det ved denne situasjonen som gjorde at du følte at du hadde det bra? Marthes svar kan da være at hun likte å glede andre med kakene sine og at hun følte seg betydningsfull. Marthe kan oppleve meg som empatisk og interessert, dersom jeg greier å skape en likeverdig relasjon i det som skjer mellom oss. Her kan det tenkes at dersom jeg får til å skape en likeverdig relasjon at dette vil kunne redusere Marthes opplevelse av skam. På den andre siden vil Marthe også kunne oppleve manglende inntoning dersom min tilstedeværelse og oppriktige interesse ikke er tilstede i samtalen (Karterud 1997).

«Jeg ser at mange av hjelperne bare unnskylder seg med andre oppgaver når vi kommer dithen at jeg forteller om spiseforstyrrelsen og skammen»

Når Marthe spør meg «er du her ennå?» tolker jeg det slik at hun sier bare gå, men for all del ikke gå i fra meg, en slags ambivalens. Eller når hun sier til meg: «Du gir deg virkelig ikke du» slik jeg velger å se det ønsker hun på den ene siden at jeg skal avsløre hvor vondt hun har det, samtidig prøver hun å holde ut i sin egen oppløste følelserverden. Marthe beskylder også miljøpersonalet for å forlate henne når hun er som mest oppstykket. Denne situasjonen kan også ses som at Marthes svinger på den grandiose polen fra og tenke at dette greier hun og håndtere selv ved å holde ut i situasjonen, til ønsket om å bli gi slipp og bli holdt oppe av miljøpersonalet. Det at Marthe svinger på den grandiose polen kan ha gjort det vanskelig for hjelperen å stå i situasjonen sammen med henne. Det er nærliggende å tro at hjelperne ikke ville gått i fra henne, men at de har kjent på sinne, hjelpeløshet og frustrasjon på grunn av hennes impulsivitet og manglende innsikt i egen situasjon. Kan det tenkes at det er dette Karterud (1997) mener når han snakker om overføring?

6.4 «Når inn toning blir vanskelig»

I samtalen og i relasjonen nevnt innledningsvis i narrative er Marthe raskt ute med å teste meg ved å si at «er du her ennå?» og «du gir deg virkelig ikke du?» til slutten av samtalen hvor hun faktisk stiller krav til meg gjennom å si «vi har en del ting vi må arbeide med» på denne måten går jeg også fra å være et «null» til å få fullstendig innpass og innflytelse, men også et stort ansvar eller krav til hva jeg må gjøre for henne. Kan det tenkes her at Marthe spiller «flink» pasient eller er hennes motivasjon oppriktig gjennom at hun virkelig har funnet håpet. Jeg referer til Skårderud (2000) hvor han beskriver personer med spiseforstyrrelser, ansett som flinke da de søker mot målbare prestasjoner for å oppnå annerkjennelse hos venner og familie. I denne situasjonen kan det tenkes at dette vil gjelde også meg som Marthes «betydningsfulle andre». Det at Marthe sier til meg at «vi har en del ting å arbeide med» kan også ses på som at hun søker et idealiserende selvobjekt, en å støtte seg til som forsyner henne med kunnskap. Dersom det kan tenkes videre at Marthe etter dette utspillet skulle kommet med krav til meg som var vanskelig å innfri for eksempel at: Marthe ønsker at vi reiser til musikkforretningen umiddelbart da hun har sett en annonse i avisen om en ekstrajobb hun ønsker å søke på. Ettersom dette ikke er planlagt og heller ikke godkjent av behandleren til Marthe blir det vanskelig for meg å innfri hennes ønske. Dersom Marthe svarer meg at det er greit og at vi kan ta det igjen en annen

dag vil dette fortelle meg at hun ikke lar skuffelsen ta overhånd og at hun har kontroll over følelsene sine. Dersom Marthe blir rasende, avviser meg og begynner å gråte som følge av avslaget vil dette kunne ses på som manglende selvregulering, gjennom at hun ikke klarer å styre egen atferd, tenkning og følelser. Om Marthe reagerer negativt på avslaget må jeg på nytt prøve og inntone meg. For eksempel kan jeg fortelle henne at jeg skjønner opplevelsen hennes av å bli skuffet, men at jeg vil undersøke neste dag muligheten for å reise til musikkforretningen. På denne måten kan Marthe oppleve seg møtt, sett og forstått, men på den andre siden kan hun oppleve overinntoning ved at jeg sier at jeg skjønner opplevelsen hennes av å bli skuffet. Marthe kan oppleve manglende empati fra meg gjennom at hun tenker at jeg ikke kan forstå hennes opplevelse av og ikke få bestemme over eget liv. En slik situasjon kan også sette gjensidighetsrelasjonen på prøve. Kanskje får jeg ikke til å lykkes med inntoning resten av den dagen fordi uansett hvilken innfallsvinkel jeg prøver mislykkes jeg. Når jeg dagen etter møter Marthe igjen, må jeg på ny prøve og inntone meg. En måte å gjøre dette på kan for eksempel være: «jeg opplevde situasjonen i går som vanskelig», «Hvordan ser du på det i ettertid?». Som terapeut kan det tenkes at jeg opplevde situasjonen som frustrerende og at dette gjorde noe med meg. Dette kan også ses på som en overføring (Karterud 1997).

6.5 Hvordan styrke håp og drømmer?

Framover tenker jeg å legge til rette for at Marthe får ta små turer til en musikkforretning i nærheten. En viktig del av tilnærmingen vil være at Marthe blir møtt på det hun har en positiv følelse knyttet til som for eksempel hennes genuine interesse for musikkinstrumenter. Turen til musikkforretningen kan også være med på å bidra til å redusere Marthes skamfølelse gjennom å øke opplevelsen av vitalitetsaffekt. For at Marthe skal føle gjensidighet og aksept vil min innfallsvinkel ved spørsmålstilling være: «Så spennende Marthe», «hvilke instrumenter er du mest interessert i?», «Hvor lenge har du hatt denne skjulte interessen for musikkinstrumenter»? «Og «hvorfor har du holdt dette skjult?» Med denne type spørsmål er formålet at jeg viser henne at jeg er både nysgjerrig og interessert i hennes ressurser, mulige egenskaper og interesseområder. Gjennom denne spørsmålstillingen vil jeg trolig få svar som jeg kan bygge videre på. Dersom min nysgjerrighet ikke er ekte og oppriktig kan Marthe oppleve manglende inntoning ved at hun ikke føler at jeg gir nok av meg selv. Dette kan for Marthe medføre ytterligere belastninger som for eksempel økt skamfølelse (Karterud 1997).

Det vil være viktig i relasjonen å gi Marthe opplevelsen av at jeg tar hennes skjulte lidenskap for musikkinstrumenter på alvor. At jeg viser henne at det foreligger muligheter for henne der ute selv om hun nå er innlagt på lukket post. På denne måten vil jeg også som hjelper kunne oppleve at Marthe speiler seg i meg. At jeg er den som forsyner henne med betingelsesløs kjærlighet. På denne måten vil Marthe se at livet byr på valgmuligheter og forhåpentligvis vil det styrke identiteten hennes og et håp om å arbeide mot en framtid. I følge Borg og Topor (2011) er det hjelpers oppgave å holde håpet oppe når pasienten selv ikke er i stand til det. At hjelper er bærer av håp er avgjørende i alt hjelpearbeid. Videre er det hjelpers viktige oppgave å bistå pasienten til å gripe fatt i håpet igjen forså og bevare det (Borg og Topor 2011).

Sammen avtaler jeg og Marthe hvilken dag og tidspunkt det passer for henne å gjennomføre turen til musikkforretningen. Marthes medvirkning i denne situasjonen er av betydning, ettersom hun er innlagt på lukket post og at det av den grunn allerede foreligger en del begrensninger. Det å kunne bidra til å legge til rette for at Marthe har muligheten til å medvirke i egen behandling gjennom å gjøre valg er derfor viktig i denne settingen. Hensikten her er at Marthe får opplevelsen av meg som et tvillingsøkende selvobjekt, at hun får være en del av felleskapet gjennom felles planlegging. Dersom det var jeg som la føringer for hvordan og når besøket skulle gjennomføres ville jeg lett havnet i en overposisjon til Marthe. Dette kan også ses på som selektiv inntoning ved at Marthe blir møtt på ønsket sitt om tur til musikkforretningen, hun blir bare møtt på et enkelt område nemlig at vi skal reise til musikkforretningen, men hun får ikke delta fullstendig i planlegging av gjennomføringen (Karterud 1997).

Når vi ankommer butikken blir Marthe ekstatisk hun signaliserer at hun ønsker å skrives ut umiddelbart fordi hun ønsker å starte og søke jobb i musikkforretningen. Dette viser igjen hvor Marthe svinger på den grandiose polen. Marthe går her fra å være verdiløs, ha mistet motet til å mestre alt i øyeblikket. Her blir utfordringen å være støttende, samtidig som jeg vet at hun fortsatt er behandlingstrengende. Dersom jeg hadde møtt Marthe med å si at det er umulig fordi hun fortsatt er behandlingstrengende vil jeg på denne måten komme i en overposisjon gjennom å være belærende. Samtidig som jeg vil risikere at Marthe mister tillit til meg og på denne måten vil jeg heller ikke være den viktige objektrelasjonen hun har ønsket seg og trenger. Vi beveger oss lenger inn i butikken og Marthe finner et piano

som er utstilt i butikken og som hun ønsker og prøve. Hun stråler av glede. Jeg kikker på klokken og ser at tiden har flydd. Hvordan sier jeg i fra uten at Marthe føler avvist? Jeg sier så til Marthe at vi snart må tilbake til avdelingen. Marthe blir sint, sier at jeg av alle burde forstå hva dette betyr og hvor viktig det er for henne. Jeg kjenner gjensvaret hennes som noe sårende etter å ha brukt mye tid og energi på å møte henne på best mulig måte. Jeg velger å trekke meg tilbake i noen minutter før jeg igjen går bort til pianoet hvor Marthe sitter. Jeg sier: «Marthe! Klokken er der nå så vi må nesten reise tilbake». Marthe ser på meg og sier: «er det rart at jeg blir stresset slik som du maser og stresser meg». Dette kan være en beskrivelse på projeksjon. Marthe «rettferdiggjør» at hun blir stresset i situasjonen ved å legge skylden på terapeuten. Når vi kommer tilbake til avdelingen begynner jeg å tenke at det var ikke slik jeg hadde ønsket at situasjonen skulle ende. Marthe har nok rett i at jeg maste for mye på henne. Kan det være dette Karterud (1997) mener når han snakker om proaktiv identifikasjon når jeg som terapeut begynner å føle det hun legger ut?

I etterkant av besøket i musikkforretningen kan det og utforske opplevelsen til Marthe være med på å gjøre henne mer selvopplevende. Som terapeut kan jeg for eksempel stille spørsmålet: «hvordan opplevde du det å være i musikkforretningen?». Ved denne spørsmålstillingen vil jeg vise Marthe at jeg tilpasser meg hennes øyeblikks opplevelse. Marthe svarer at: jeg blir så full av liv og håp. Jeg spør så videre: «hva er viktig for deg akkurat nå?» Marthe reflekterer lenge før hun svarer at hun vil bli frisk og leve livet sitt igjen. Dersom jeg hadde svart henne at: Du er vel innstilt på at det kommer til å ta tid. Ved et slikt gjensvar vil Marthe trolig kunne oppleve skam, forlegenhet, ydmykelse og tristhet. Dette fordi det kan tenkes at hun befinner seg i drømmene og i øyeblikks opplevelsen, og ikke minst på den grandiose polen om at hun klarer alt. Dersom jeg ikke hadde møtt henne i dette øyeblikket ville hun kunne mistet tilliten til meg og med det utfallet av at alliansen og relasjonen ble brutt. Jeg spør heller derfor: «Når følte du sist at du hadde det bra?» Marthe svarer at det var når hun hadde vært stabil i et år hun følte da at hun hadde fått overskuddet tilbake. Jeg følger på oppfølgingsspørsmålet: «Hva var det ved denne situasjonen som gjorde at du hadde det bra?» Jeg brukte tiden til hjelp svarer Marthe. Gjennom min spørsmålstilling vil hun kanskje føle større selvsammenheng, samt bli mer selv opplevende.

7.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan en selvpsykologisk tilnærming kan gjenskape sammenheng i mennesket og føre til helhet, styrke og opplevelsen av å eie egne følelser, samt integritet. Jeg har også belyst den særs fine balansegangen i det å treffe med inntoning, samt det og møte pasienten følelsesmessig likt, der hun befinner seg, og hvor utfordrende dette kan være for hjelper og i relasjonen for øvrig.

Jeg viser også til nyere forskning hvor det er gjennomført en rekke studier i forhold til spiseforstyrrelser og forholdet til skam. Undersøkelser konstaterer at personer med spiseforstyrrelser i stor grad sliter med skamfølelse (Troop, Allen og Serpell 2008). Videre viser forskning til at terapeuten ved å fremme støtte og være medfølende vil kunne drive god behandling. Undersøkelser viser også klart at terapeutens oppførsel og tilnæringsmetode er av betydning for om en klarer å overvinne sykdommen og redusere skamfølelse. Det at hjelper har relevante kunnskaper om forholdet til skam er nødvendig for å kunne tilnærme seg, forstå og romme denne problemstillingen.

(Allison og Carter 2013)

Sett i lys av en selv psykologisk tilnærming tenker jeg at fokuset på inntoning og empati vil være grunnleggende i møte med mennesker som rammes av denne problemstillingen. Utfordringen ved bruk av selvpsykologiske tilnærming kan som Karterud (1997) beskriver det være vanskelig dersom terapeuten mangler personlige egenskaper, lang trening og erfaring. Utfallet dersom terapeuten ikke viser tilstrekkelig «egnethet» kan være at pasienten opplever ytterligere traumatisering.

Hvorvidt helsepersonell er tilstrekkelig rustet til å møte denne problemstillingen i behandlingsrommet kan diskuteres. Dersom en skal få en bredere forståelse av dette temaet vil det være nærliggende å tro at en større kartlegging, dokumentering på området må gjennomføres. Kanskje en må gå dypere i materien for å forstå problemstillingen som helhet. Jeg tenker da hvordan vil forholdet til skam vise seg ved tillegglidelser som for eksempel ved depresjon, hvordan oppleves forholdet til skam når en i tillegg sliter med traumer som for eksempel overgrep, eller hvordan vil forholdet til skam vise seg hos personer hvor selvskading også er en problemstilling. Det kan tenkes at forholdet til skam i tilknytning til spiseforstyrrelser kan forandre seg, både reduseres og forsterkes ut i fra livserfaringer, personlige kvaliteter og gjennom utvikling.

Som sykepleier i sykehusavdeling er min erfaring rundt denne problemstillingen at dette temaet ikke er særlig diskutert eller anerkjent som problemstilling. Jeg tror heller ikke at dette er særegent å gjelde bare min arbeidsplass. Spørsmålet jeg sitter igjen med er om en selvsykologisk tilnærming kan bidra til å hjelpe og skape dialog rundt temaet skam i tilknytning til spiseforstyrrelser med pasienter?

Litteraturliste

- Allison, Kelly C; Carter, Jacqueline C. [Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. \[References\]](#). Year of Publication 2013. British Journal of Clinical Psychology. Vol.52(2), Jun 2013, pp. 148-161. [Journal; Peer Reviewed Journal] psycINFO.
- Andersen, Anders Johan W 1997. *Uten fasit-Perspektiver på miljøterapi*. Cappelen Akademiske Forlag as.
- Berg, Geir og Pallesen, Stål. (2004). *Skam og selyfølelse*: Teoretiske aspekter og psykometriske egenskaper ved en norsk versjon av Internalisert skam-skala. Fagartikkel. Gyldendal Norske Forlag AS.
- Borg, Marit og Topor, Alain (2011) *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommunikasjonsforlaget AS.
- Cullberg, Johan. *Dynamisk psykiatri* (2003) Oslo: Tano Aschehoug.
- ICD-10, *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (2011) (10 revisjon) Norsk utgave. Helsedirektoratet.
- Karterud, Sigmund 1997. *SELVPSYKOLOGI: Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Røer, Anne (2006). *Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Shibbye, Anne-Lise Løvlie. 1998. *Å bli kjent med seg selv og andre I Psykiatri i endring: forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*, Anders Johan W. Andersen og Bengt Karlsson, red., s.163-182. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Shibbye, Anne-Lise Løvlie. 2002. *EN DIALEKTISK relasjonsforståelse I PSYKOTERAPI MED INDIVID, PAR OG FAMILIE*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Skårderud, Finn 1994. *nervøse SPISE forstyrrelser*. Tøyen: Universitetsforlaget.
- Skårderud, Finn 2004. *Sterk/Svak*. Håndboken om spiseforstyrrelser .Oslo:Aschehoug.
- Skårderud, Finn. *Skammens stemmer- om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet*. Tidsskrift for Den norske legeförening nr 13:2001; 121:1613-7.
- www.Statens helsetilsyn.no. *Alvorlige spiseforstyrrelser*. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten.

Troop Nicholas, Allen Steven, Serpell Lucy, Treasure Janet. Shame in Woman with a History of Eating Disorders. (Review). *Eur.Eat.Disorders Rev.*16,480-488(2008). Wiley Interscience.

Weiselberg EC, Gonzalez M, Fisher M. *Eating disorders in the twenty-first century.* (Review). *Minerva Ginecologica.* 63 (6):531-45, 2011 Dec. Journal Article. Review. MEDLINE.

Woolburg Eileen, Meyer Bjorn, Bernhard Lowe. *Psychological change mechanisms in anorexia nervosa treatments: how much do we know?(Review).* Year of publication 2013 Jul. *Journal of Clinical Psychology.*69(7):762-73.MEDLINE.

