



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Jeg vil ikke dø men orker ikke å leve lenger

Manuela Heggdal

Totalt antall sider inkludert forside: 43

Molde, 14.04.2020



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

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

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ingrid Olavsdotter Nesland

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 14.04.2020

Antall ord: 8843

Sammendrag

I denne oppgaven vil jeg fordype meg inn i følgende problemstilling:

Hvordan kan selvpsykologisk tilnærming bidra til å formidle håp til personer med alvorlig depresjon som har gjennomført ett eller flere suicidforsøk?

Tema selvmord er knyttet til mye usikkerhet, skam og stigma. Oppgaven skal kunne bidra til økt kunnskap og dermed bedre forståelse hos oss.

I teoridelen beskriver jeg de viktigste begrepene fra selvpsykologien og suicidal adferd, som er relevante for å belyse problemstillingen. Depresjonen har jeg knyttet opp mot suicidal adferd.

Empirien handler om ei kvinne som jeg har møtt flere ganger i løpet av de siste årene og som har berørt meg sterkt i forskjellige situasjoner. Jeg vil fortelle hvordan samspillet har vært før og etter videreutdanningen min.

I diskusjonen skal jeg drøfte hvordan man med hjelp av selvpsykologisk tilnærming kan formidle håp hos pasienten med hovedfokus på empati og inntoning og hvilke utfordringer vi kan komme i møte. Jeg skrev også et lite avsnitt om min egen prosess i samhandling med pasienten og hvordan det var «Å være meg» i denne prosessen.

Konklusjonen er en personlig konklusjon og det jeg har kommet fram til er at vi må møte pasienter på følelsene sine og prøve «å gå i deres sko». Så kan vi få muligheten til å besvare spørsmålene pasienten stiller seg selv eller til oss. Jeg tok også med forslag til videre forskning som jeg mener kan være aktuelt i forhold til oppgaven min.

Innhold

1.0 Indrodukjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensinger.....	2
1.4 Litteratursøk.....	3
2.0 Teori.....	3
2.1 Depresjon.....	3
2.2 Håp.....	5
2.3 Selvmordstanker-selvmordsforsøk- selvmord.....	6
2.3.1 Selvmordsprosess.....	8
2.4 Selvpsykologi.....	10
2.4.1 "Det tripolare selvet" og "Kjerneselvet".....	11
2.4.2 Selvobjekt og selvobjektsvikt.....	12
2.4.3 Inntoning.....	13
2.4.4 Empati.....	14
2.4.5 Motstand.....	15
3.0 Empiri.....	16
4.0 Diskusjon.....	21
4.1 "Den viktige barndommen -når de betydningsfulle andre svikter.....	21
4.1.1 ... og så går livet sin gang.....	24
4.2 Når håpet er borte- viktigheten av empati og gode selvobjekter.....	25
4.3 Suicidforsøk- et forsøk på å føle seg levende eller et ønske om å dø?.....	28
4.3.1 Et vanskelig tema å snakke om men samtidig så viktig.....	29
4.4 Hvordan var det for meg å skrive denne oppgaven?.....	30
5.0 Konklusjon.....	32
6.0 Litteraturliste.....	34

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Selv mord er ikke bare et samfunnsproblem, det er først og fremst en katastrofe for de som blir rammet, familie, venner, kollegaer og hjelpeapparatet.

Ifølge Vivat (2020) har 260 000 personer selvmordstanker til enhver tid i Norge.

Nye data fra dødsårsaksregisteret viser at 674 mennesker døde av selvmord i Norge i 2018. Det ble ikke registrert et sånt høyt antall side perioden fra 1988-1991. 202 kvinner og 472 menn tok sitt eget liv og det var den største økningen vi har sett noensinne i Norge (suicidologi nr3/2019).

Vi som helsepersonell har ikke bare yrkesetikken vi skal forholde oss til, vi er også medmennesker med personlige holdninger og verdier. Som sykepleier har jeg et overordnet ansvar for å bevare liv og skal forholde meg til pasienten slik at pasientens integritet bli bevart eller styrket.

Temaet «selvmord/selv mordsforsøk» er et veldig sårbart tema og dessverre fortsatt knyttet til mye skam og stigma. Mange kjenner på en stor usikkerhet når det handler om å snakke med en person som har prøvd å ta sitt eget liv eller som har tanker rundt dette. Selv har jeg stilt meg spørsmålet flere ganger: «Hva skal jeg gjøre? Skal jeg være direkte og spør: «Har du tanker om å avslutte livet ditt?»

Jeg jobber på en psykiatrisk døgnpost og vi har mange pasienter med en depressiv lidelse fra moderat til alvorlig grad. Flere er innlagt etter suicidforsøk. Jeg har et sterkt ønske om å øke kunnskapen min rundt dette tema, sånn at jeg kan være en støtte og veileder for de mest sårbare menneskene.

Jeg har fått inntrykk av at «Selvmord og selvmordforsøk» har fått mer oppmerksomhet siste tiden i Norge. Vi må tør å snakke om dette, sånn at vi kan prøve å forstå hva personer som har mistet alt håp tenker, føler og trenger støtte til.

Denne oppgaven vil handle om hvordan en selvpsykologisk tilnærming kan bidra til at det selvmordtruede mennesket kan føle seg forstått og tatt på alvor. Empatisk inntoning står sentralt i selvpsykologien og er grunnleggende når vi vil hjelpe en person med å finne tilbake livsmotet. Ut ifra teorien om selvets utvikling er det mulig å få en bedre forståelse av hvorfor den enkelte handler sånn som han gjør. En trygg og støttende relasjon mellom hjelperen og pasienten er forutsetningen for god samhandling. Når pasienten blir møtt med empati og føler at hjelperen er oppriktig interessert i det han eller hun opplever vil det være mulig å veilede pasienten til mestring og dermed vise at det finnes håp, alltid.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan selvpsykologisk tilnærming bidra til å formidle håp til personer med alvorlig depresjon som har gjennomført ett eller flere suicidforsøk?

1.3 Avgrensning

På grunn av oppgavens omfang vil jeg ikke gå nærmere inn på rusproblematikken til pasienten. Videre har jeg fokus på voksne personer, spesielt eldre, og ikke ungdommer.

I teoridelen har jeg fokus på depresjon knyttet opp mot selvpsykologi og selvmordsfare. Jeg vil ikke gå nærmere inn på alle kjennetegn til depresjon.

1.4 Litteratursøk

I mitt litteratursøk brukte jeg databasene ProQuest og Ovid. Søkeordene var «suicidal behavior» «suicide*» «hope» «self psychology». Jeg fikk 1 treff men artikkelen var ikke relevant for oppgaven min. Årsaken til at jeg ikke fikk flere treffe kan være at kombinasjonen av søkeordene var mangelfull og det kan være en svakhet i oppgaven.

Jeg fant mye relevant faglitteratur både i pensumlista og på diverse internettsider og fagblader. Kildene jeg benyttet meg mest av var: Sykepleien, Suicidologi, Nasjonal senter for selvmordsforskning og forebygging.no, helsebiblioteket.no, psykologisk.no og Google Scholar.

2.0 Teori

2.1 Depresjon

Depresjon er den hyppigste psykiske lidelsen hos eldre. I sin alvorlige grad er depresjon en svært belastende lidelse som kan sette et menneske helt ut av spill. Alvorlig deprimerte opplever ofte at de ikke er i stand til å takle hverdagen. Personer som blir rammet føler at «livet er tungt å leve» og «alt er håpløst». Sykdommen kan dermed føre til økt selvmordsfare. Depresjonens mest fremtredende symptomer er tristhet, pessimisme, lav selvaktelse, tap av glede og interesse, følelse av verdiløshet, nedsatt selvfølelse og selvtillit, redusert mestringsfølelse og håpløshet. Søvnløshet, redusert matlyst, angst, konsentrasjonsvansker, mange somatiske plager er også kjennetegn til depresjon (Håkonsen 2015).

Depresjon deles inn i 3 ulike alvorlighetsgrader. Hos personer med mild depresjon samsvarer tristheten med den aktuelle situasjonen han eller hun befinner seg i (for eksempel dyp sorg på grunn av dødsfall). Følelsene vedvarer ikke og skaper ikke funksjonssvikt. Dessuten er realitetsorienteringen i takt og selvfølelsen er stabil (Håkonsen 2015). Moderat depresjon kjennetegnes av lav selvaktelse og negativt selvbilde. Dømmekraften er dårlig, det betyr at egne evner blir undervurdert og andres intensjoner blir mistolket. Virkelighetsoppfatningen er forstyrret (personen mener at andre har en negativ oppfatning av vedkommende). Kvaliteten av objektrelasjoner er svekket og betydningsfulle andre er ikke internalisert godt nok. Videre har personen en tendens til å trekke seg tilbake fra det sosiale livet. Mye grubling og tanker om livets mening bestemmer hverdagen (Håkonsen 2015).

Ved alvorlig depresjon er vurderingsevne svært dårlig (personen bryr seg ikke om konsekvensen av sin adferd). Vrangforestillinger kan forekomme og realitetsoppfatningen er i stor grad forstyrret (kroppslige feiltolkninger og følelsen av fremmedgjøring). Personen tåler ingen form av tapsopplevelser fordi objektrelasjonene er dypt forstyrret. Personens kommunikasjonsevne er betydelig redusert og en tilstand av tilnærmet stumhet kan forekomme. Avstanden mellom «det moralske selvet» (hvordan vedkommende mener han burde være) og slik vedkommende faktisk opplever seg (ulykkelig, fortvilt, hjelpeløs til ingen nytte) er så stor at følelser av verdiløshet og skyld er dominerende. De negative tankebanene er meget dominerende og det er umulig å se lyspunkter i livet – selvmordsfaren øker betraktelig (Håkonsen 2015).

2.2 Håp

Ifølge Hummelvoll (2012) er håp ett av de 9 hjørnesteinene innfor psykisk helse. Håpet er av vesentlig betydning for å kunne komme seg gjennom en livskrise.

«Håpet er det stoff vårt liv er laget av. Det kan være ille medtatt og tilredt, men ligger likevel i sjelens kjerne og kan bare utryddes sammen med livet selv.» (Gabriel Marcel)

Mister et menneske alt håp så øker selvmordsfaren betraktelig. Personer som er dypt deprimert og har prøvd å ta sitt eget liv beskriver ofte en opplevelse av håpløshet. Det er viktig å akseptere disse følelser. Når livet preges av håpløshet, fortvilelse og mangel på løsninger er det en tung last å bære. Men vi må lære å tåle å lytte til den dype fortvilelsen. Ifølge Travelbee (1971) kan sykepleierens holdninger som handler om trygghet, tillit, utholdenhet og motvedlikeholde og gjenskape håp (Vråle 2018).

Trygghet og tillit er to sentrale begrep når vi vil vekke håp hos pasienten. For eksempel kan primærkontaktsystemer og mestring skape trygghet. Å klare seg selv kan gi selvtillit og trygghet. Mestring er også en beskyttelsesfaktor mot selvmord (Vråle 2018).

Vibeke Lohne har forsket på håp i 35 år. *«Håpet får frem det beste i oss og holder oss oppe når livet er vanskelig.»* (Lohne 2019). Forskningen hennes dokumenterer at mennesker som håper har det bedre enn mennesker som ikke håper. Ifølge Lohne er håp alltid fremtidsorientert og håpets innhold (det en person håper på) alltid positiv. Det betyr også at håp aldri kan være «feil eller falskt» fordi vi ikke nøyaktig vet hva framtiden vil bringe. Håpet er alltid dyp personlig. Vi kan lytte til pasienten og veilede og informere om håpets mulighet, men vi kan ikke «gi» pasienten håp eller lede det i en spesiell

retning. Det er pasienten selv som bestemmer hva han eller hun vil håpe på (sykepleien 06/2019 s.16). Lohne hevder videre at essensen i håpet er: «*Alle kan ikke bli frisk eller bra, men alle kan få det bedre eller ha det bra*»

Spesiell i samhandling med det selvmordtruede menneske er det viktig å gi nye perspektiver på livssituasjonen. En person som har mistet alt livsmot er overbevisst om at livet ikke er verdt å leve lenger og ingen bryr seg. Personen ser på verden og livet sitt gjennom et par briller som er mørke og dystre. Da kan hjelperen på en var og respektfull måte presentere sitt eget syn på situasjonen. Å vise at det finnes andre muligheter å se situasjonen på kan bidra til å vekke nytt håp hos vedkommende. Det å åpne opp for muligheten til å forstå at de mørke brillene ikke gir det eneste «sanne» bilde av virkeligheten kan også bidra til at vedkommende reflektere over situasjonen han eller hun er i og begynner å håpe (Kristoffersen og Nortvedt 2015).

2.3 Selvmordstanker – selvmordsforsøk - selvmord

Selvmordstanker:

Det er ikke uvanlig å ha flyktige tanker om å dø, for eksempel: «Kunne jeg bare være dø så ville jeg slippe alle bekymringene mine».

For personer med alvorlig depresjon kan slike tanker være en permanent tilstand i hverdagen. Å ha sånne tanker kan oppleves både skremmende men de kan også formidle trøst. Trøst, i å tenke på dette og vite at de har et valg. Og, det er et langt skritt fra tanke til handling (Berge og Repål 2013).

Selvmordsforsøk:

Et ønske om å dø eller et fortvilet rop om hjelp? Det kan være vanskelig å skille mellom disse to. Ofte er det begge deler og noen gang kan det være en impulshandling i forbindelse med rusmidler som en reaksjon på en livskrise.

Som regel dreier det seg om en engangshendelse, men i noen tilfeller kan selvmordsforsøk eller trusler om selvmord gjenta seg over tid. Tidligere selvmordsforsøk er en av risikofaktorene for selvmord (Berge og Repål 2013).

Det er avgjørende at pasienten får omsorgsfull hjelp til å utforske og reflektere over det som har skjedd. Refleksjoner kan da oppleves som å bli tatt på alvor og kan utgjør en viktig forskjell for pasientens framtid (Vråle 2018).

Selvmord:

Selvmord kan defineres på flere forskjellige måter. Ifølge Shneidman (1993) er selvmord et resultat av en dynamisk prosess. Han mener at selvmord er en bevisst selvpåført, tilintetgjørende handling. Et menneske opplever en ekstremt komplisert krisetilstand med sentrale udekkede psykologiske behov og selvmord anses som eneste utvei. Mennesker er relasjonelle vesen og når vi opplever mangel på tilhørighet eller ødeleggelse av nære relasjoner med påfølgende følelser av å være forlatt over tid, kan det føre til en livskrise. Alle mennesker har et behov for å bli forstått, sosial akseptert og behov for autonomi. Når vi da har en følelse av nederlag, ydmykelse, sterk hjelpeløshet kan selvbilde være truet, vi mister kontroll over vårt eget liv og det kan føre til frustrasjon og økende psykiske smerter. Personen kan kjenne på psykiske smerter så voldsomt at de fremstå som uutholdelige. Ved selvmordshandlinger er det ikke nødvendigvis et ønske om å dø som ligger til grunn men å redusere disse smertene (Vråle 2018).

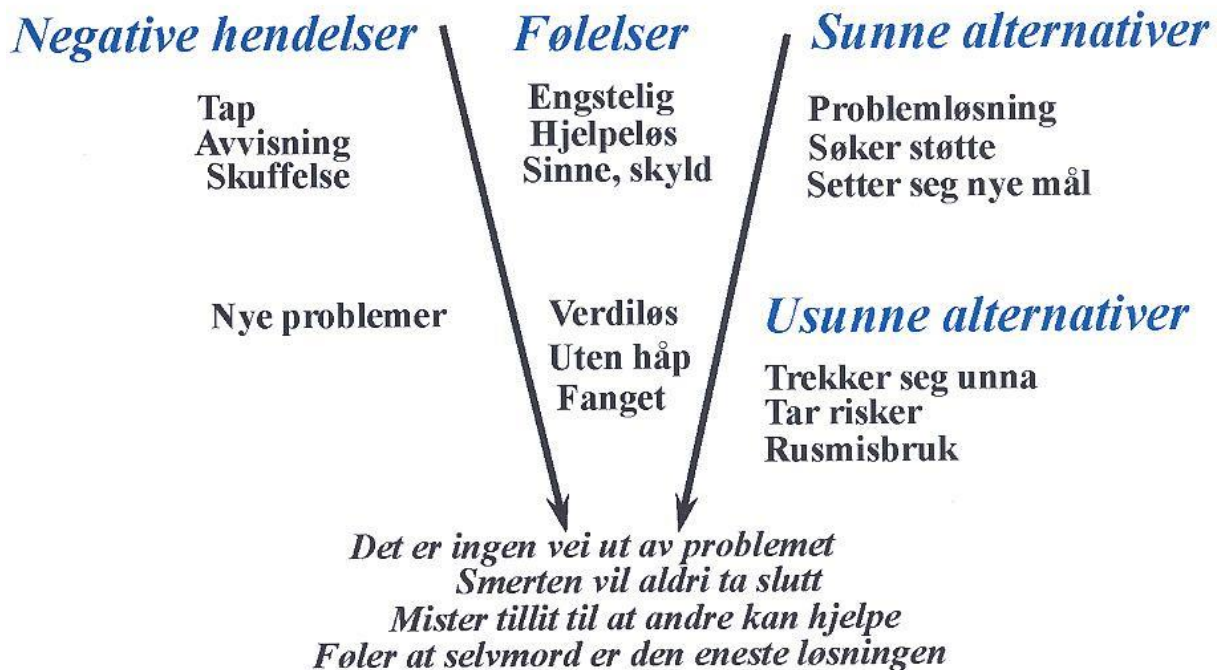
2.3.1 Selvmordprosessen:

Lars Mehlum illustrerte 2007 selvmordsfenomenet som en prosess. Han mener at psykiske traumer, belastende livshendelser, sårbarhet og/eller psykiske lidelser kan medvirke til utvikling av selvmordstanker. Videre i prosessen kan mangel på sosial tilhørighet og støtte, eventuelt også sosial smitte og/eller rusbruk føre til håpløshet, meningsløshet og dermed forsterke selvmordstanker. Andre faktorer som påvirker prosessen er tilgang på metoder og impulsivitet (Vråle 2018).

Selvmordprosessen beskriver utviklingen fra tanker som det selvmordtruede menneske har men ikke snakker om via å meddele de tankene til andre til selvmordsforsøk og til gjennomført selvmord (forelesning Nesland 6.mars 2019).

Ved selvmordsfare er tankene og følelser innsnevret, noe man kaller for «Tunnelsyn». Tankene er preget av enten/eller tenkning, svart/hvit, liv/død. Når alt er håpløst ser personen svart på livet og negative tanker og følelser blir forsterket fordi personen ikke evner å se det som finnes utenom (forelesning Nesland 6.mars 2019).

”Tunnel-syn”



(forelesning Nesland 2019).

2.4 Selvpsykologi

Selvpsykologi har sitt utgangspunkt i det psykodynamiske perspektivet og har en systemisk forståelse- alt henger sammen. Tenkningen bestemmes av hermeneutikken og fenomenologien.

Alle mennesker er unike og opplever verden forskjellig. Det betyr i denne sammenheng at det ikke finnes kun den ene sanne virkelighetsforståelsen. Mennesker må forstås på egne premisser og virkeligheten er fortolket ved at den settes inn i en betydningssammenheng. Selvpsykologien viser stor respekt til menneskets subjektive opplevelser (Haugsgjerd, Jensen, Løkke 2015).

Heinz Kohut er selvpsykologiens grunnlegger. Han tok utgangspunktet i Freud`s psykoanalysen, men distanserte seg fra Freud`s teorier om at mennesker er lyst-og driftsstyret. Vi mennesker er født relasjonelle. Kohut ønsket en videreutvikling av psykoanalysen. Han mente at individet ikke er først og fremst drevet av ønsker om behovstilfredsstillelse men av en indre kraft som strever etter å skape mellommenneskelige erfaringer. Behovet for relasjoner og tilknytning står sentralt. Dette blir bekreftet av Daniel Stern`s tilknytningsteori. Forskningen til Stern viser at det lille barnet er behovsorientert, grunnleggende sosialt og søker etter mellommenneskelige relasjoner. Dette avkrefter Freud`s teori (Hartmann 1997).

Kohut hevder at fragmenterte selvopplevelser og ikke utilfredsstilte drifter er kjernen i all psykopatologi. Individets subjektive opplevelser av det som har skjedd står i selvpsykologiens fokus og ivaretagelsen av personens selvfølelse og selvrespekt er overordnet. Mennesket skal føle seg forstått av terapeuten. Målet i selvpsykologien er og forstår personens subjektive opplevelsesverden og livshistorie fremfor intrapsykiske konflikter (Hartmann 1997).

Sentrale begrep innenfor selvpsykologien er: det tripolare selvet, kjerneselvet, selvobjekt, selvobjektsvikt, intoning, empati, overføring/motoverføring og motstand.

2.4.1 «Det tripolare selvet» og «kjerneselvet»

Hva betyr egentlig «selvet»? Selvet betyr: *Hvordan opplever jeg meg selv og meg selv i forhold til andre.* Det anses som et sammenhengende system av: *Hvem jeg er.*

Kohot deler selvet i 3 deler, «det tripolare selvet», som til sammen danner kjerneselvet. Alle 3 poler har 2 ytterpunkter. Når man har utviklet et modent og stabilt selv vil man se seg selv på midten av de 2 ytterpunktene.

Det grandiose selvet:

«Hvordan ser jeg meg selv?» «Hvilke verdier har jeg selv?»

I sin arkaiske form betyr det at man vil bli sett på som verdens midtpunkt, står høyere enn alle andre og har urealistiske ideer som ikke samsvarer med normene i et gitt samfunn. På den andre siden av det grandiose selvet vil man oppleve seg som verdiløs og til ingen nytte.

Det idealiserende selvet:

«Hvilke styrket har jeg inn i meg selv?»

Et individ kan enten ha et stort behov til å hjelpe andre og ikke trenge hjelp til noe som helst eller så kan det oppleve seg selv som helt hjelpeløs, klarer ingenting selv uten støtte fra andre.

Følelsene av å bli holdt, holdt oppe av noe større enn en selv, trygghet og tillit, å kunne støtte seg til noen er her forankret.

Det tvillingsøkende selvet:

Det innebærer et ønske om likeverdighet og tilhørighet, å ha noe felles med andre. I en umoden variant kan man oppleve seg som en «hybrid mellom et menneske og et dyr» man må for eksempel følge ritualer som dyr gjør.

2.4.2 Selvobjekt og selvobjektsvikt

Selvet dannes gjennom relasjoner. Det er helt avgjørende å ha trygge, gode og stabile relasjoner for å kunne utvikle et modent, stabilt og vitalt selv.

Selvobjektet eller «den betydningsfulle andre» er helhetlig subjektiv og kan både være et menneske, dyr, kosedyr, religion ol, noen eller noe som har stor betydning i en viss livsperiode.

Kohut skiller mellom 3 typer selvobjekt:

Det speilende selvobjekt kan formidle følelsen av å bli anerkjent, verdsatt, bekreftet og forstått akkurat som den personen du er. Alle mennesker har et behov for å bli sett. Blir dette behovet ikke tilfredsstilt så kan det true utviklingen av det grandiose selvet – man vil søke etter anerkjennelse og bekræftelse.

Det idealiserende selvobjekt er noen/noe en person kan se opp til, støtte seg til når man møter utfordringer man ikke mestrer selv. For eksempel kollegaen som har mer erfaring/ kunnskap og er et forbilde for meg.

Det tvillingsøkende selvobjekt er noen/noe jeg kan sammenligne meg med. Bestevenninnen som har samme interesser, klær osv kan være et godt eksempel.

Mennesker har behov for selvobjekter gjennom hele livet. Allerede spedbarn er relasjonsorientert og trenger stabile selvobjekter og trygg tilknytning. Blir barnet utsatt for selvobjektsvikt står det i fare for å utvikle et umodent og ustabilt selv. Dette kan påvirke vitalitetseffekten (opplevelsen av å føle seg levende), selvsammenheng (det å føle seg hel, «det er meg» over tid) og affektregulering (å ha kontroll over sine følelser og adferd og å være i stand til å tilpasse dem i forskjellige situasjoner) senere i livet.

Også i terapeutisk sammenheng kan det forekomme at vi svikter pasientene våre. Vi tar ferie, kan bli syke og må avlyse timen, er uopplagte og/eller uoppmerksomme. Fra pasientens side kan det oppleves som selvobjektsvikt (Hartmann 1997).

2.4.3 Inntoning

Inntoning kan enkelt forklares som «brua til relasjoner». Det handler om hvordan vi som omsorgspersoner klarer å tilpasse oss de ulike situasjonene vi kan stå i. Som tidligere nevnt er det viktig at pasienten føler seg sett og hørt, tatt på alvor. Vi skal bekrefte og anerkjenne følelsene pasienten formidler og det kan bidra til god selvutvikling. Inntoning skjer gjennom kommunikasjon, både verbalt og non-verbalt.

Det finnes forskjellige typer inntoning som kan påvirke selvet på en mer eller mindre negativ måte. Vi skiller mellom manglende inntoning, overinntoning, selektiv inntoning og feilinntoning.

Ved *manglende inntoning*- responderer man ikke på det den andre uttrykker. Personen får ikke bekreftet sitt eget følelsesliv. For eksempel et barn søker kontakt med sin mor men mora reagere ikke i det hele tatt. Barnet vil først bli frustrert og etter hvert slutte å prøve å ta kontakt.

Ved *overinntoning* er det for mye av det andre, samt for mye respons. Det kan oppleves som følelsesmessig invaderende, invadert av andres beskrivelse av hvem man er.

Ved *selektiv inntoning* godtar man ikke de følelsene den andre har. Egne verdier og holdninger står i sentrum. Når et barn ikke bli godtatt sånn som barnet er, vil barnet utvikle et «falsk selv», som en type forsvarsmekanisme, og ikke vise sine ekte følelser lenger.

Ved *feilinntoning* blir man møtt med varierende respons på samme handling. Et lite barn vil ikke kunne forstå det som skjer og vil ikke være i stand til å stole på seg selv. Her utvikles det «et skjult selv» og barnet har vanskelig for å dele følelser med andre da responsen er uforutsigbart. Det eneste som føles trygt er å være «usynlig» (Hartmann 1997).

2.4.4 Empati

Empati kan defineres som:

«... Evnene til kognitivt og emosjonelt å plassere seg, så konsekvent som mulig, i den andres sko. Prøve og observere og følelsesmessig forstå klienten fra innsiden, slik klienten opplever og forstå seg selv og andre.» (Hartmann 1997).

Kohut hevdet at empati er psykoanalysens viktigste observasjonsmåte og kun gjennom empati får vi tilgang til den andres indre verden. Følelsesmessig forståelse, bekreftelse og anerkjennelse er viktige ingredienser. Empatisk lytting til det pasienten prøver å formidle og forståelse kan hjelpe til at ubegripelige følelser og reaksjoner hos pasienten blir begripelig. Dette gir en bekreftelse som styrker selvfølelsen og pasienten vil kunne få en opplevelse av sammenheng, mening og vitalitet (Hartmann 1997).

Det handler ikke om å godta alt pasienten sier, men om å prøve å forstå hvorfor en annen person får disse følelsene og hvorfor han eller hun handler akkurat på denne måten.

Vi kan ikke selv påstå at vi er empatiske, det avgjøres av pasienten. Det å være oppriktig interessert, være omsorgsfull, bekrefte og anerkjenne pasienten akkurat sånn som han eller hun er og gjennom aktiv lytting, kan vi vise en empatisk holdning.

2.4.5 Motstand

Ifølge Kohut er motstand, i en selvpsykologisk sammenheng, en mer eller mindre bevisst tilbakeholdelse av informasjon som beskyttelse mot tidligere smertefulle opplevelser, for å kunne unngå ubehag. Motstand kan vise seg som for eksempel taushet, sarkastiske bemerkninger eller hyppig temaskifte i samtalen. Når pasienten reagerer med motstand kan det skyldes svikt i innstilling. Kohut understreker at man ikke må tolke motstand som mangel på innsikt i egen situasjon eller behandlingen. Det er viktig at terapeuten utforsker hva som har skjedd og eventuelt beklager hvis pasienten følte en svikt i innstilling/relasjon (Katerud 2002).

3.0 Empiri

Jeg vil fortelle om ei 72 år gammel dame som gjorde stort inntrykk på meg. Da jeg traff henne for første gang fikk jeg en følelse av at det er ei dame som er både sårbart og tøft. Det var jo bare en magefølelse eller var det kanskje mer?

Jeg jobber som sykepleier på en psykiatrisk døgnpost og Hilde, som jeg vil kalle henne, hadde flere innleggelse i løpet av de siste 7 årene. Hun bor aleine i egen leilighet, har to barn og 4 barnebarn men ellers et veldig lite nettverk. Familien hennes er et vanskelig tema for henne. Hilde har en lang sykdomshistorie. Da hun var 40 år gammel hadde Hilde sitt første suicidforsøk og fikk diagnosen depresjon. I tillegg er henne alkoholiker og fikk behandling for det. Jeg vil ikke gå nærmere inn på dette på grunn av oppgavens omfang, men mener det er viktig å nevne dette. Hildes problemstilling er veldig omfattende og sammensatt. Jeg kommer tilbake til dette i diskusjon fordi jeg mener at det er viktig for å kunne få et innblikk i kompleksiteten i hennes historie.

Tilbakeblikk:

Hilde og jeg møtet hverandre for første gang for 5 år siden og jeg hadde denne tiden lite kunnskap om sykdommen depresjon og ingen kunnskap om psykoterapeutiske tilnæringsformer. Men det var for meg en selvfølge å møte henne med forståelse, respekt, varme og empati. Jeg kjente på et sterkt ønske om å få hjelpe henne med å føle seg sett og hørt og tatt på alvor uten å

vite at det finnes tilnæringer som har empati i sentrum, spesielt selvspsykologi.

Den tiden var preget av mye usikkerhet på min side. Da Hilde var så dypt deprimert la hun stort sett i senga si og svarte ofte ikke eller veldig kort på spørsmålene mine.

M: «Hvordan går det med deg?»

H: ingen svar

M: «Vil du fortelle meg hvordan du har det nå?»

H: «Nei.»

M: «Vil du at jeg skal gå?»

H: «Ja.»

Det var en veldig ubehagelig situasjon. Jeg tenkte da: Det var jo et dumt spørsmål. Jeg ser ja at hun ikke har det bra. Men hva skal man si i en sånn situasjon? Noen ganger visste jeg ikke hva jeg skulle si eller kanskje helst ikke si. Ofte satt vi bare der i en taushet som føltes ubehagelig.

Jeg traff Hilde hver dag når jeg var på jobb. Noen ganger svarte hun på spørsmålene mine og noen ganger ikke. «Hvorfor?» lurte jeg på. Og så skjedde dette:

H: «Jeg vil gjerne si noe til deg. Takk for at du kommer til meg og bare er der.»

M: «Det er ingenting å takke for. Jeg ser at du har det helt forferdelig og vil gjerne hjelpe deg. Men jeg må ærlig innrømme at, av og til, vet jeg ikke hva jeg skal si til deg. Jeg føler meg så hjelpeløs.»

Jeg ønsker virkelig å hjelpe henne, men er ikke sikkert på hvordan. Jeg følte at jeg ikke stakk til.

Et spørsmål jeg stilte meg også denne tiden var: «Skal jeg spørre henne om hun har tanker om å ta sitt eget liv?» Jeg var rett og slett usikker og tenkte det gjør kanskje vondt verre. I dag vet jeg at det ikke stemmer. Jeg skal fordype meg inn i dette senere i oppgaven.

1.møte med Hilde 5 år senere

Det var en gråværsdag i november. Jeg hadde kveldsvakt den dagen Hilde kom på avdelingen for 7.gang. Vi fikk en liten rapport i vaktskifte og jeg skulle være kontaktsykepleieren hennes. Hilde oppholder seg kun på rommet sitt, gråter mye, spiser nesten ingenting og vil ikke prate med noen fikk jeg høre under rapporten. Jeg fikk en følelse av at flere ansatte var litt oppgitt over situasjonen. Men velger Hilde selv å ha det sånn?

Jeg ble godt kjent med hennes livshistorien i løpet av de siste årene og det jeg har lært under videreutdanningen bidrar til at jeg nå ha fått en mye bedre forståelse av dette som har hendt henne. Hun hadde det svært vanskelig i barndommen. Som eldst i en søskenflokk av 7 måtte Hilde tidlig ta ansvar for alle søsken. Behovene hennes ble ikke ivaretatt og hun fikk ikke muligheten til å etablere et stabilt selvbilde. Hele livet hennes var preget av dette. Hilde hadde også to ekteskap som var preget av mye psykiske smerter.

Jeg går til rommet hennes og banker forsiktig på. Ingen svar. Jeg banker på engang til:

M: «Hei Hilde, det er meg Manuela» sier jeg mens jeg åpner døra sakte. Det er mørkt og Hilde ligger i senga, under dyna og jeg ser bare så vidt ansiktet hennes. Det var vondt å se på henne. Jeg hilser en gang til og ser at hun kjente meg igjen. Kanskje var da en liten positiv overraskelse i blikket hennes? Hun har en liten lampe på nattbordet. Jeg spør om det var greit at jeg slår på det lille lyset. Hun nikker. Jeg setter meg ved siden av senga og ser at tårene triller.

M: «Det virker som om du er veldig sliten. Stemmer det?» Hun nikker.

M: «Er det greit at jeg sitter her lite granne?» Hun nikker.

Etter ca 10 min spør hun om hun kunne få et glass vann. Et lite spørsmål som betyr mye. Så begynner Hilde å snakke.

H: «Jeg har det så forferdelig vondt inn i meg. Alt er håpløst. Jeg er ikke verdt noen ting. Ingen vil ha meg.»

M: «Jeg ser det på deg at du ikke har det bra og jeg er her for å hjelpe deg om du ønsker det. Vi kan snakke sammen når du føler at du har behov for det eller så kan jeg bare sitte her og være sammen med deg. Det må jo være helt forferdelig å må kjenne på disse følelsene.»

H: «Ja, det er helt forferdelig.» Taushet

H: «Jeg klarer ikke å prate nå, men takk for at du er her.»

2 uke senere:

Hilde har det bedre nå. Hun deltar i fellesmåltider og takker ja når jeg spør om vi skal gå en liten tur.

M: «Har du noe på hjerte du ønsker å snakke om?»

H: «Hvorfor har jeg fått et sånt liv? Jeg føler meg så ensom, helt aleine. Ingen forstår hvordan jeg har det. Det eneste jeg får høre fra familien min er: *Du må bare ta deg sammen. Vi har jo alle dårlige tider av og til. Det kan jo ikke være så vanskelig.* Men jeg måtte ja ta meg sammen i hele mitt liv. Ingen så hvordan jeg hadde det.»

M: «Hele ditt liv? Hvordan var det da du var liten? Hadde du noen du kunne støtte deg til når du hadde problemer?»

H: «Hmm, nei, ingen. Eller kanskje bestemora mi, men hun døde da jeg var 9 år. Jeg hadde ingen venner på skolen heller. Jeg måtte jo hjelpe til hjemme og passe på mine søsken.»

M: «Hvis jeg forstår det rett så hadde du et stort ansvar allerede da du var liten. Hvordan var det for deg? Hva følte du?»

H: «Jeg følte meg aldri forstått og torde aldri å spørre om hjelp. Jeg følte at jeg må bare klare meg selv. Og det er fortsatt sånn i dag. Men nå orker jeg ikke mer.»

M: «Får jeg stille deg et spørsmål? Det er noe jeg selv er veldig usikkert på. Har du tanker eller planer om å ta ditt eget liv?»

H: «Tanken slår meg jo veldig ofte. Jeg tenker alle får det jo mye bedre når jeg er borte. Men jeg har ingen planer om å gjøre det. De gangene jeg prøvde å ta livet mitt drakk jeg alkohol for å slippe unna ensomheten og håpløsheten. Og da var det en impuls eller noe sånn, men jeg tilkalte jo hjelp nesten hver gang umiddelbart. Jeg skulle ønske noe hadde spurt meg om akkurat dette tidligere. Jeg føler at det gjør godt å kunne snakke om tankene og følelsene mine med noen som ønsker å forstå meg.»

M: «Jeg vil oppriktig prøve å forstå hvordan du har det, og hvorfor du opplever at livet ditt ikke er verdt å leve.»

H: «Ja, jeg opplever at du er virkelig interessert i det jeg forteller om. Det er en god følelse.»

M: «Takk for din tillit.»

4.0.Diskusjon

4.1 Den viktige barndommen -når de betydningsfulle andre svikter

«Hvorfor har livet mitt blitt sånn? Hvorfor er jeg den jeg er?» Dette er 2 sentrale spørsmål Hilde stilte seg selv mange ganger gjennom livet og oss hjelpere. Hun har vært i kontakt med det psykiske helsevernet mange ganger i løpet av de siste årene men har aldri fått svar som hun mener var tilstrekkelig. Dette medfører mye grubling, fortvilelse og håpløshet som igjen resulterte i at depresjonen forverres og tankene om å slutte å leve dukket opp og ble sterkere og sterkere.

Selvpsykologi har mange fellestrekk med tilknytningsteorien. Behovet for tilknytning og mellommenneskelig kontakt anses som grunnleggende. For at selvet kunne utvikles til et stabilt, modent og selvregulerende system er det lille barnet avhengig av gode, stabile selvobjekter-*de betydningsfulle andre*- som møter barnets grunnleggende behov for å bli speilet og bekreftet.

Innenfor fagmiljøet i psykisk helsevern finnes forskjellige synspunkter om det psykodynamiske perspektivet men likevel vil alle fagfolk være enige om viktigheten av temaet barndommens betydning for personlighetsutviklingen (Haugsgjerd et al. 2015).

Hva skjedde altså i Hildes barndom? Hvem var de betydningsfulle andre? Ble hun sett og hørt og møtt på sine behov? Hilde fortalte at hun snakket med mora si siste gang for 20 år siden. Faren hennes døde i 1998 men hun savner ikke han. Hilde var eldst i søskenflokk og har svært lite kontakt med søsknene også i dag. Hun måtte passe på søsknene sine og hjelpe til i huset og hagen. Hverdagene var preget av mye krancling og lite kjærlighet. Hilde fikk skylda for alt som gikk galt uansett hva det måtte være. Hun sier at hun ikke følte seg elsket av foreldrene og måtte klare seg selv. Bestemora var den eneste som prøvde å forstå henne men kunne ikke hjelpe så mye. Dessuten døde hun da Hilde var 9 år gammel. Sånn som jeg forsto det Hilde fortalte om sin familie

opplevde henne en stor svikt i selvobjektsrelasjoner. Når hun for eksempel ble lei seg, var det ikke mye omsorg og støtte foreldre hadde å gi. Som oftest fikk hun bare høre «Det var vel ikke så ille. Slutt å gråte!» Etter alt Hilde fortalte om barndommen sin kan det virke som om at det intersubjektive samspill mellom foreldrene og henne ikke var tilstede eller i iallfall var mangelfull. Når et barn holder på å utvikle sin personlighet betyr det mye hvordan andre oppfatter det, særlig foreldrene. Når barnet da opplever motsetningsfylte tilbakemeldinger blir det vanskelig å utvikle et stabilt, sammenhengende selvilde (Hummelvoll 2016).

I selvpsykologien mener man at interpersonlige forhold og samspill med viktige andre og ikke intrapsykiske konflikter er grunnen for utvikling av psykopatologi. Mennesker har behov for bekreftelse, bekreftende selvobjekter fra fødselen og gjennom hele livet (Haugsgjerd et al. 2015).

Kohut hevder også at selvet er opplevelsesnært og utvikler seg langs sin egen utviklingslinje i samspillet med de nære personene i individets liv. Selvet skapes i et aktivt og sosialt samspill. Personer som har mest makt i dette samspillet har størst mulighet til å påvirke andres selvilde. Derfor har barndommen og de autoritetspersonene vi møter der avgjørende betydning for personlighetsutviklingen (Karterud 1997). Etter min tolkning av det Hilde beskrev om barndommen sin har foreldrene sviktet i sin rolle som gode støttespillere. Kan vi tolke det sånn at i denne tiden ble grunnmuren for livet hennes bygd? Eller kunne Hildes liv bli bra allikevel? Jeg mener ja, om hun hadde truffet en partner som anerkjente henne sånn som hun er, møter henne med varme, respekt og empati og hjalp henne og med å bli trygg på seg selv og bli mer aksepterende overfor seg selv.

Som jeg tidligere i oppgaven beskrev er inntoning og empati to sentrale begrep i en selvpsykologisk tilnærming. Psykiske problemer forstår Kohut som et resultat av gjentakende empatisk svikt i barndommen og senere i livet. Han mener at empatisk omsorgssvikt kan resultere i en indre tomhetsfølelse,

vi vil føle oss fragmentert og negative følelser tar overhånd. Dette bekrefter Hilde fullt. Hun følte aldri at familien, og senere partnere, forsto hennes opplevelsesverden og prøvde aldri «å gå i hennes sko». Det hun opplevde i denne tiden preget hennes selvbilde. Hun følte seg aldri bra nok, måtte trøste når hun trengte trøst selv og etter hvert viste hun ikke følelsene sine lenger. «*Hva gjør det med oss når inntoning svikter?*» Her har vi et typisk eksempel på selektiv inntoning. Hildes følelser ble ikke godtatt. Som en type forsvarsmekanisme utvikler henne et «falsk selv» når omsorgspersoner ikke klarer å tone seg inn på en adekvat måte. Muligens reagerte foreldrene også med feilinntoning enkelte ganger. Hilde sier selv at hun hovedsakelig husker de tingene som var vondt og vanskelig, men kan ikke utelukke at hun også ble møtt med forståelse. Men dette måtte da ha skjedd meget sjeldent. Når vi da på den ene siden sier at det er bra at Hilde ble sett og hørt og tatt på alvor så må vi se litt nærmere på dette. Det å klare å tone seg inn på barnets behov er grunnleggende for barnets selvutvikling. Men hva om det bare skjer av og til og med varierende respons? Når vi opplever sånne variasjoner, hva gjør det med oss? Når vi, for eksempel, er lei oss og blir møtt med forståelse en gang og neste gang med avvisning «Nei, dette er jo ikke noe å være lei seg for», hva ville det utløse inn i oss? Vi vil nok bli usikre på oss selv. Men hva skjer med det lille barnet Hilde når hun opplever en varierende respons på følelsene sine? Her handler det om feilinntoning. Fordi responsen er så uforutsigbart og barnet ikke forstår hvorfor, vil barnet ikke være i stand til å stole på seg selv. Som beskyttelsesstrategi vil barnet utvikle «et skjult selv» og får vanskeligheter med å dele sine følelser. Og dette kan vise seg gjennom hele livet.

Etter min erfaring kan det være vanskelig å få til en god inntoning hele veien i samarbeidet. Spesielt i startfasen av relasjonen mellom pasient og behandler kan det forekomme at vi ikke klarer å tone oss inn til pasienten. Vi kjenner ikke hverandre godt nok og må da være ekstra varsomme. Har inntoning

feilet, så må vi beklaget dette overfor pasienten og samtidig forklare hva som har skjedd. Også vi kan være usikre. Vi kan gjøre feil, vi også. Det å reflektere sammen med pasienten kan bidra til likeverdighetsfølelse og en følelse av gjensidig respekt og anerkjennelse.

4.1.1 ... og så går livet sin gang

Hilde var 17 år da hun ble gravid. Reaksjonen hjemme: sinne, frustrasjon, forakt og hun fikk klar beskjed om at hun må leve med konsekvensene og klare seg selv. Så flyttet hun ut og bodde aleine før hun flyttet sammen med barnefaren som bodde langt fra hennes hjemby. Ekteskapet var preget av alkohol, psykisk mishandling og endte opp med skilsmisse. Hilde giftet seg med en annen mann og ble gravid for andre gang. Også denne gangen fant hun ikke det hun hadde så stort behov for: å bli tatt hånd om, få omsorg og støtte, bli sett og godtatt som den personen hun er, få bekreftelse på det at hun er godt nok sånn som hun er og mest av alt kjærlighet.

En dag sa Hilde til meg: «Jeg vet ikke engang hvem jeg er. Jeg vet bare at jeg måtte kjempe hele livet. Jeg føler skam og skyld når jeg tenker på barna mine, spesielt dattera mi. Jeg valgte å gi henne vekk til besteforeldre istedenfor å gå fra mannen min. Og så gikk det jo helt galt. Jeg var beruset og skar opp pulsårene. Så var det sønnen min på 10 år som fant meg og ropte om hjelp.»

Ingen fortjener et sånt liv. Hva gjør det med et menneske som har opplevd så lite kjærlighet, forståelse, respekt, anerkjennelse, bekreftelse og empati? Har hun evne til å stole på seg selv, stole på andre, stole på at det finnes håp for å få det bedre? Hvilke utfordringer står vi som hjelpere overfor når vi ønsker å hjelpe henne med å få tilbake livsglede, mot og håp?

Det å ha utviklet et fragmentert selv eller med andre ord «å ha mistet seg selv samt å miste den gode følelsen av å være i livet, når livet bare føles tung og trist, må være skremmende. Målet i selvpsykologi er å etablere eller

oppretholde et stabilt og vitalt selv. Men hva betyr dette? Ifølge Hartmann (1997) vil de fleste i det selvpsykologiske miljøet være enig om at en person som har oppnådd gode følelsesmessig tilknytning til andre, økt evne til å gi andre og ikke minst seg selv omsorg samt til å ta imot omsorg fra andre opplever å ha et styrket selv. Videre mener Hartmann at dette innebærer å ha økt evne til empati med seg selv og andre og evnen til å ha en mer utforskende væremåte og mer håp. Hvordan kan altså jeg som sykepleier hjelpe henne med å formidle håp med hjelp av selvpsykologisk tilnærming? Hvilke utfordringer kan vi møte?

Noen ganger kan det være krevende å samarbeide med en person som har mistet håpet som følge av gjentakende selvobjektsvikt. Selv om vi prøver å gjøre vårt beste, kan pasientene våre oppleve seg sviktet eller misforstått. Pasientens frykt for retraumatisering kan være stor. Ærlighet om at vi som hjelpere har våre begrensinger kan bidra til forutsigbarhet og forståelse hos pasienten. Vi må være tydelig på at også vi kan bli syke, har fridager/ferie og kan da ikke stille opp for pasienten uten videre. Men også her vil jeg understreke at det må gjøres på en empatisk måte. Dessuten kan vi få en indre reaksjon på alt det som pasienten forteller oss. Det krever god egenrefleksjon og evne til å kunne innrømme at også en sykepleier kan ta feil eller ha en dårlig dag. Det er viktig å vise at å gjøre feil eller føle seg ikke tilstrekkelig er en del av å være menneske og er helt normalt.

4.2 Når håpet er borte -viktigheten av empati og gode selvobjekter

Selvpsykologien legger stor vekt på empatisk forståelse og mindre vekt på innsikt i situasjonen. Målet er å forstå pasientens opplevelsesverden og livshistorie fremfor avdekking av intrapsykiske konflikter. Pasienten skal få en opplevelse av å bli forstått. Dette innebærer at vi som hjelpere ivaretar pasientens selvfølelser og selvrespekt. Så kan selvet bli styrket (Hartmann 1997).

Hilde var innlagt på sykehus flere ganger, men uten gode resultater. Ofte skrev hun seg selv ut eller avsluttet samtaleterapi etter eget ønske. Hun sa til meg at hun har prøvd og prøvd mange ganger å få det bedre. Det gikk bra en kort stund men så kom tilbakefallet, igjen og igjen. Skuffelse og oppgitthet bestemte hverdagen. Hun følte seg presset fra alle kanter og dette orker hun ikke lenger. «Ingen forstår hvordan jeg har det.» sa hun ofte til meg. «Hvorfor gikk det sånn som det gikk?» spurte jeg meg selv mange ganger. «Kan det være slik at hun ikke ønsket hjelp, sånn på ordentlig? Var det kanskje enklere å «gjemme seg» bak diagnosen depresjon? Eller kan vi forstå det sånn at hun ikke følte seg forstått både i familie- og i terapisammenheng?

Når hun ikke svarte på mine spørsmål og når tausheten følte ubehagelig, merket hun da usikkerheten min? Er det her jeg møter motstand? Eller var det kanskje slik at hun tenkte: «Hun tåler ikke dette her. Hun tåler ikke de tunge tankene mine, tåler ikke at jeg føler alt er håpløs. Hun kommer også til å svikte meg.» Her kan vi kanskje tolke det som en frykt for retraumatisering. Når jeg reflekterer over Hildes tidligere erfaringer, de smertefulle opplevelsene, er det ikke vanskelig å forstå hennes motstand, sett i et selvpsykologisk perspektiv. Hvordan kan jeg vise Hilde: «Jo, jeg tåler å stå i dette sammen med deg. Jeg vil ikke svikte deg.»

Empati betyr å oppfatte mest mulig nøyaktig den andres subjektive verden. Det er ikke nok med et smil, eller et «forståelsesfullt ansikt» eller med å holde noen i hånda. Man må bevisst prøve å ta imot og blir virkelig opptatt av personens opplevelser. Det å ta inn over seg den andres opplevelser og kjenne på følelser som vekkes er avgjørende når vi vil snakke om empati. Men selv om hjelperen er dypt opptatt av pasientens perspektiv er det viktig å være seg selv, være en selvstendig person, adskilt fra den andre. På denne måten vil det være mulig, sammen med kunnskap og refleksjon, å gi tilbake reaksjoner som kan være nyttig for pasienten. Gjennom en felles refleksjon kan hjelperen

formidle at han virkelig vil forstå og hjelpe pasienten på vei videre (Hummelvoll 2012).

Den tiden da Hilde for det meste lå i sengen og nesten ikke sa et ord var utfordrende for både henne og meg. Hun hadde det forferdelig innerst inne og jeg satt med mine tanker om å ikke klare å hjelpe hun. Men var det virkelig slik at jeg ikke kunne hjelpe? Med den kunnskapen jeg har nå, mener jeg at det har skjedd en utvikling i vår samhandling. Fra en ubehagelig følelse til en bedre forståelse på min side og dette førte til at Hilde følte seg anerkjent og bekreftet. Mens jeg satt ved siden av sengen hennes i taushet følte det mye tryggere nå. Det var en atmosfære som formidlet ro, aksept, respekt, likeverd og empatisk forståelse. «Jeg er her sammen med deg. Vi skal gå den veien i lag. Du må ikke bære de tunge tankene aleine.» sa jeg mange ganger til henne. Etter hvert fikk jeg et lite smil tilbake. Var det et lite glimt av håp? Mennesker er relasjonelle vesen og i utgangspunktet motivert for sosialt samspill. Det er gjennom gode, stabile mellommenneskelige relasjoner et menneske vil føle seg hel, forstått og verdifull. Jeg har som mål å gi henne håp og da er det avgjørende at jeg er både et godt selvobjekt og ikke i tvil om at det alltid finnes håp. Line Eikenes Langsholm sier «En god sykepleier formidler troen på at man kan bli bedre. Det er viktig å aldri gi opp.» (Sykepleien 6/2019). Solveig Bartun Rob støtter dette. «Uten håp er det vanskelig å bli bedre. Det går an å si at man kan bli frisk» (Sykepleien 6/2019). Rob var selv innlagt etter en periode med depresjon. Hun sier at man kan føle seg lammet om man ikke har håp, spesielt når man har gitt opp alt. Men hvis man får et lite håp om at dette kan gå bra, da er det akkurat som om man får masse ny energi. På den ene siden er det viktig å formidle til pasienten at alle kan bli bedre men på den andre siden må man gi realistisk håp. Å fortelle pasienten at det kommer til å gå bra, bare for å trøste dem blir helt feil. Her viser man også lite empatisk forståelse og kan framstå som overfladisk og lite pålitelig.

Jeg spurte Hilde: «Hva betyr håp for deg? Hva ville det innebære å snakke om håp?» Grunnen til at jeg stilte disse spørsmålene var å vise at jeg er interessert i hennes forståelse av håp, hennes tanker og følelser fordi jeg er oppriktig interessert i det hun opplever rundt dette temaet. Her er vi igjen innenfor selvspsykologiens fokus på et godt selvobjektsmiljø. Hilde skal føle seg forstått og hun skal få en opplevelse av at hun er et unikt menneske som blir sett og tatt på alvor = meg som speilende selvobjekt. Videre fortalte jeg litt om mine egne erfaringer i forhold til håpløshet både som privatperson og som sykepleier. Etter min mening er det viktig å formidle at hun ikke er aleine. Det å ha noen man kan sammenligne seg med, føle seg som et likeverdig menneske med er, som tidligere beskrevet, viktig når et stabilt selv skal dannes = meg som tvillingsøkende selvobjekt. I løpet av vårt samarbeid følte jeg at Hilde så meg også som et idealiserende selvobjekt. Jeg var noen hun kunne støtte seg til og det sa hun flere ganger til meg. Hun følte seg trygg når vi var i lag og jeg mener det dannet grunnlaget for at Hilde begynte å stole på seg selv og andre. Men det er fortsatt en lang vei å gå.

4.3 Suicidforsøk- et forsøk på å føle seg levende eller et ønske om å dø?

Et selvmordsnært menneske opplever seg som trent opp i et hjørne og det finnes ingen utvei. De psykiske smertene er uutholdelig og slipper aldri taket. Og hvis det skulle bli litt bedre så er det bare forbigående og vil bli fulgt av nye smerter, enda vondere (Berge og Repål 2013). Disse tankene preget også Hilde og ifølge hennes fortellinger mener jeg at de er sanne, for henne. Men, var det virkelig slik at hun ønsket å dø, da hun gjennomførte suicidforsøkene eller kan det også tolkes som et fortvilt rop om hjelp? Et fortvilt rop om å bli sett og hørt? Når en person har selvmordstanker er sterke følelser i sving. Fortvilelse, håpløshet, verdiløshet, ensomhet, skyld, sinne og bitterhet kan

være sånne følelser. Hilde fortalte at hun ikke hadde et virkelig ønske om å dø. Hun tilkalte hjelp etter forsøket umiddelbart. Hun sa selv at hver gang hun prøvde å ta livet sitt var hun beruset. Rusen (alkohol pluss medikamenter) ga henne en følelse av å kunne bli kvitt de sterke indre smertene en liten stund, og dette følte så godt.

4.3.1 Et vanskelig tema å snakke om, men samtidig så viktig

Det er viktig å utforske intensjonene som ligger bak et suicidforsøk ved å invitere vedkommende til å snakke om det, for å få fram hva som har skjedd. Slike intensjoner kan være å få noen til å reagere, at man viser hvor vondt livet er og at man ønsker å bli sett og tatt på alvor. Et selvmord/-forsøk er en svært ensom hendelse. Personen vil kanskje «bare» forsøke å få omsorg og kontakt med sine nærmeste (Vråle 2018).

Studien til Talseth et al. (1998) viser at mennesker med suicidal atferd trenger å bli bekreftet i relasjoner til hjelperen. Vi som helsepersonell må se på pasientene våre som personer med ressurser og de ressursene må vi, sammen med pasienten, utforske og finne fram. I en så alvorlig og livstruende krise evner pasienten ikke å se andre løsninger enn selvmord (henviser her til teoridelen om tunnelsynet). Ifølge Vråle (2018) har menneske behov for å reflektere over sin situasjon og sitt liv og det er viktig å snakke om både liv og død. Det kan være livgivende å fjerne oppmerksomheten fra døden. Og da er det avgjørende at man viser at man tør å stå i utfordringene, også over lang tid, sammen med pasienten. At man tør å snakke om de vanskelige tingene. Jeg vil si det enda en gang til, fordi det er så utrolig viktig: en empatisk tilnærming, god inntoning og valideringen av følelser kan føre til at de sterke indre smertene reduseres noe og det kan i neste steg bidra til håp fordi pasienten får en opplevelse av at noen bryr seg oppriktig, endelig.

Det kan oppleves vanskelig og skremmende og for de fleste er det ubehagelig å snakke om selvmord. Både pårørende, venner og helsepersonell kan kjenne

på en usikkerhet rundt dette tema. Skal jeg spør direkte om han eller hun har selvmordstanker? Eller setter jeg kanskje i gang noen tanker om å ta livet sitt? Gjør jeg vondt verre? Nei! Hilde og fagmiljøet er her veldig tydelige.

Psykiater Lars Mehlum har lang erfaring med selvmordsforebyggende arbeid. Ifølge han er det svært viktig å snakke åpent og ikke indirekte med vedkommende. Snakker vi i gåter fremstår vi som hjelpere ikke som pålitelige og støttende. Det kan da oppleves som enda mer forvirrende og kan øke ambivalensen i forhold til å avslutte livet eller ikke. Han mener også at vi skal, på den ene siden formidle at det vonde kan ta slutt og det er mulig å få hjelp, men på det andre siden må vi være sparsomme med formaninger og gode råd. Det kan oppfattes som uekte og at vi andre vet best. Da er vi ikke empatiske og inntoning svikter.

Vi må ta faresignaler på alvor. Som oftest formidler en person som står i selvmordsfare på forhand om hvor uutholdelig livssituasjonen har blitt. Forvarsler kan være direkte eller indirekte. En person som har selvmordstanker kan si: «Dere får det mye bedre når jeg er borte.» Vi hører det men tenker vi nærmere på dette? Er vi oppmerksomme på det som kan ligge bak et sånt utsagn? Jeg mener vi må ta vare på hverandre i større grad enn vi gjør. Mange vil påstå at dette er vel ikke så lett i de travle hverdagene vi har? Men jeg mener: «Hva er viktigere enn å ta vare på hverandre?»

4.4 Hvordan var det for meg å skrive denne oppgaven?

Både som sykepleier og som privatperson har jeg et stort behov for å reflektere over hvordan jeg kan hjelpe en person som har vært i behandling over flere år men fortsatt ikke fått svar på spørsmålet: «Hvorfor har livet mitt blitt sånn?» Det er veldig trist å møte personer som har mistet alt håp. I min familie er temaet «Suicid» svært aktuelt og jeg har møtt flere pasienter som har prøvd å ta eller som tok livet sitt. Å skrive om Hilde, og deler av hennes

liv, hjalp meg med å få en større forståelse av hva et menneske kan tåle. Jeg er sjokkert men også veldig imponert. Sjokkert over at Hildes foreldre ikke tok godt nok vare på henne og utsatt henne for så store utfordringer som til slutt førte til at Hilde ikke ville leve lenger. Imponert er jeg over Hilde. Hun står på, fortsatt. Hun tok vare på sine barn da dem var små, tok imot hjelp og ønsket at de to skal få det bedre enn henne. Men dessverre, livet ble for vanskelig allikevel.

Da jeg traff Hilde for første gang var min forforståelse av hennes symptomer veldig overfladisk. Jeg hadde noe kunnskap om depresjon. Men hvordan kan jeg hjelpe en dyp deprimert person med å styrke selvbilde og med å få tilbake håp? Jeg kjente på en stor utilstrekkelighet og hadde et sterkt ønske om å øke kunnskapen min på dette felte. Da jeg begynte på videreutdanning fikk jeg en mye bedre forståelse av barndommens betydning for vår psykisk helse. Nå føler jeg at vi, Hilde og jeg, har muligheten til å kunne utforske sammen hva som har skjedd i livet hennes og å finne muligheter til å bygge opp håp.

Jeg må også ærlig innrømme at jeg, før jeg bestemte meg for å utvide kompetansen min innen psykisk helse, tenkte litt på den måten at Hilde kanskje ikke vil ha hjelp. Hun var ja i kontakt med profesjonelle folk mange ganger og de burde ha kompetanse. Disse tankene skremte meg. Det var ikke profesjonelt og altfor enkelt. Livet hennes var ikke enkelt i det hele tatt.

Jeg sitter igjen med en bevissthet om at vi ikke må ta livet for gitt, ikke vårt eget liv og ikke livet til personer rundt oss. Vi må bry oss, som medmennesker, vi må vise at vi hjelper hverandre uansett. Ingen fortjener å få det så vanskelig, ingen.

5.0 Konklusjon

Det var en spennende og lærerik reise å skrive denne oppgave som har følgende problemstilling:

Hvordan kan selvpsykologisk tilnærming bidra til å formidle håp til personer med alvorlig depresjon som har gjennomført ett eller flere suicidforsøk?

Jeg mener at en selvpsykologisk tilnærming kan være et godt verktøy i den terapeutiske relasjonen mellom hjelpeapparatet og personer som har lignende problemstillinger som Hilde. I dette psykoterapeutiske perspektivet legger man stor vekt på trygge relasjon og at vi møter pasientene våre på følelsene deres. Og dette er helt avgjørende for Hilde som ikke har opplevd mye trygghet i livet og ikke ble anerkjent som den personen hun er. For å kunne bidra til å minske de voldsomme psykiske smertene må vi gyldig gjøre, anerkjenne og bekrefte følelsene hos pasienten.

Empati – det å leve seg inn i den andres følelsesverden er avgjørende for å kunne oppnå en allianse og finne fram til et felles mål. Hildes mål var å få svar på spørsmålet: «Hvorfor har livet mitt blitt sånn?» Ved hjelp av selvpsykologien er det en mulighet å forklare henne hva som kan være grunnen til at hun håndterer livet på den måten hun gjør. Ved å kunne reflektere rundt egne følelser og relasjoner kan Hilde danne seg et nytt bilde av seg selv og muligens oppdage egne ressurser.

God kunnskap hos hjelpepersonell vil kunne bidra til økt forståelse hos pasienten og dermed øke muligheten til å takle vanskelige situasjoner bedre. Og da åpner vi opp for nytt håp. Forstår vi sammenheng mellom det som har skjedd er det mulig at vi kan gå et steg videre i livet, å få tilbake livsmot og håp.

Jeg mener at det kunne være interessant å forske mer på effekten av en selvpsykologisk tilnærming i forhold til personer med suicidal adferd. Jeg

fant ikke relevante artikler som omhandler konkret temaet selvpsykologi og håp for pasienter etter suicidforsøk. Også er det lite kunnskap om betydningen av håp for pasienter med både rusproblematikk og psykiske utfordringer.

Litteraturliste

Bartun, Rob, Solveig «Det går an å si at man *kan* bli frisk» I Tidsskrift *Sykepleien* 6/19. s.96-97

Berge, Torkil & Repål, Arne. 2013. *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. H. Aschenhoug & Co.

Hartman, Ellen. 1997. «Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi» tatt fra kompendium VIPH, 2018, -H, Avdeling for helse - og sosialfag. Høgskolen i Molde

Haugsgjerd, Svein, Jensen, Per, Karlson, Bengt, Løkke, A. Jon. 2009. «Perspektiver på psykisk lidelser - å forstå, beskrive og behandle. 3. utg. 4. opplag 2015. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. «Depresjon og sorg» *I Helt ikke stykkevis og delt*, 193-220. 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Håkonsen, Kjell, Magne. 2015. «Når lysten til å leve er borte» *I Psykologi og psykiske lidelser*, 367-377. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Katerud, Sigmund. 2002. «Fra narsissisme til selvpsykologi» 1. utg. 1995, 2. opplag 2002. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren, Breievnene Grete, Nortvedt Finn. 2011. «Lidelse, mening og håp» I *Grunnleggende sykepleie bind 3 pasientfenomener og livsutfordringer*. red. Skaug, Eli- Anne. 5. utg. 245-293. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lohne, Vibeke «Alle kan ikke bli friske, men alle kan få det bedre» I Tidsskrift *Sykepleien* 6/19. s.16-20

Nesland, Ingrid Olavsdotter. Forelesning ved Høgskolen Molde. 2019.

Qin, Ping «Kommentar til selvmordsstatistikken for 2018» I Tidsskrift *Suicidologi* nr.3/2019 s.15

Talseth, A-G, Lindseth, A. Jacobsen, L., Norberg, A. «The meaning of suicidal psychiatric in-patient's experience of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29 (5).

Vråle, Gry Bruland. 2018. «Møte med det selvmordtruede mennesket» 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS