



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan jeg som sykepleier ved hjelp av selvsykologien bedre kommunikasjonen med pasienter i en psykotisk fase?

Anne Brit Tømmervåg

Totalt antall sider inkludert forsiden: 35

Molde, 19.04.20



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 plagiattrollert 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 godkjennelse.

Opgaver 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: 19.04.20

Antall ord: 8722

Sammendrag

Noen brukere med psykiske lidelser opplever å være i en psykotisk fase i kortere eller lengre tid. Deres hverdag kan være preget av uvanlige ideer og forestillinger som gjør at de taper kontroll over sin egen indre og ytre verden. Dette kan oppleves svært skremmende og føre til mistenksomhet mot de som prøver å hjelpe.

I denne oppgaven har jeg beskrevet to ulike møter mellom bruker og terapeut. Brukeren har nesten hele livet hatt utfordringer i samspill med andre. Hun fikk diagnosen paranoid schizofreni i ung alder. Ved hjelp av selvspsykologien ønsker jeg å beskrive vår kommunikasjon. Problemstilling er:

- **Hvordan kan jeg som sykepleier ved hjelp av selvspsykologien bedre kommunikasjonen med pasienter i en psykotisk fase?**

I teorien har jeg presentert selvspsykologien, som belyser utfordringer helsearbeidere har i kommunikasjonen med pasienter i en psykotisk fase. Jeg har også tatt med teori om psykose.

Empirien inneholder en kortfattet fortelling om en pasient, og utdrag fra to ulike dialoger. Det er gjort for å belyse utfordringene som ligger i kommunikasjon med pasienter i en psykotisk fase.

I drøftingsdelen har jeg diskutert empirien opp mot teori for å avklare de utfordringene som kom fram i møte med pasienten Kari.

I konklusjonen kom jeg frem til at selvspsykologien for denne pasientgruppen vil gi noen begrensninger. Pasienter i en psykotisk fase vil i mindre grad evne å fokusere, da stemmer og fantasier kan oppta pasientenes tankevirksomhet. Selvspsykologien gir likevel et forståelsesgrunnlag som gjør det lettere å være ubetinget empatisk. I følge Kohut som var grunnleggeren av selvspsykologien, har en slik tilnærming, uavhengig av tolkning, en legende virkning.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling	1
1.2	Litteratursøk.	2
1.2.1	Funn fra artikler:	2
2.0	Teori	3
2.1.1	Psykose.....	3
2.1.2	Håp om bedring.....	4
2.1.3	Kommunikasjon	5
2.2	Selvpsykologi.....	6
2.2.1	Selvet.....	6
2.2.2	Selvobjekt og selvobjektsvikt	7
2.2.3	Selvsammenheng og vitalitetsaffekt	8
2.2.4	Psykose i lyset av selvpsykologien	9
2.2.5	Overføring, motoverføring og motstand	10
2.2.6	Affekt-inntoning og empati.....	12
3.0	Empiri	14
3.1.1	Se å sett den sprøyta da	14
3.1.2	Jeg har både en gutte- og jentehjerne.....	16
4.0	Diskusjonsdel	18
4.1.1	Psykotisk	18
4.1.2	Selvet.....	18
4.1.3	Selvobjekt og selvobjektsvikt	19
4.1.4	Selvsammenheng og vitalitetseffekt	20
4.1.5	Overføring, motoverføring og motstand	21
4.1.6	Empati og inntoning.....	23
5.0	Konklusjon	25
	Litteraturliste	27

1.0 Introduksjon

Pasienter i en psykotisk fase taper kontroll over sammenheng over sin indre og ytre verden. Det vil være en glidende overgang mellom uvanlige ideer og forestillinger. Disse forestillingene vil prege deres handlinger. En del pasienter hører stemmer som kan forsterkes i belastende situasjoner. Verden kan oppleves svært skremmende. Ofte er de ikke mottakelig for motargumenter (Cullberg 2009).

Denne pasientgruppen møter personale som jobber i psykisk helse i kommunen. I oppgaven blir Kari presentert, hun er en ung kvinne som har fått diagnosen paranoid schizofreni. Kari formidler at hun hører stemmer. Personalet opplever det som om stemmene opptar Karis tankevirksomhet i betydelig grad. De formidler at kommunikasjonen er krevende. Dette samsvarer med forskningen utført av Lindaas, Mjøsund og Møller (2010) som sa at det kan være utfordrende å bli kjent med pasienters virkelighetsoppfatning. Jeg ønsker derfor å se på hvordan selvsykologien kan brukes i kommunikasjon med denne pasientgruppen. Selvsykologien vektlegger inntoning og empatisk lytting, som den viktigste kilden til andres indre verden (Karterud 2005a).

I en forelesing med Trond Aarre hvor han refererte til sin forskning publisert i 2016, redegjorde han for sitt syn på psykisk helse. Hans intensjon var at en skulle betrakte psykisk sykdom fra en annen innfallsvinkel enn den medisinske.

1.1 Problemstilling

- **Hvordan kan jeg som sykepleier ved hjelp av selvsykologien bedre kommunikasjonen med pasienter i en psykotisk fase?**

Problemstillingen er interessant som forskningsspørsmål da kommunikasjon med pasienter i en psykotisk fase ofte oppleves utfordrende. Selvsykologien definerer psykisk sykdom

annerledes enn den medisinske, og kan gi et nytt perspektiv i forhold til kommunikasjon med denne pasientgruppen.

1.2 Litteratursøk.

Jeg har søkt i forskjellige databaser som kan belyse min problemstilling. Søk ble gjort i Medline, SveMed og Proquest. Søkeordene, både sammen og hver for seg var : psychosis, self-psychology og communication. Søk ga få artikler som omhandlet pasienter i en psykotisk fase utenfor institusjoner, men flere omhandlet pasienter som ble intervjuet like før, eller rett etter utskriving. Fortrinnsvis valgte jeg å ta med kvalitative forskningsartikler, hvor en av de var en review-artikkel som var basert på et større doktorgradsprosjekt. En annen artikkel omhandlet forståelsen - og tilnæringsmåten til ansatte i kommunehelsetjenesten, hvor de opplevde utfordringer med tanke på brukermedvirkning. Jeg tok denne artikkelen med da det omhandlet brukere utenfor institusjon, som var relevant i forhold til min empiri.

1.2.1 Funn fra artikler:

- Forskning viste at informantene (helsearbeidere med videreutdanning i psykisk helse) fortalte at de forsøkte å skape gode relasjoner, men at de ikke alltid opplevde at pasientene var i en mental tilstand til å få gjennomført det som var planlagt (Myklebust og Bjørkly 2011).
- Det kan være utfordrende å bli kjent med pasientens virkeligsoppfatning og det vil kreve tålmodighet og interesse (Lindaas, Mjøsund og Møller 2010).
- Fagfolk omdefinerte brukermedvirkningen, og heller gjorde det de selv mente var til beste for brukeren. De vektla å motivere og informere brukerne (Sørly 2017).
- Livet vårt er en pågående dialog, der vi må forholde oss til andre, og ikke gi opp selv om dialogen er uforutsigbar og vanskelig å forstå (Sørly 2017).
- Pasienter påpeker at relasjonen de har til fagfolk er et tegn på god hjelp (Lorem et al. 2014).

2.0 Teori

2.1.1 Psykose

Psykose er en alvorlig psykisk lidelse med ukjent etiologi tross mye forskning. Derfor er det psykosens uttrykksform en observerer (Cullberg 2009a).

Pasienten har manglende sykdomsinnsikt og vil ikke være mottagelig for motargumenter som er relatert til hans forestillinger. Når pasienten har hatt forestillinger over lengere tid vil det bli en del av hans habituelle tilstand (Hummelvoll 2014).

Det finnes flere lidelser der psykose kan forekomme. Den mest vanlige og mest alvorlige er schizofreni. Ved en psykotisk tilstand vil pasientens virkelighetsoppfatning bli farget av pasientens indre ideer og forestillinger. Pasientens handlinger vil være preget av alvorlig forstyrrelse i virkelighetsoppfatningen. Dette kan føre til at pasienten opplever verden som svært skremmende (Håkonsen 2008). Denne verden kan være svært kaotisk og fragmentert. De mest vanlige symptomene er sansebedrag eller hallusinasjoner, vrangforestillinger, alvorlig forstyrret atferd og tale, men også negative symptomer som apati og affektforstyrrelse (Bakken 2012). Flere av disse symptomene kan være tilstede uten at det er snakk om psykose. Ved psykose er det alltid snakk om vrangforestillinger (Cullberg 2009a).

Feiltolkninger fører gjerne til at pasienten opplever situasjoner som truende og er gjerne kombinert med persepsjonsvansker. Pasienten sin frustrasjonstoleranse og impuls kontroll kan bli rammet. De kan miste kontroll over seg selv og bli utagerende mot omgivelsene. En kan sammenligne psykoser med mareritt i våken tilstand (Cullberg 2009a).

Vrangforestillinger kan ta over mye av tankevirksomheten, og pasienten kan komme med svært fantasifulle fortellinger. Dette påvirker pasientens sosiale liv. Vrangforestillinger kan bli mer fremtredende når pasienten opplever store påkjenninger eller lite sosial kontakt. Det kan være glidende overgang mellom hallusinasjoner / illusjoner og vrangforestillinger. Det trenger ikke nødvendigvis være ekte hallusinasjoner, men heller en illusjon der pasienten feiltolker det han hører eller ser. Grandiose vrangforestillinger kan forekomme der personen har urealistisk forestillinger om egen person (Cullberg 2009a).

Schizofrene vrangforestillinger kan oppleves som at den fysiske integritet blir overskredet. Det i form av opplevelse hvor noen enten trekker ut, eller planter tanker inn i hodet på en. De kan ha opplevelsen av at tankene blir styrt av noen, eller noe utenfra. Behovet for å se en sammenheng, og få meningsfull forklaring på hvordan tilværelsen oppleves, er sterkere enn logisk og rasjonell tenking. Pasienten klarer ofte å reflektere over egne bisarre tanker og når han friskner til (Cullberg 2009a).

Hallusinasjoner er sanseopplevelser i form av sansemodaliteter som hørsel, syn, lukt, smak, og følelser som er uten ytre stimuli. Hørselshallusinasjoner er mest vanlig ved psykoser. Grensen mellom det å høre tankene sine som stemmer og hørselshallusinert er uskarpe. Mange opplever at stemmene blir sterkere i belastende situasjoner og ved bruk av rusmidler. Hvordan den enkelte opplever stemmene kan arte seg forskjellig. Noen hører flere stemmer som blander seg inn, andre kan nesten høre det som summing. Enkelte hører stemmer over år, og klarer etter en tid å lære å leve med stemmene. Det finnes ulike måter å takle stemmene på. Noen skriker til stemmene, høre musikk, slamre med dører, og andre måter som gjør at stemmene ikke høres så godt. Dette kan gå utover de som bor sammen med pasienten (Cullberg 2009a).

2.1.2 Håp om bedring

Enkelte pasienter vil være avhengig av oppfølging livet ut, mens andre kan klare seg med medisiner og eller tilrettelegging i hverdagen (Bunkholdt 2005). Et bør vektlegge godt samarbeid med undervisning og veiledning, hvor pasienten er med på å sette mål som er relatert til sosialt liv og egenomsorg. Et godt samarbeid kan motvirke isolering, passivitet, og styrke håpet om bedring (Hummelvold 2014). Flere pasienter responderer godt på psykososial behandling og kan bli restituert i løpet av uker eller måneder. Antipsykotiske medisiner er ikke alltid nødvendig om pasienten får tilrettelagt miljøet på en tilfredsstillende måte (Cullberg 2009b). En forutsetning for god behandling er personalets grunnholdning som bør preges av respektfull undring og ekte interesse. Gode holdninger og handling skaper kontakt og tillit. Å gå sammen om praktiske oppgaver kan være en innfallsvinkel. Ved misforståelser er det viktig å spørre hva pasienten mente. På denne måten vise at en ønsker å forstå. Det krever at en lytter empatisk og er trygg på seg selv. Pasienten som ofte skifter tema kan ha god hjelp av å bli «hentet inn», slik at han klarer å uttrykke seg bedre (Hummelvoll 2014). I artikkelen Omsorg under tvang (Lorem et al

2014) kommer det frem at en god relasjon er viktig for at pasienten skal føle seg ivaretatt. En av pasientene sa:

Hun engasjerte seg og ... pratet, kom og pratet med meg, viste interesse for meg. Og det betydde veldig mye. Jo, hvordan de snakket med meg på, som om jeg var et ekte menneske, egentlig. Som om jeg virkelig var der. Og ikke bare et skall.

Pasienten som har symptomer på alvorlig psykisk lidelse kan bli lagt inn med tvang på psykiatrisk avdeling. Studier har vist at bruk av tvang kan føre til forverring av symptomer, og at situasjonen kan tilspisse seg. En rekke pasienter kan i ettertid være enige i at tvangen var en nødvendighet. Mange opplevde tvangssituasjon som svært traumatisk. Forskning viser at måten tvangen blir utført på har en innvirkning på relasjonen og pasientens opplevelse. Selv om det utføres tvang kan pasienten oppleve god kontakt med personalet som sitatet ovenfor viser. Pasienter påpeker at relasjonen de har til fagfolk er et tegn på god hjelp (Lorem et al. 2014).

2.1.3 Kommunikasjon

God kommunikasjon er av stor betydning for å styrke pasientens og personalets evne til å se situasjonen fra flere hold. Dette kan styrke forståelsen og gi en mer forutsigbar relasjon (Lorem et al. 2014). Pasienter med schizofrenidiagnose har ofte vansker med å utrykke seg verbalt, og kan ha nytte av hjelp til å fortelle sin historie. Personal med kompetanse innen lidelsen kan formidle en troverdig forståelse, og hjelpe pasienten å fremme subjektiv-subjektiv relasjon. Gjennom deres annerkjennelse kan samtalen bidra til ny selvforståelse (Lindaas, Mjøsund og Møller 2010). Det kan være utfordrende å bli kjent med pasientens virkelighetsoppfatning og vil kreve tålmodighet og interesse. Ut ifra en humanistisk-eksistensiell tilnærming er diagnosen av underordnet betydning, og en ser på pasienten som et menneske som prøver å mestre indre- og ytre opplevelser på sin egen måte (Hummelvold 2014). Sørly (2017) konkluderer i sin forskning at livet vårt er en pågående dialog, der vi må forholde oss til andre, og ikke gi opp selv om dialogen er uforutsigbar og vanskelig å forstå.

Tuastad og Solevåg (2017) har jobbet med mennesker med psykoselidelser. De erfarte at felles interesser kan være med å styrke identiteten og tilfriskningen for mennesker med psykose. De så at kommunikasjonen i gruppen åpnet opp for å dele sin historie og de fikk

der anerkjennelse ved at historiene ble alminneliggjort. Samtidig kan evnen til samarbeid i dårlige faser være utfordrende. Sørly (2017) beskriver i sin artikkel at fagfolk omdefinerte brukermedvirkningen, og heller gjorde det de selv mente var til beste for brukeren. De vektla å motivere og informere brukerne.

2.2 Selvpsykologi

Heinz Kohut regnes som grunnleggeren av selvpsykologien. Kohut og hans medarbeidere lansert på midten av 1970-tallet selvpsykologien som avvek betydelig fra datidens egopsykologi (Karterud 2005a).

Kohut erklærte at det kun var gjennom empati og introspeksjon at en kunne få innblikk i en annens indre verden. Han så på empati som en observasjonsmåte. Observasjonsformen er vesentlig for at en ikke snakker forbi hverandre. Det vil kreve trening og personlige forutsetninger for å kunne se verden fra andres perspektiv (Karterud 2005a). Kohut så bort fra Freuds driftsteori som hevdet at mennesker er drevet av behovstilfredstillelse. Han fastholdt at individet trenger mellommenneskelige erfaringer for å få en oppleve et sammenhengende selv (Hartmann 2005).

2.2.1 Selvet

Kohut beskriver selvet som tripolart. Det utvikler samspill med objekter. Selvet er individets opplevelse av seg selv. Her ved å bli sett, og opplevelsen hvem en er i forhold til andre (Haugsgjerd et al. 2009a). Det tripolare systemet er forankret i kjerneselvet. Det deles inn i det grandiose, det tvillingsøkende, - og det idealiserende selvet. Hver pol har to ytterpunkter. Speilende selvobjekt virker inn på det grandiose selvet, som i umoden form er sulten på oppmerksomhet og avhengig av bekreftelse fra omgivelsene. Skal den enkelte få en sunn utvikling, har den behov for kjærlighet, anerkjennelse og bekreftelse (Karterud og Monsen 2005a).

Det idealiserte selvobjekt har innvirkning på det idealiserende selvet. Individet har behov for å ha noen å lene seg til, noe som er større enn en selv, samt at egne normer og idealer er i samsvar med personlig identitet. I moden form vil individet evne å bekrefte andre og ha empatiske relasjoner (Karterud og Monsen 2005a).

Alter-ego-selvobjekt har innvirkning på det tvillingsøkende selvet som har behov for å få bekreftelse gjennom likhet. Dette for at individet har behov for opplevelse av fellesskap og aksept (Karterud og Monsen 2005a).

Stern beskrev selvet i sentrum for egen utforsking. Vi tar for gitt at spedbarn har et selv. Selvet må forstås ut ifra hvordan vi forstår oss selv som handlende og sammenhengende i tid og rom, der selvet kommer til syne gjennom våre opplevelser, som er knyttet til handlinger, følelser, intensjon og planlegging. Selvet kan således sees på som en måte å organisere opplevelser på. Språket og vår selvrefleksjon vil kunne påvirke og endre selvet. Forskingen har de seneste år kommet frem til at hukommelsen i stor grad er rekonstruktiv. Det vil si at vi endrer vår historie gjennom samtaler og fantasi. Tidlig barndom vil være umulig å huske før språket er utviklet. Hukommelsen vil være preget av historier basert på premissene og interessen til den voksnes hukommelse (Urnes 2005).

2.2.2 Selvobjekt og selvobjektsvikt

For å forstå det tippolare selvet må en først få en oversikt hva Kohut mente med selvobjekt. Et selvobjekt er subjektivt og er ikke målbart i tradisjonell forstand.

«Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting en kulturmanifestasjon eller en idetradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv» (Karterud og Monsen 2005).

Alle mennesker har behov for bekreftende selvobjekter fra fødselen av. Det er vesentlig for at selvet skal kunne forme seg til et modent og selvregulerende system. Kohut brukte oksygenets betydning for mennesket som et bilde på hvor viktig selvobjekter er for den enkelte. Mangel på adekvate selvobjektsopplevelser kan føre til en skjevutvikling, eller at utviklingen stopper opp. Selvpsykologiens fokus ligger i individets subjektive opplevelse av hendelser. Individet som ikke har fått bekreftelse i tilstrekkelig grad vil strebe etter selvhelbredelse og selvbevaring i samspill med andre. Kohut mente at kjennetegn ved god psykisk helse er individets evne til å omgi seg og holde på givende selvobjekter (Hartmann 2005). En forutsetning for vekst og modning av selvet er at selvobjektsfunksjoner er tilgjengelig.

Stern beskrev tre selvobjektsrelasjoner: speilende, idealiserte og alter-ego selvobjektrelasjoner. Speilende selvobjektrelasjoner som gir følelsen av at den enkelte føler seg forstått, verdsatt og anerkjent. Idealiserte selvobjektsrelasjoner gir opplevelsen av at noen gir støtte og er sterkere enn seg selv. Alter-ego selvobjektrelasjoner er når individet har behov for opplevelse av likhet, likeverd, og å føle seg likestilt (Karterud 2005). Når barnet har nære omsorgspersoner som viser omsorg, trygghet, lindring og trøst, har selvet mulighet til å utvikle seg til sammenhengende harmonisk, stabilt og vitalt selv. Får ikke barnet adekvat tilbakemelding, kan det føre til psykiske problemer. Lichtenberg understreket at barnet ikke har noe passiv rolle, men er en aktiv aktør på indre plan for å mestre utfordringer. Både Lichtenberg og Kohut mente at barnet har en naturlig grunnleggende tendens til selvhelbredelse. Det viser seg i at selvet streber i samspill med sine omgivelser etter å bevare et sammenhengende, helhetlig og harmonisk selv (Hartmann 2005).

Som terapeut klarer en ikke alltid å være der for klienten og vil således ikke møte den enkeltes behov for å bli forstått, besvart og hensynstatt. Dette kom også Myklebust og Bjørkly (2011) frem til i sin forskning, der informantene fortalte at de forsøkte å skape gode relasjoner, men at de ikke alltid opplevde at pasientene var i en mental tilstand til å få gjennomført det som var planlagt. Tilnærmingen kunne bli utilfredsstillende. Her ved at bruker «styrte» situasjonen, og hjelper gikk mot egen faglige overbevisning. Noen ganger tok hjelperen styring og brukte makt. For klienten kan dette oppleves som selvobjektsvikt, og reaksjonene kan være svært forskjellige og true relasjonen. Kohut hevdet hvor det er etablert god relasjon, og opplevelsen ikke er for overveldende, kan riktig håndtering av selvobjektsvikt føre til positiv selvstruktur (Karterud og Monsen 2005).

2.2.3 Selvsammenheng og vitalitetsaffekt

I følge selvspsykologi vil alle mennesker søke etter gode selvobjektserfaringer som kan gi følelsen av selvsammenheng. Det er at en føler seg som den samme hver dag. Brist i affektinntoningen kan medføre tomhetsfølelse, meningsløshet, samt sviktende kontakt med egne følelser. Noe som kan prege individet senere i livet (Hartmann 2005).

Vitalitetseffekten er knyttet til selvobjektrelasjoner. Kohut omtalte tre selvobjektrelasjoner. Idealiserte selvobjektrelasjoner der individet erfarer at de har noen som gir støtte, kunnskap og visdom. Alter-ego selvobjektsrelasjoner er når individet opplever seg lik

andre og har opplevelsen av likeverd og jevnbyrdighet. Speilende selvobjektrelasjoner er når individet erfarer anerkjennelse for den en er, verdsatt, selvavgrenset og forstått (Bjørkly og Myklebust 2011). Vitalitetsaffekten eller følelsesopplevelser aktiveres av livshendelser som ikke har klart subjektivt innhold. Eksempler kan være dans, musikk og godt samspill med andre mennesker (Urnes 2008).

Studier viser til at spebarn aktivt søker sensorisk stimulering. Barn har en medfødt amodal persepsjon der affekter inngår som viktige elementer. Det er av betydning for vitalitetsaffekten som er følelser knyttet til livsprosesser (Urnes 2008).

2.2.4 Psykose i lyset av selvpsykologien

Kohut uttrykte at det var utfordrende å behandle pasienter med en psykose, han mente det var vanskelig å opprettholde en konsekvent empatisk holdning. Han hevdet at behandler lett kan gå vill i egen motoverføring (Monsen 2005).

For normal selvutvikling er tidlig ervervet tro på validitet ens subjektiv opplevelse en forutsetning. Virkelighetssansen er intersubjektiv og ikke nedlagt i mennesket. Den formes i møte med kognitive selvobjektsbekreftelser. Fravær eller mangel på bekreftelse kan føre til at barnets subjektive virkelighetsopplevelse kan bli svak eller ustabil. Det vil dermed bli en svakhet i selvets struktur, og det vil være den viktigste disponerende faktor for psykotisk reaksjoner. Individet vil søke etter bekreftelse på sine subjektive opplevelser. Mangelfull anerkjennelse eller en fremmedgjørende reaksjon som individet har opplevd tidligere, kan føre til at individet mister virkelighetsforankringen. Samtidig øker faren for indre sammenbrudd og kaos. Vrangforestillinger kan utvikles i et forsøk på å få orden på egen orienteringsevne (Monsen 2005).

Stolorow og hans medarbeidere innførte begrepet selvavgrensede selvobjektsfunksjon. Det har som formål å endre virkelighetsoppfatningen som skjer gjennom et sett av selvobjektsresponser. Slik vil individets selv styrkes, og får tro gyldigheten av egne affekter (Karterud og Island 2005). Når individet frykter følelser som er basert på barndomstraumer, vil det gå tilbake til tidligere strategier og søke bekreftelse. Hvordan terapeuten evner og tolker selvobjektsfunksjoner og selvobjektsoverføringer er vesentlig for videre behandling (Monsen 2005).

2.2.5 Overføring, motoverføring og motstand

Dynamisk psykoterapi kan karakteriseres til å være relasjon- og prosessorientert. I møte med andre mennesker vil det utvikle seg en del karakteristiske prosesser og delprosesser. Terapeuter med erfaring vil kunne indentifisere og nyttiggjøre seg av disse i et terapeutisk formål. Sentrale begreper er overføring, motoverføring og motstand (Nielsen og Lippe 2002).

2.2.5.1 Overføring

Vi opplever mennesker i lys av våre tidligere erfaringer, hvor en kan si at det alltid er elementer av overføringer i enhver relasjon. Mennesket bære med seg elementer og utvikler sitt eget karakteristiske holdnings- og reaksjonsmønster i forskjellige situasjoner. Vi vil automatisk prøve å sette hverandre i en bestemt rolle som vil kjenners igjen fra tidligere. Ved å akseptere dette vil variasjoner av disse hendelser oppstå (Nielsen og Lippe 2002).

I samtale mellom pasient og terapeut vil overføring skje, og begge parter vil rette seg mot hverandres perspektiv. Det blir et dialektisk forhold hvor begge har innflytelse på terapiforholdet (Urnes 2005). I møte med terapeuten kan pasienter ubevisst få reaktivert følelser og holdninger som er dannet i tidligere relasjoner. Denne overføringen er en viktig del i behandlingen, hvor terapeuten kan ta dette opp til refleksjon i samarbeid med pasienten. Overføringene kan lett endre seg i et terapiforløp, fra positive idealiserende overføringer, til mer nyansert eller negativ overføringsreaksjon. Kohut tolket positive overføringer i behandlingen som pasientens behov for å bli speilet av et idealisert «selvobjekt» (Nielsen og Lippe 2002).

2.2.5.2 Motoverføring

Det vil være en risiko for at behandler kan bli farget av egne bakenforliggende erfaringer og følelsesreaksjoner. Det vil i denne sammenheng være en motoverføring som kan deles inn i to betydninger. En risiko er terapeutens følelsesmessige reaksjoner på pasienten. En annen er hans ubevisst konfliktladete følelser og holdninger fra tidligere hendelser, eller terapeutens aktuelle livssituasjon. Terapeuten kan reagere irrasjonelt og tillegge pasienten en rolle til som en som står han nær. Dette kan komplisere det terapeutiske forholdet. Et slikt samspill bør en terapeut være bevisst over, slik at det ikke skader terapiforholdet. En motoverføring kan være av terapeutisk verdi da det kan belyse hvordan pasienten er i samspill med andre (Nielsen og Lippe 2002).

2.2.5.3 Motstand

Under terapi kan pasienten aktivt vegre seg mot sykdomsskapende minner. Det kan komme til uttrykk ved at pasienten blokkerer spesielle tanker, fantasier, forestillinger, eller at strømmen av innfall stopper opp. Dette blir betraktet som motstand. Pasienten har behov for å beskytte seg selv mot tidligere negative erfaringer og opplevelser. Motstanden hindrer selvforståelse, problemløsning og personlig utvikling. Motstand - og forsvarsarbeid kan eskalere jo mer pasienten prøver å fortrenge, noe som vil som vil kunne gå ut over evne til spontan livsutfoldelse og vitalitet. Motstanden avspeiler pasientens karakter og karakterforsvar, samt avgjørende kilde til å hindre innsikt og problemforståelse. Gjennom motstand kan terapeuten få et innblikk i hvilke ubevisste mekanismer pasienten bruker som en beskyttelsesstrategi. Arbeidet med å få innsikt i hvor motstanden har sin opprinnelse er avgjørende for fremgang i terapien (Nielsen og Lippe 2002).

I selvspsykologien er en ikke opptatt av direkte motstandsbearbeiding, men motstand som et forsvar mot re-traumatisering. Ved ofte tegn på motstand, kan det enten være en indikasjon på utløsende faktorer hos terapeuten eller noe ved situasjonen. Om terapeuten påpeker motstand kan det få negative konsekvenser for den videre behandlingen. Terapeuten bør heller være utforskende og undrende i sin væremåte. Slik at pasienten gis mulighet til å utdype hva han mener (Hartmann 2005). Motstand kan fremstå i mange former. Eksempler er kan være uteblivelse fra terapitime, raske temaskifter, taushet og manglende interesse (Nielsen og Lippe 2002). Ved tilfeller der samtaler stopper opp, er det terapeuten som har ansvar for videre kommunikasjon, da pauser kan virke antiterapeutiske (Hartmann 2005).

Pasienten opplever seg lettere forstått når terapeuten er aktiv anerkjennende og støttende i pasientens forsøk på å utrykke seg. Slik vil en eventuell tendens på tilbaketrekking minke. I samspillet kan pasienten bli motivert til å utrykke seg med mer følelsesmessig dybde (Hartmann 2005).

Terapeuten må være bevisst pasientens reaksjon under dialog. Om han reagerer med angst eller uro, kan det være for at pasienten oppleve empatisk svikt, som igjen kan medføre tilbaketrekking eller brudd i den terapeutiske alliansen (Hartmann 2005).

2.2.6 Affekt-inntoning og empati

Selvpsykologien definerer empati som evnen til å observere og følelsesmessig forstå individet, og på den måten prøve å sette seg inn i klientens subjektive opplevelse. Behandleren vil alltid se det fra utsiden, og observasjonen vil bli begrenset av terapeutens forventninger og sensitivitet. Gjennom empatisk lytting kan terapeuten prøver å gi en bekreftelse som kan styrke selvfølelsen, opplevelsen av sammenheng, mening og vitalitet. Kohut mente, uavhengig av tolkning, at empati har en positiv virkning (Hartmann 2005).

Alle mennesker er predisponerte for affekter. Affekter kan påvirker individets handlinger ovenfor andre. De kan være basert på egne opplevelser fra tidligere erfaringer (Schibbye 2017). Stern som sa at affekt-inntoning er et følelsesmessig samspill som skjer helt fra spedbarnsalder, der omsorgspersoner tillegger barnet mening i det som blir foretatt. Omsorgspersonen vil respondere med et følelsesuttrykk som likner på barnets. Barnet vil med det regulere og innrette seg etter dette. Å dele følelsesmessig tilstand er viktig for at barn skal kunne tilegne seg intersubjektivitet (Monsen 2005).

Tomkins hadde en teori at affekter virker forsterkende på andre organismer i kroppen. Eksempelvis vil blodtrykket stige ved sinne og en endrer uttrykk og ansiktsfarge. Han anså ansiktsaktiviteten som den viktigste primærkilden til subjektiv opplevelse av affekter (Monsen 2002). Våre følelser kan signalisere både fysisk og mental trussel, og hjelpe individet til å oppleve trygghet. Følelsene gir oss således informasjon både om den indre og ytre verden. Affektene vil være avgjørende i måten vi mestrer relasjoner. I interaksjoner vil følelser være organiserende og koordinerende, og vil dermed ha grunnleggende betydning for selvorganisering og opplevelsen av kontinuitet. Ved å klare å gjenkjenne følelsesuttrykket hos andre får vi informasjon om hvordan de har det. Vi kan på denne måten få tilgang til andre menneskers indre verden og hjelpe oss å forutsi hvordan de vil agere (Schibbye 2017). Dette er ikke alltid enkelt i klinisk praksis der terapeuten kan oppleve at han ikke er med følelsesmessig og ikke forstår hva pasienten formidler, men vil strekke seg langt for å unngå avvisning fra pasienten (Hartmann 2005).

Omsorgspersoners samhandlingsmønster påvirke barns iboende evne til å danne mentale modeller, og som vises følelsesmessige opplevelser og uttrykk. Barn søker emosjonell informasjon. En svikt i affektinntoning vil føre til at barnet ikke får validert sine følelser, og ikke få bekreftelse av eget følelsesliv. Følelsen av å være alene og forskjellig fra andre vil da bli forsterket. Noe som personer med psykotiske lidelser beskriver (Monsen 2005).

I dysfunksjonelle forhold kan det være mangel på affekter eller manglende tilgang på affekter som er problematisk. For at en skal forstå andre må en ha kontakt med egne følelser (Schibbye 2017). Selektiv inntoning er når barnet blir formet av sine omgivelser knyttet til andres forventninger. Det kan betegnes som et falsk selv. Barnet kan da føle på tomhet og identitetsløshet og barnet opplevelser og reaksjoner hemmeligholdes ovenfor omgivelsene. Feilinntoning er inadekvat respons som barnet opplever i forhold til følelsesuttrykket barnet viser. Dette kan føre til at barnet ikke klarer å kjenne på egne følelser. Noe som igjen kan føre til at en senere i livet ikke viser følelser, men heller trekker seg inn i seg selv. Overinntoning er når noen tar over følelsen og det oppleves som invadering (Urnes 2005).

3.0 Empiri

Empirien inneholder kortfattet fortelling om Kari, og to utdrag fra to ulike dialoger. Det er gjort for å belyse utfordringene som ligger i kommunikasjon med pasienter i en psykotisk fase.

Kari var tre år da hun ble adoptert fra Colombia. Hun ble der hentet ut fra et barnehjem. Da hun kom til Norge skulle det vise seg at hun hadde tilpasningsvansker og utfordringer i samspill med andre. Når hun nådde skolealder ble det så bestemt overføring til spesialskole. Dette ble utfordrende år både for Kari og de som fulgte henne opp. I tidlig barneskolealder skilte adoptivforeldrene seg og Kari ble boende hos sin mor.

Da Kari ble 18 år flytter hun i egen leilighet. Det viste seg at hun i liten grad klarte å ta vare på seg selv i forhold til egen helse og økonomi. Hun fikk innvilget ung ufør og det ble oppnevnt en verge som skulle ivareta hennes økonomi forpliktelser.

Kari anser seg selv som frisk og er derfor ofte sint på at de som prøver å hjelpe henne i psykiatrien. Hun tar sjeldent telefonen og er således lite tilgjengelig. Imidlertid kan det hende at hun selv tar initiativ til kontakt med meg. I disse samtalene fremlegger hun ønske om praktisk bistand eller bare behov for å prate med noen.

Kari har flere innleggelseser på akuttpost på grunn av paranoide vrangforestillinger. Hun formidler da som oftest at hun hører stemmer. Som 20 åring fikk hun diagnosen paranoid schizofreni. Hun ble samme år vurdert til å komme inn under psykisk helsevern uten døgnopphold, og det ble bestemt at hun skal få depotinjeksjoner en gang per måned. Det første året samarbeider Kari når det gjelder legetimer og depotinjeksjoner, men etterhvert ønsker hun ikke injeksjonene. Hun blir mindre tilgjengelig og er ofte ikke hjemme når hun skal bli kjørt til legen. Etter et års tid ble det besluttet at hun skal under tvungen medisinerings og at injeksjonen skal bli satt av fastlege eller sykepleier i psykisk helse i kommunen.

3.1.1 Se å sett den sprøyta da

Det er tid for ny injeksjon og Kari har sagt at det er jeg som skal sette injeksjonen. Vi velger derfor å etterkomme ønsket og avtaler at hun skal komme til våre lokaler. Min

injeksjon er å bygge en god relasjon slik at Kari føler seg sett og forstått, samtidig som jeg håper vi kan hindre nye innleggelser. Kari kommer på formiddagen og spør etter meg.

Jeg ble både glad og lettet for at Kari kom, og takket henne for oppmøtet. Tenker at hun kanskje begynner å få en bedre relasjon til meg. Småprater litt og spør om hun husket at det var i dag hun skulle ha injeksjon. Spurte henne også om det er noe annet hun tenkte på. Det kan jo være at det er noe helt annet hun ønsket, og da bør jeg nok ta tak i det først. Kari prater i et og gjør det klart hvilken sprøyte jeg skal bruke og hvor injeksjonen skal settes. Tenker at jeg opplever henne som stresset da hun prater i et, samtidig er kroppen i stadig bevegelse. Tenker at jeg må prøve å få henne til å slappe av slik at jeg får anledning til å hente alt utstyret. Tilbyr henne noe å drikke og spise da hun ofte blir roligere når hun får i seg litt mat. Kari er klar på hva hun ønsker og jeg henter te og litt kjeks til henne. Informerer henne om at vi må være to når vi skal sette injeksjonen. Hun understreker at det er jeg som skal sette injeksjonen. Tenker at hun nok er der når vi kommer tilbake. Hvem skal jeg ta med meg. Treffer Tone i gangen og tenker det er bra da jeg vet at Kari kjenner henne fra før. Da jeg kommer ut i gangen til Kari blir hun villig med oss inn på et besøksrom. Kari forteller fra tiden på barnehjem.

Kari: Når jeg var på barnehjemmet fikk jeg sterke medisiner. Så jeg tåler veldig mye. Fikk verdens sterkeste medisin fra jeg var tre måneder gammel.

Jeg: Du forteller at du har gått på mange medisiner hele livet så derfor tåler du mye, er det det du sier?

Kari : Det er derfor jeg setter sprøyte på meg selv. Tåler alt.

Jeg: Alt, det hørt da voldsomt ut. Setter du ofte sprøyter på deg selv altså?

Kari: Tar mye heroin. Tåler det veldig godt. Fikk det også når jeg bodde på barnehjem. Fikk mange sprøyter så jeg trenger veldig sterke saker. Knuser sovemedisinen også.

Jeg: Uff . Vet neimen ikke hva jeg skal si jeg. Har du gjort dette lenge da?

Kari: Faan ikke mas sånn da. Se å sette den sprøyta.

Kari hever stemmen og jeg tenker at nå kan det komme et utbrudd. Hun kan oppleves som aggressiv av personalet da hun kan kaste ting og smelle dører nå hun «tilsynelatende» ikke

føler seg forstått. Jeg håper jeg klarer å inntone meg slik at hun føler seg sett og forstått. Å få satt injeksjonen gikk uten problemer. Jeg takker Kari at hun kom, og minner henne på at jeg kommer innom henne dagen etter. Får ikke så mye til svar og hun haster ut av lokalet.

3.1.2 Jeg har både en gutte- og jentehjerne.

Det er avtalt med Kari at hun skal ta injeksjonen hos legen. Hun kom til våre lokaler som avtalt. Kari har i dag en stor taleflom og er springende i tema og det er derfor vanskelig å følge med. Her kommer litt av samtalen slik jeg husker den.

Kari :Jeg har både gutte- og jente hjerne.

Jeg: Hvordan oppleves det?

Kari: Det er litt forvirrende. Vist jeg treffer ei jente ei sånn skikkelig jente og en gutt som er advokat er det veldig forvirrende. Men sånn er det bare.

Ja så savner jeg mitt tidligere yrke. Ja en av de skikkelige yrkene. Jeg er jo kirurg. Jobbet ved NTNU når mamma gikk på skole der. Så når jeg gikk i 3 klasse lærte jeg å operere. Har operert mye. Jeg var veldig flink. Jeg liker å hjelpe folk, særlig unge. Jeg tjente 50 tusen dagen så gikk jeg ned til 20 tusen dagen. For det var så mange jeg måtte hjelpe. Det er jo ikke særlig å gå i badeland med store arr da. Jeg kan også hjelpe de som er lamme. Det er ikke noe problem.

Jeg: Så du kjenner mange som trenger hjelp.

Kari: Ja mange. Jeg har også arr.

Drar opp det ene buksebeinet og viser arr etter et sprøytstikk.

Jeg: Det der så ikke godt ut.

Kari: Nei var ikke det, jeg injiserte medisiner mine.

Jeg velger å nikke for å bekrefte at jeg hører på hva hun sier, siden jeg vurderer at det ikke er rom for at jeg skal si noe.

Kari: Når en skal få de som er lamme til å gå er det bare å sprøyte inn fostervann. Så jeg kan hjelpe de som er født lamme for da sprøyter vi inn fostervann. Ikke så lett med de som blir lamme senere som når de har bilkrasjet eller noe. Jeg fikk også sprøyte med fostervann før jeg ble adoptert. Han på sykehuset sa at jeg var 60 år.

Jeg: 60 år?

Kari: Ja ,det er for at celledelninga går så fort. Det er for at jeg fikk fostervann så tidlig og da er det ordnet i papirene på sykehuset. Det står i alle papirene på sykehuset.

Vi har kommet til legekantoret og Kari tar en røyk og sier vi kan gå inn å vente.

Kari kommer fort inn og setter seg sammen med meg. Jeg tolker det som at hun opplever en viss trygghet ved å sette seg ned hos meg. Kari formidler gjennom samtalen at hun har behov for å være sammen med andre mennesker, da hun ikke trives alene. Kari snakker ustanselig til legen kom og hun ble med han. Det er nok mye som foregår i hodet hennes i dag.

4.0 Diskusjonsdel

4.1.1 Psykotisk

Kari er en ung kvinne som tidlig ble fanget opp av det Norske helsesystemet. Hun fikk oppfølging i barnehage, skole, institusjoner og ulike instanser. Gjennom utredninger har hun har fått diagnosen paranoid schizofreni. Ut fra et medisinsk diagnostisk system innebærer det at symptomene blir kartlagt. Det vil bli vektlagt hvordan hun opplever verden og hvordan den opplever henne. Hennes virkelighetsoppfatning er avvikende, ved at hun har hallusinasjoner og vrangforestillinger, samt negative symptomer som apati og affektforstyrrelser. Kari har fortalt at hun hører stemmer, og kan komme med fortellinger som ikke har rot i virkeligheten, som for eksempel at hun kan få lamme til å gå.

Selvpsykologien sier at når barn får mangel på bekreftelse kan det føre til svak eller ustabil subjektiv virkelighetsopplevelse, en kan tenke seg at dette kan være forklaringen på at Kari har fått en psykotisk lidelse, der vi kan tenke at det har blitt en svakhet i selvets struktur.

Når Kari er i en psykotisk fase søke hun bekreftelse på sine subjektive opplevelser. Hennes verden å tolke verden på kan sees som en strategi for å få orden på egen orienteringsevne. Kohut og Lichtenberg hevdet at barn har en underliggende tendens til selvhelbredelse. Det kan sees som at Kari også har evne til selvhelbredelse ved at hun søker adekvate selvobjekter i sin kontakt med helsepersonell.

4.1.2 Selvet

Selvet er individets opplevelse av seg selv. Kari er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn (TUD). Dette tilsier at hun ikke kan bestemme om hun ønsker medisiner. Jeg lurer på hva dette gjør med Kari, og hvordan hun ser på seg selv i forhold til andre mennesker. En ser på selvet som individets opplevelse av seg selv.

Forskning viser at tvang kan føre til forverring av symptomer. Derfor er det viktig å ha god dialog med Kari slik at det ikke blir behov for bruk av tvang. Det tvangen vil påvirke Karis Selv.

For at Kari skal få en sunn utvikling har hun behov for kjærlighet, anerkjennelse og bekræftelse, noe hun kan få gjennom speilende selvobjekter. Speilende selvobjekt virker inn på det grandiose selvet, og hun vil søke etter bekræftelse i sine omgivelser. Som helsepersonell er det derfor viktig å møte henne der hun er, slik at hun får dekket disse behovene.

Idealiserende selvobjekt har innvirkning på det idealiserende selvet, som har behov for noen som er større en seg selv, og noen som en kan søke hjelp hos. Hvordan relasjonen vi har til Kari vil være av betydning om hun føler hun kan søke trøst, støtte eller råd hos oss. Hummelvoll (2014) sier at vår grunnholdning bør være preget av respektfull undring og ekte interesse, slik at holdningen skaper kontakt og tillit. Det å gjøre praktiske ting sammen kan være virkningsfullt, noe som jeg også har opplevd da Kari søker hjelp til praktiske oppgaver i hverdagen.

Alter-ego-selvobjekt er den tredje polen og har innvirkning på det tvillingsøkende selvet. Kari har som andre behov for bekræftelse gjennom likhet og finne noen som bekrefter og anerkjenner henne.

Forskning har vist at pasienten legger stor vekt på hvordan personalet tilnærmer seg i forhold til å føle seg godt ivaretatt (Lorem et al 2014). Bratrud og Granerud (2011) påpeker at likeverd, samhandling og samarbeid er elementært for å få til et godt behandlingsforløp. En god kommunikasjon kan styrke og gi en mer forutsigbar samhandling og hjelpe oss å se situasjonen fra flere vinkler. God kommunikasjon krever tålmodighet og kompetanse, og det kan være utfordrende å se det fra Kari's perspektiv.

4.1.3 Selvobjekt og selvobjektsvikt

Kari er til tider lite tilgjengelig for helsepersonell. Ofte åpner hun ikke døra når vi kommer på tilsyn, eller tar telefonen når vi ringer. Samtidig opplever jeg at Kari kan oppsøke meg for hjelp og støtte. Det kan være hjelp til å handle inn mat, til rydding i leiligheten med mere. Kari søker noen å støtte seg til, dermed blir jeg et idealiserende selvobjekt.

Kari har opplevd mange endringer i livet som kan ha formet henne. Kohut sier at mennesket formes i samspill med objekter og har behov for kjærlighet, anerkjennelse og bekræftelse. Dette behovet har mennesket gjennom hele livet. Det ville vært naturlig å

spørre hvilke selvobjekter Kari har hatt i oppveksten. På barnehjemmet har det nok vært personalet. Hvordan de møtte Kari i hennes søken etter bekreftelse vet vi ikke. I treårsalderen ble hun adoptert og fikk foreldre som nok ble hennes hovedsakelige selvobjekter. Når Kari var syv år skiltes foreldrene og hun mistet da noe kontakten med far.

Selvpsykologien påpeker at individer har behov for adekvate selvobjekter. Dette for at selvet skal kunne utvikle seg til et modent og selvregulerende system. Skal denne veksten ha skjedd, hadde Kari måtte ha fått tilstrekkelig tilbakemelding fra objekter gjennom livet.

Fra et medisinsk ståsted trenger Kari medisiner som kan dempe symptomene hun har i hverdagen. Hun blir underlagt tvungen medisinerings, noe Kari i liten grad tenker at hun trenger, da hun selv ikke anser seg som syk. Kohut sier at virkelighetssansen formes i møte med selvobjektsbekreftelser. Uteblir bekreftelsen kan det føre til psykotisk reaksjon. Det Kari har opplevd tidligere vil være med å forme og påvirke henne senere i livet. Hun vil som oss andre automatisk sette seg og andre i bestemte roller. Det utvikles en egen karakteristisk holdning - og reaksjonsmønster.

4.1.4 Selvsammenheng og vitalitetseffekt

Har Kari opplevd brist i affektinntoningen tidlig, kan det ha ført til følelsen av tomhet og meningsløshet. Det vil prege henne også i senere relasjoner. Derfor prøver jeg å inntone og lytte empatisk, slik at jeg kan gi henne en god selvobjektserfaring, som igjen kan gi henne følelsen av større selvsammenheng. Min opplevelse av situasjonen vil alltid være en observasjon utenfra, og det vil være farget av mine forutsetninger og min sensitivitet (Hartmann 2005). Jeg prøvde å lytte til hva hun formidlet, og responderte på de utsagn hun kom med. Det for at Kari skal føle seg betydningsfull, og få opplevelsen av å ta jeg . Dette i håp om at jeg kan være speilende selvobjekt og kanskje på sikt et idealiserende selvobjekt der Kari kan søke støtte. Selvpsykologien påpeker at alle mennesker har behov for gode selvobjektserfaringer for å få følelsen av selvsammenheng. Hvordan jeg inntoner meg vil påvirke vår relasjon, og kan styrke Kari sin vitalitetsaffekt. Utnes (2005) sier at følelsesopplevelser aktiveres av livshendelser, deriblant samspill med andre mennesker.

Kari kan fortelle historier som ikke kan har rot i virkeligheten. Hennes hukommelse vil endres gjennom samtaler og hennes fantasiverden. Dette støttes også av forskningen som

sier at hukommelsen i stor grad er rekonstruktiv. Hva Kari husker fra tidlig barndom vil være preget av hennes premisser og interesser som voksen (Urnes 2005).

Mange pasienter hører stemmer, noen hører det bare som summing, mens andre hører stemmer som blander seg inn (Cullberg 2009a). Når jeg vet at Kari til tider hører stemmer, må jeg ta hensyn til dette i samtalen. I de samtaler jeg har med Kari der hun har stor taleflom, bruker jeg ofte kroppsspråket for å vise Kari at jeg både ser og hører henne. Det kan være et smil eller et nikk og hvor jeg plasserer meg i rommet. Samtalene kan ofte være utfordrende, da Kari siden fortellingen ofte er vanskelig å tolke. Bjørkly og Myklebust (2011) kom frem i sin forskning hvor helsepersonell opplevde at pasienten ikke alltid var i en mental tilstand for å kunne gjennomført det som ble planlagt.

Noen ganger lar jeg Kari styr situasjonen for å unngå utagering. Jeg opplevde at jeg ofte overtalte henne til å få gjennomført noe hun selv ikke ønsket. Dette kan muligens være med å bryte relasjonen og Kari kan ha opplevelse av selvobjektsvikt.

4.1.5 Overføring, motoverføring og motstand

I samtale med Kari må jeg anerkjenne hennes behov for å bli møtt, sett og forstått. Utfordringen ligger i hennes mange forestillinger som jeg ikke forstår, og som innvirker på vår relasjon. Både Kari og jeg har med oss våre tidligere erfaringer og holdninger. Jeg møtte henne med mine erfaringer av hvordan hun har handlet og har reagert tidligere. Møte vil også være farget av min livssituasjon. Siden Kari ba spesielt meg om hjelp, tenkte jeg at hun kanskje hadde fått en bedre relasjon til meg. Det kan være for at jeg tidligere har opplevd at en relasjon blir bedre når noen søker kontakt. På denne måten overfører jeg mine tidligere erfaringer inn til situasjonen. Dette gjøres mer eller mindre ubevisst. Denne overføringen vil prege meg ved at jeg vil være lydhør ovenfor hvordan hun agerer. Vi vil sette hverandre i roller som er gjenkjennbar for oss begge. Dermed blir situasjonen ofte lik tidligere hendelser oss imellom. Urnes (2005) sier det er et dialektisk forhold. Det vil si at både Kari og jeg påvirker hverandre i prosessen.

Min tidligere erfaring tilsier at samspillet kan være utfordrende. Kohut sa at det kan være vanskelig å opprettholde en empatisk holdning til pasienter med en psykoselidelse, da det er lett å gå seg vill i egen motoverføring. Jeg som terapeut kan reagere irrasjonelt og

tillegge Kari egenskaper eller roller til noen andre jeg kjenner. I motoverføringen vil mine ubevisste følelsesmessige reaksjoner og holdninger, både de til Kari, og den livssituasjonen jeg er i, være av betydning i forhold til hvordan jeg reagerer. Skal jeg få til en god kommunikasjon, må jeg derfor være bevisst slik at det i minst mulig grad skader vår relasjon. Kari får reaktivert følelser og holdninger som hun har dannet i andre relasjoner, helt uten at hun selv er klar over det. En slik overføring kan brukes som en refleksjon i samtale med pasienter (Nielsen og Lippe).

Selvpsykologien ser på motstand som et forsvar mot re-traumatisering. Eksempel kan være uteblivelse fra avtaler, raske temaskifter, og mangel på interesse. Karis uteblivelse fra avtaler kan være en form for forsvar. Det er mulig at Kari i første samtalen viste en form for motstand, hvor hun uttrykte klart både i form av kroppsspråk og verbalt at hun ikke ønsket at jeg skulle spørre henne om så mye. Her må jeg som terapeut ta ansvar da jeg merker at Kari trekker seg tilbake og viser motstand. En slik motstand kan være med å hemme hennes personlige utvikling, selvforståelse og evnen til problemløsning. Jeg bør være bevisst Kari sine reaksjoner, slik at kommunikasjonen ikke blir til hinder for videre behandling.

I vår andre samtale snakket Kari mer fritt og jeg lot henne få styre samtalen. Jeg opplevde en samtale som var preget av raske skiftninger og ulogiske sammenhenger. Her prøvde jeg å bekrefte at jeg ønsket å forstå hva hun ville formidle. Jeg lyktes ikke med å hjelpe henne med å fokusere på et tema, da jeg opplever henne som å være oppslukt i sin egen fantasiverden. Samtalen var ikke preget av at jeg skulle sette injeksjon slik den var i vår første samtale. Jeg opplevde henne ikke som irritert denne dagen, men heller at hun i større grad klarte å gi uttrykk for følelser. Jeg håper og tror at hun i større grad opplevde seg sett og hørt.

Kari vil også være preget av sine persepsjonsvansker, der hennes frustrasjonstoleranse og impuls kontroll kan bli rammet. Vi vet at det å være i en psykotisk fase kan oppleves som å være i et mareritt. Hennes verden kan oppleves som svært skremmende og fragmentert. Dette vil nødvendigvis prege vår kommunikasjon på flere måter.

4.1.6 Empati og inntoning

Empati er vesentlig i møte med pasienter. Selvpsykologien omtaler empati som en observasjonsmåte som har vesentlig betydning for å ikke snakke forbi hverandre. Som terapeut vil jeg være opptatt av å inntone meg på en måte som kan få Kari til å få mer kontakt med sine egne vitale følelser. I møte med Kari prøver jeg og innblikk i hvordan hun har det. Jeg vet at mennesker i en psykotisk fase ofte er redd og opplever hverdagen som i et mareritt. Det er derfor viktig å møte Kari på en empatisk måte. Det er lett for meg å trekke en slutning ut ifra mine egne tolkninger, men som ikke alltid vil stemme. Derfor prøver jeg å vise anerkjennelse og å være undrende i min relasjon til Kari. Selv om jeg ofte ikke klarer å forstå hva hun prøver å formidle og mine observasjoner vil være begrenset av mine forventninger og sensitivitet. Min intensjon vil være at Kari opplever meg som empatisk slik at hun kan få styrket sin selvfølelse og opplevelsen av selvsammenheng, mening og vitalitet. Kohut sa at empati har en styrkende virkning uavhengig av tolkning (Hartmann 2005).

Gjennom ansiktsaktiviteten, pust og stemmebruk kan jeg få informasjon om hvordan Kari har det. Ved å møte henne og validere hennes følelser kan det gi henne en større opplevelse av selvsammenheng. Lindaas, Mjøsund og Møller (2010) sa at mennesker med en schizofreni diagnose ofte har vansker med å utrykke seg verbalt. Jeg tenker at Kari også strever med dette, da hun formidler at hun har en del stemmer i hodet.

De to møtene jeg har beskrevet var svært forskjellige. I forhold til hva hun fortalte, stemmeleie og ansiktsaktivitet hadde jeg opplevelse av at hun både redd og stresset i det første møtet. Ansiktsaktivitet kan gi informasjon om Karis indre og ytre verden. Som igjen vi påvirke Kari i sitt møte med meg. Hvordan jeg identifiserer hennes følelsesuttrykk gir det meg et inntrykk på hvordan hun har det. Det kan hjelpe meg å forutsi hvordan hun vil agere. Jeg følte på et ubehag i forhold til at jeg viste at Kari i utgangspunktet ikke ønsket injeksjonene. Det følte på mange vis som et overtramp. Om jeg ser på situasjonen som at Kari har behov for et alter-ego-relasjon der hun opplever å få følelsen av grunnleggende likhet og felleskap. Jeg prøver å motivere og gi henne tilpasset informasjon, og vi blir enige hvor jeg skal sette injeksjonen. Det kom frem i studiet til Sørly (2017) der flere informanter uttrykte at manglende språk og evne til samarbeid var utfordrende i dårlige faser.

Tomkins mente at våre følelser er med å påvirke andre organismer der ansiktsaktiviteten er av stor betydning til subjektive opplevelser av følelser (Monsen 2002). Jeg prøvde å formidle trygghet i min væremåte, tenke på hva jeg vet om lidelsen og de erfaringer jeg har fra tidligere møter med Kari. Om jeg klarer å gi Kari anerkjennelse, kan det bidra til at hun får en bedre selvforståelse.

Det andre møtet var ganske ulikt fra det første. Kari kom som avtalt til våre lokaler hun hadde stor taleflom. Da jeg vet at Kari ofte hører stemmer, lurte jeg på om hun prater så uavbrutt er for å dempe stemmene. Kohut sa at virkelighetssansen formes i møte med kognitive selvobjektsbekreftelser slik at en får validert egne subjektive opplevelser. Har Kari opplevd mangel på anerkjennelse og/eller fått fremmedgjørende reaksjoner tidligere, kan det dette være årsaken til at Kari har brist i virkelighetsforankringen. Kohut hevdet at slike erfaringer kan føre til indre sammenbrudd og kaos, der en kan se på vrangforestillinger som kan være et tegn på at individet prøver å få orden på egen orienteringsevne (Karterud og Island 2005). Det kan omtales som svikt i inntoning som Kari har møtt tidligere i livet. Svikt i inntoning kan ha ført til at Kari ikke har fått validert sine egne følelser, og ikke bekreftet eget følelsesliv.

En kan tenke seg at Kari har mange brutte relasjoner. Stern sier at barnet har behov for bekreftelse helt fra spedbarnsalder. Omsorgspersonen bekrefter barnet ved å tilegne det uttrykk barnet viser en spesifikk mening. På denne måten får barnet dannet mentale modeller. Har det vært mangel på følelsesuttrykk fra omsorgspersoner, kan det ha ført til at Kari ikke har fått ervervet seg intersubjektivitet. Pasienter som er i en psykotisk fase vil feiltolke en del situasjoner. Tankevirksomheten kan være preget av fantasifulle fortellinger. Dette kom helt tydelig frem i andre samtalen jeg hadde med Kari. Litteraturen beskriver at pasienten som har store påkjenninger, eller er lite sosial, kan få forsterket sine vrangforestillinger. Individet kan feiltolke situasjonen og mange har urealistiske forestillinger om egen person (Cullberg 2009a). Kari har helt klart grandiose tanker rundt egen person. Hun hevder blant annet at hun kan få lamme til å gå. Slike grandiose forestillinger er påvirket av speilende selvobjekt som har behov for kjærlighet, anerkjennelse og bekreftelse. Det vil her være vanskelig å realitetsorientere Kari da hun kan oppleve at jeg ikke anerkjenner hvordan hun opplever verden. Kari har behov for å få validert egne subjektive opplevelser for å få normal selvutvikling. Hvordan kan jeg så gjøre det? Jeg valgte i begge tilfellene å bekrefte de følelser som hun har, og ikke de forestillinger som for eksempel at hun kan helbrede andre.

5.0 Konklusjon

Hvordan kan jeg som sykepleier ved hjelp av selvspsykologien bedre kommunikasjonen med pasienter i en psykotisk fase?

Selvspsykologien og det medisinske diagnosesystemet vektlegger og ser individet fra forskjellig perspektiv. Sett fra selvspsykologien kan en se på Kari's symptomer som en forklaring på at hun ikke har fått dekket behovet for adekvate selvobjekter.

Ved bruk av en selvspsykologisk tilnærming ovenfor pasienter i en psykotisk fase, kan en god inntoning føre til at pasienten opplever seg forstått, verdsatt og anerkjent. Pasienter i en psykotisk fase vil være preget av sine forestillinger, som igjen vil kunne innvirke på kommunikasjonen. Helsepersonell kan ubevist ta med seg tidligere erfaringer og opplevelser inn i situasjonen, noe som kan skade relasjonen. I møte med overføring trenger terapeuten bevissthet over egen følelsesmessige reaksjon, det vil si sin egen motoverføring. Terapeuten kan reagere irrasjonelt og tilegne pasienten andre roller. Dette kan komplisere det terapeutiske forholdet. I møte med Kari opplevde jeg at det var en utfordring å ta hennes perspektiv.

Selvspsykologien vektlegger en grunnholdning som bør være preget av respekt, undring og ekte interesse. Empati blir betraktet som en viktig observasjonsmåte som skal hindre at vi snakker forbi hverandre. Jeg prøvde å inntone meg på en måte slik at Kari kunne få kontakt med egne vitale følelser. Opplevde Kari meg som empatisk kunne hun få styrket sin selvfølelse og få opplevelsen av selvsammenheng. Å være empatisk vil være en utfordring da bare pasienten kan avgjøre om en er empatisk eller ei.

Selvspsykologien vi kunne på mange måter hjelpe oss å få et nytt perspektiv i forhold til denne brukergruppen. Den vektlegger empati og inntoning som det viktigste i behandlingen. Dette kan være med å hjelpe å få til et dynamisk forhold der begge parter er likeverdige.

Begrensningen i oppgaven er at den ikke belyser Kari i friske perioder. Kari evner i liten grad å følelsesmessig uttrykke seg i psykotiske faser. Det oppleves som hun i stor grad er så inne i sin egen verden, opptatt av sine tanker og forestillinger, at det blir vanskelig å komme i posisjon til henne. Det kunne med fordel vært med skildringer fra hendelser der

pasienten ikke er i en psykotisk fase. Videre studier av pasienters opplevelser fra psykotiske faser bør undersøkes videre. Det kan hjelpe oss å gi denne pasientgruppen en bedre behandling.

Teorien om selvpsykologien vil for denne pasientgruppen gi noen begrensninger. Pasienten i en psykotisk fase vil i mindre grad evne å fokusere, da stemmer og fantasier kan oppta pasientens tankevirksomhet. Selvpsykologien gir meg et forståelsesgrunnlag som gjør det lettere å være ubetinget empatisk. Empatis hevdet Kohut en hadde legende virkning uavhengig av tolking.

Litteraturliste

- Andreassen, Ole A. 2012. «Dopaminsystemet og effekt av antipsykotika». I *Nevropsykiatri*. Red. Tormod Fladby, Stein Andersson og Leif Gjerstad. s. 93-99. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bunkholdt, Vigdis. 2005. «Psykologisk problemer og behandling av dem». I *Psykologi*. s. 271-296. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, Johan. 2009b. «De psykotiske syndromene I». I: *Psykoset et integrert perspektiv*. Red. Johan Cullberg. s. 119-134. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, Johan. 2009a. «Psykosebegrepet, vrangforestillinger, hallusinasjoner». I: *Psykoset et integrert perspektiv*. Red. Johan Cullberg. s. 37-51. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hartmann, Ellen. 2005. «Joseph Lichtenberg: Selvpsykolog eller motivasjonsteoretiker?». I: *Selvpsykologi*. Red. Sigmund Karterud og Jon T. Monsen. s. 137-151. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkken. 2015a. «Det Psykodynamiske perspektiv». I: *Perspektiver på psykisk lidelse*. Red. Svein Haugsgjerd, Pål Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkken. s. 182-238. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. «Samarbeid med psykotiske mennesker». I: *Helt-Ikke stykkevis og delt*. Red. Jan Kåre Hummelvoll. s. 305-372. Oslo. Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, Kjell Magne. 2008. «Psykiske lidelser». I: *Innføring i psykologi*. Red. Kjell Magne Håkonsen. s. 313-325. Oslo: Gyldendal akademisk
- Karterud, Sigmund. 2005a. «Heinz Kohuts selvpsykologi». I: *Selvpsykologi*. Red. Sigmund Karterud og Jon T. Monsen. s. 13-27. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Lindaas, Marit, Nina Helen Mjøsund og Paul Møller 2010. *Livshistorier og førstegangpsykose – en klinisk metode for systematisk narrativt arbeid*. Lest 01.03.20. VÅRD I NORDEN 2/2010.
- Lorem, Geir F., Marie Steffensen, Jartrud Frafjord og Catharina EA Wang.2014. *Omsorg under tvang - En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern*. Lest 29.02.20. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02 / 2014
- Monsen, Jon T.2005. « Selvpsykologi og nyere affektteori». I : *Selvpsykologi*. Red. Sigmund Kaeterud og Jon T. Monsen. s. 90-136.Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Myklebust, Kjellaug K. og Stål Bjørkly. 2011. *Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukervedvirkningsrelasjoner.- En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere*. Vård i Norden, 31(3) :19 – 23.
- Nielsen, Geir Høstmark og Anna Louise von Lippe. 2002. «Dynamisk psykoterapi». I: *Psykoterapi med voksne*. Red. Geir Høstmark Nielsen og Anne Louise Lippe. s. 21-48. Oslo: Pensumtjeneste.
- Urnes, Øyvind.2005. « Utviklingspsykologi og selvpsykologi». I : *Selvpsykologi*. Red. Sigmund Kaeterud og Jon T. Monsen. s. 64-88 .Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sørly, Rita. 2017. *Relasjonell innsikt sett i lys av makt, kunnskap, kjønn og ansvar. En studie fra nordnorsk distriktpsykiatri*. Lest. 01.03.20.
https://www.idunn.no/tph/2017/04/relasjonell_innsikt_sett_i_lys_av_makt_kunnskap_kjoenn_og