



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Ungdom med anoreksi innlagt i sengepost - hvordan kan det miljøterapeutiske arbeidet bidra til personlig vekst og utvikling fra et selvsykologisk perspektiv?

Anne Emilie Haugen Solbu

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, 22.04.22



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: 22.04.22

Antall ord: 8501

Sammendrag

Ungdom med spiseforstyrrelser kjemper en indre og ytre kamp, og trenger støtte og trygghet for å kunne ta opp kampen mot sykdommen. Dette forsøker jeg å belyse gjennom problemstillingen «ungdom med anoreksi innlagt i sengepost – hvordan kan det miljøterapeutiske arbeidet bidra til personlig vekst og utvikling fra et selvspsykologisk perspektiv?». Jeg har valgt selvspsykologi som terapeutisk retning da dette er en tilnærming som baserer seg på at samspill er med på å utvikle et selvstendig, helt og sammenhengende individ som i oppgavens sammenheng kan ta opp kampen mot anoreksien. Selvspsykologi dreier seg også primært om å komme nær den andre gjennom relasjon, empati og inntoning, noe som jeg gjennom oppgaven viser er viktig i det miljøterapeutiske arbeidet med noen som lider av en spiseforstyrrelse.

Innledningsvis presenteres bakgrunn for valg av tema og narrativ, samt observasjoner og undringer gjort i egen praksis og fra teori. I teoridelen presenteres teori og forskning på spiseforstyrrelser, teori om ungdom og utvikling, miljøterapi med barn og unge, hjelperens rolle samt selvspsykologi og flere sentrale begreper derfra som plukkes opp i diskusjonsdelen. I narrativet skildres to situasjoner med samhandling mellom meg og Emma, en ung jente innlagt med alvorlig anoreksi. Jeg har valgt å ha fokus på den følelsesmessige og relasjonelle delen av spiseforstyrrelsen, ikke symptomer i like stor grad. I diskusjonsdelen analyserer jeg samspillene mellom Emma og meg, og drøfter hvordan vi som hjelpere på best mulig måte kan forstå og behandle Emma og ungdommene innlagt for sin anoreksi på en god måte. Jeg ser på utfordringene fra Emma sin side, samt fra hjelperen sin side, og hvor viktig samspillet blir under en langvarig innleggelse. Jeg drøfter også narrativ opp mot mentalisering og regulering hos hjelperne, og går nærmere inn på ulike selvspsykologiske begreper jeg ser som relevante for å belyse situasjonene med Emma. Funnene i oppgaven viser at det terapeutiske miljøet har mye å si for ungdommens evne til vekst og utvikling. De viser også at selvspsykologisk tilnærming kan være en retning det er hensiktsmessig å bruke i en miljøterapeutisk setting i møte med ungdom med anoreksi, ved å styrke ungdommens selvsammenheng gjennom empati, inntoning, tålmodighet og omsorg.

*Kunsten er å finne det mennesket
som klarer å lytte til
de tingene du ikke alltid sier*

*Som fortsetter å lese kjærligheten
bak alle dine reaksjoner*

*Og som fortsetter å interessere seg
selv når du svarer at
«alt er bare bra»*

- Stein-Roger Nilsen

Innhold

1.0	Introduksjon	4
1.1	Problemstilling	6
1.2	Litteratursøk	6
2.0	Teoridel	8
2.1	Spiseforstyrrelser hos ungdom	8
2.2	Miljøterapi med barn og unge	9
2.2.1	Rollen som hjelper i en miljøterapeutisk setting.....	10
2.3	Tilknytningsteori og mentalisering.....	12
2.4	Selvpsykologi	13
2.4.1	Selvet.....	14
2.4.2	Empati og inntoning.....	15
2.4.3	Vitalitetsaffekt.....	16
2.4.4	Motstand.....	17
3.0	Narrativ	18
3.1	Dag 1	18
3.2	Dag 2	19
4.0	Diskusjon	20
4.1	Dag 1 – Beskytte eller begrense?	20
4.1.1	«Vanskelig ungdom eller ungdom som har det vanskelig?»	22
4.1.2	Betydningen av å føle seg hel	23
4.2	Dag 2 - Hva skjer med empatien når uenighetene får blomstre?	23
4.2.1	Når hjelperne skal være de viktige andre	25
5.0	Konklusjon og ideer til videre fagutvikling	28
6.0	Referanseliste	29

1.0 Introduksjon

I min praksisperiode fikk jeg muligheten til å jobbe med ungdom innlagt i psykisk helsevern. Der møtte jeg en jente som gjorde sterkt inntrykk på meg. Hun var svært ung, men hadde hatt alvorlig anoreksi flere år allerede. Jeg undret meg over hvordan man tilsynelatende kan fungere så godt, være så reflektert og imøtekommende og likevel så fanget i anoreksien.

Å jobbe med barn og unge har vært noe jeg har interessert meg for hele mitt yrkesliv. Gjennom min tid som student og sykepleier har jeg møtt flere ungdommer med anoreksi. Det har fremstått som noe uforståelig, ugjennomtrengelig, nesten skummelt. Hva er det som gjør at denne sykdommen får festet grepet sitt i disse unge kroppene, nærmest forgiftede tankene de har om seg selv og gjøre det så vanskelig å komme seg ut av? Selv om spiseproblematikk ikke blir like alvorlig for alle, kan den for noen bli en livstruende, langvarig og kompleks prosess med både psykiske og fysiske følger. Etter ruslidelser, er anoreksi den psykiske lidelsen med høyest dødelighet (Rø, Hage og Torsteinsson 2020).

Ungdomstiden er en periode med flere grunnleggende forandringer. Det emosjonelle, kognitive og atferdsmessige systemet relatert til tilknytningsrelasjoner restruktureres, og man skal samtidig håndtere dualiteten av å være barn og voksen på samme tid (Elvebakk og Sørensen 2016). For mange kan spiseforstyrrelsen være et forsøk på å håndtere og regulere disse vanskelige følelsene og den nye rollen. Man får et tydelig bilde på hvor tett tanker og kropp er knyttet sammen. I artikkelen til Williams og Reid (2012) blir anoreksien beskrevet som følelsen av å ha to stemmer i hodet samtidig. Også Bjerknæs (2009) tydeliggjør dette i en beskrivelse av spiseforstyrrelsen; «en venn som ble en uvenn». Lignende skildringer om å styres av denne «uvennen» eller være sin egen verste fiende har også blitt brukt i populærkulturen ellers, eksempelvis i sangen «Styggen på ryggen» av OnkLP & De Fjerne Slektningene (2014):

«Føles som jeg er i helvete

Styggen på ryggen har blitt en av mine nærmeste

På skulder'n min og minner meg på

Hvor jævla skeis det herre livet mitt går

Er det rart jeg er redd?

Når styggen på ryggen er han jeg prater med mest?

Oppå skulder'n min og sier at jeg kommer ingen vei her i livet».

I min praksisperiode ble jeg mer oppmerksom på hvor forskjellige vi er som mennesker, som voksne og som hjelpere. Hvordan møter vi egentlig disse sårbare ungdommene når de er så syke at de har behov for innleggelse i lengre perioder med behov for hjelp og støtte fra oss? Hvordan blir vi egentlig gode hjelpere i møte med ungdommer med anoreksi? Jeg observerte at det kan oppstå uenigheter blant personalet om hva som er riktig tilnærming og behandling. Det kan føre til at personalgruppen deles, noe som igjen går ut over arbeidsmiljøet, pasientene og deres oppfølging. Relasjon og refleksjon settes ikke alltid i fokus, og mangelfulle rammebetingelser flere steder synes å gjøre personalgruppen sårbare for splittingsprosesser. Etter å ha tatt denne observasjonen med inn i refleksjonsgruppene, forstod jeg at dette er et kjent fenomen på mange sengeposter. Dette gjorde meg enda mer interessert i temaet, og på årsaksforklaringene bak.

Arnchild Lauveng (2006) og Linda Boström Knausgård (2020) har i sine bøker beskrevet personlig erfaring fra psykisk helsevern, og fremmet forskjellen den enkelte helper kan gjøre. De beskriver møter med hjelpere som har sett dem, gjort at de følte seg trygge, og forteller om hvilken betydning det kan ha. Et slikt møte kan bli et vendepunkt. Dette bekreftes også av forskningen, som fremhever relasjonen som avgjørende i behandlingssituasjoner. Gjennom videreutdanningen har jeg også fått en dypere forståelse for at god miljøterapi og relasjon er grunnleggende i arbeidet vårt. Hva skal til for at man får samlet personalgruppen om det terapeutiske arbeidet?

«Oda» som har vært i behandling for sin anoreksi, beskrev følgende om hva hun opplevde som viktig for henne (Bjerknes 2009, 183):

«Jeg vil tro at den beste medisinen noen som er rammet av en spiseforstyrrelse kan få, er kjærlighet, omsorg, noen å snakke med og ikke minst at man selv er villig til å ta stilling til problemet».

1.1 Problemstilling

Bakgrunn for valg av tema gjort rede for i introduksjonen munnet ut i følgende problemstilling:

Ungdom med anoreksi innlagt i sengepost – hvordan kan det miljøterapeutiske arbeidet bidra til personlig vekst og utvikling fra et selvsykologisk perspektiv?

1.2 Litteratursøk

Jeg forsøkte å koble sammen begrep fra teorien jeg hadde, og brukte både en norsk og internasjonale databaser. Jeg fant lite forskning på selvsykologi som tilnærming fra nyere tid, men en god del om miljøterapi, hjelperollen og pasienter med anoreksi. Jeg inkluderte tre artikler fra forfatterne Joel Zugai, Jane Stein-Parbury og Michael Roche. En av artiklene tar for seg hva ungdom med anoreksi har opplevd som positiv og effektiv behandling i møte med hjelperne der de var innlagt, en artikkel den terapeutiske alliansen mellom hjelper og pasient innlagt for behandling av anoreksi, og en handler om autoritet i rollen som hjelper. Jeg fant også en artikkel av Sarah Williams og Marie Reid med beskrivelser av å ha anoreksi fortalt av pasienter som har vært innlagt og gått gjennom behandling. Noen artikler fant jeg gjennom referanselister i faglitteratur eller søk på temaet. Av disse valgte jeg å bruke en artikkel av Heine Steinkopf, Dag Nordanger, Brynjulf Stige og Anne Marita Milde som omhandler hjelpernes opplevelser av å bli dysregulerte i samspillsituasjoner. Dette er relevant for min oppgave fordi bevissthet og arbeid med egne følelser hjelper oss å forstå og tåle andres følelsesuttrykk.

Database	Søkeord	Antall treff
Oria	Anorek* OG selvsykolog* OG miljøterapi*	0
	Anorek* OG selvsykolog*	5
	Anorek* OG miljøterapi*	9
Medline	Anorexia nervosa	13748

	Anorexia nervosa AND inpatient care	37
	Anorexia nervosa AND inpatient care AND adolescent	21
	Anorexia nervosa AND inpatient care AND adolescent AND self psychology	0
APA PsychInfo	Anorexia nervosa	9646
	Anorexia nervosa AND inpatient care	42
	Anorexia nervosa AND inpatient care AND adolescent	19
	Anorexia nervosa AND self psychology	8

2.0 Teoridel

I teoridelen presenterer jeg teori om spiseforstyrrelser, da med vekt på anoreksi. Jeg har valgt ikke å fokusere på symptomer eller statistikk, men hovedsakelig det relasjonelle og emosjonelle aspektet ved lidelsen. Jeg har også med teori om miljøterapi med barn og unge, rollen som hjelper i miljøterapi, og kort om tilknytning og mentalisering. Videre presenteres teori om selvpsykologi, samt relevante begreper innen denne terapeutiske retningen som løftes frem i diskusjonsdelen.

2.1 Spiseforstyrrelser hos ungdom

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for tilstander der det mest fremtredende symptomet er unormal spiseatferd (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Alle mennesker har i varierende grad tanker om mat, kropp og hva en bør spise. Når disse tankene blir av en så omfattende og intens karakter at de påvirker funksjonsnivået i hverdagen, kaller vi det spiseforstyrrelser. Ved anorexia nervosa er lav vekt og frykt for vekttoppgang hovedsymptomer (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Tendensen er at flere unge nå strever med kroppsmisnøye og kan ha et anstrengt forhold til mat og vekt. Selv om dette ikke er ensbetydende med at man vil utvikle en spiseforstyrrelse, ser man at det kan være en medvirkende årsak (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Hos mange er tidlig pubertet en spesielt sårbar periode for å utvikle spiseforstyrrelser. Overgangen fra barn til ungdom er en periode med store fysiologiske og psykiske utviklingsmessige endringer. Mange unge er opptatt av perfektjonisme, der de måler sin verdi i prestasjoner og ut fra kroppslige idealer. Om man kontrollerer matinntaket, kan vektnedgangen og kontrollen over dette bli noe man føler man lykkes med (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Ved å gjøre et forsøk på å styre de vanskelige tankene, og ta kontroll over kroppen, vil spiseforstyrrelsen paradoksalt nok resultere i at man mister kontrollen over seg selv i enda større grad. Anoreksi kan bli altopplukende, og egenverdien knyttes til lav kroppsvekt (Rø, Hage og Torsteinsson 2020).

Psykodynamisk forståelse av spiseforstyrrelser ser den som både en mestringsstrategi og som et uttrykk for lidelse (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Fra et brukerperspektiv blir

viktigheten av å bli sett som mer enn en diagnose fremhevet som svært viktig. Å bli behandlet med respekt, tålmodighet og å få hjelp til å bære håpet er essensielt. Rammer og grenser satt med vennlighet og omsorg blir også fremmet som sentralt, da mange unge med spiseforstyrrelser blir slitne av å skulle ha kontroll over seg selv og kroppen sin. Man vil ha kontrollen, men samtidig ønsker man å slippe den (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013; 2018). Mange identifiserer seg med spiseforstyrrelsen, og har vanskeligheter med å skille seg fra den. Om anoreksien er den eneste delen av deg som blir sett, kan mange ha en frykt for om man vil eksistere uten den. Denne følelsen av utrygghet kan også knyttes til manglende motivasjon for å bli frisk, siden spiseforstyrrelsen blir en del av identitetsutviklingen, og en kanskje ikke vet hvem en er uten (Rø, Hage og Torsteinsson 2020).

2.2 Miljøterapi med barn og unge

Hovedoppgaven i miljøterapi er å legge til rette for og organisere seg slik at endring, utvikling og vekst er mulig (Larsen 2018). Miljøterapeutisk arbeid handler om å møte ungdommen der de er, sette trygge grenser og hjelpe til med å bearbeide følelser. De skal skape muligheter for at ungdommen etter hvert skal kunne tåle disse prosessene selv, samt forstå seg selv og andre bedre (Larsen 2018). En klar beskrivelse av den miljøterapeutiske oppgaven på arbeidsplassen kan bidra til tydelige avtaler og forventninger, nødvendig struktur og målsetning for det aktuelle stedet der ungdommen befinner seg.

Barna og ungdommene trenger voksne som er bevisste på hva de gjør og hvorfor de gjør det. Det er avgjørende at de voksne opptrer som gode forbilder, at det er samsvar mellom hva de sier og gjør, og hva de forventer av ungdommen. Både forskning og erfaring peker på at relasjonen mellom ungdommen og den voksne er grunnlaget for videre utvikling og læring, hvordan vi kan hjelpe ungdommen til å bli tryggere og våge nærhet, og at det er den voksne som har nøkkelen til hvordan relasjonen kan bli god (Holland 2013). Tanken er at barn vil greie å sosialisere seg og tilpasse seg om de har voksne rundt seg som beskytter, bekrefter dem positivt og setter stabile, tydelige grenser. For at barnet skal kunne utvikle seg i en retning som er gunstig, trenger det gode nok relasjoner som med sitt innhold og sin struktur legger grunnlaget for godt samspill (Larsen 2018).

Miljøterapeutisk arbeid forankres spesielt i psykodynamisk utviklingspsykologi, der psykodynamisk betyr at det skjer prosesser med utvikling og forandringer i den enkelte

(Larsen 2018). Samspill med voksne som er troverdige og ivaretagende, om det er foresatte eller miljøterapeuter, kan gi muligheter til en positiv utvikling. På samme måte vil et destruktivt og negativt samspill kunne føre til traumer, forstyrrelser i relasjonen og feilutvikling. Troverdige relasjoner gjør at verden blir mer forutsigbar og forståelig, og dette kan miljøterapeutisk personale også bidra til.

Ambivalens er en del av spiseforstyrrelsens natur. Det er vanlig at terapeutene kan kjenne på utålmodighet og frustrasjon i møte med den manglende motivasjonen pasientene kan ha. Dette er en del av lidelsen, og spesielt unge pasienter har behov for voksenpersoner rundt seg som støtter og legger rammer for motivasjon rundt ernærings situasjonen deres. Arbeidet til terapeuten dreier seg i stor grad om å legge til rette for at endringen skal kunne skje, ikke bare selve endringen i seg selv (Rø, Hage og Torsteinsson 2020).

2.2.1 Rollen som hjelper i en miljøterapeutisk setting

Å arbeide terapeutisk med mennesker som har psykiske vansker kan oppleves både meningsfullt og utfordrende. Å jobbe med mennesker med spiseforstyrrelser blir ofte beskrevet som spesielt krevende (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Det kan være alvoret rundt lidelsen og den sterke ambivalensen til motivasjon og å bli friske som bidrar til dette. Man kan i stor grad bli utfordret på egne følelser og tanker. Haavik og Toven (2020) sier i sin bok at det kreves mer enn engasjement, å finne mening og positive erfaringer for å tåle de smertefulle sidene av arbeidet vi gjør.

Restitusjon og selvivaretagelse er viktig for hjelpere. Det er krevende å være ansvarlig for gode relasjoner, og uten tid til restitusjon kan hjelperne bli slitne. Dette er det likevel sjelden tid til i omsorgsykker. Sosial støtte fra kollegaer og støtte fra ledere, løftes frem som viktige faktorer for å mestre en utfordrende arbeidshverdag (Haavik og Toven 2020). Arbeidsmiljøforskning ser sammenhenger mellom emosjonelle krav og risiko for helseplager, både i form av psykiske plager og sykefravær.

Utfordrende arbeidssituasjoner, slitasje over tid og mangel på motivasjon kan resultere i at vi slutter å kommunisere og jobbe mot samme mål. Man blir mer fastlåst i riktig og galt enn å åpne for refleksjon og diskusjon. En helhetlig og samlet behandlingsprosess fordrer

jevnlige utveksling av tanker og informasjon fra de ulike medlemmene i teamet gjennom hele løpet. Man arbeider mot en felles forståelse, og det er behov for veiledning og teammøter som gjør at man kan tåle og samtidig løse opp i spenninger og motsetninger som kan oppstå i perioder (Landmark og Stänicke 2016).

Det er viktig at hjelperen er bevisst både overføringer og motoverføringer. Overføring er et normalt fenomen i alle mellommenneskelige prosesser, og i terapien handler overføringer om de holdninger og følelser pasienten har overfor terapeuten. Dette er ubevisste reaksjoner og følelser knyttet til viktige personer eller hendelser tidligere i livet.

Eksempelvis kan terapeuten representere eller minne om en kjærlig bestefar eller en devaluerende mor og vekke et selvobjektsbehov i pasienten (Hartmann 2008).

Motoverføringer er på den andre siden de følelser og holdninger pasienten vekker i terapeuten. Her har terapeuten med seg opplevelser og følelser fra eget liv, der noe ved pasienten minner om dette og skaper reaksjoner i oss. Det kan gjøre det mer utfordrende å bli i den terapeutiske posisjonen og holde på rammene for terapien. Både overføringer og motoverføringer kan forstyrre den terapeutiske alliansen, men er man bevisst på det kan det være et godt utgangspunkt for undring og forståelse i relasjonen (Zachrisson 2008).

Motoverføringer kan vise seg gjennom bevisste og ubevisste strategier eller handlinger i et forsøk på å gjøre jobben mer håndterlig. Et eksempel på dette er unngåelse. Man kan unngå arbeidsoppgaver man opplever som utfordrende, eller hjemme der man ikke har overskudd til ting som tidligere var givende. Et annet eksempel er distansering, man forsøker å skape en følelsesmessig avstand til det man opplever på jobb, og utfører oppgaver basert på kunnskap og erfaring uten empati eller innlevelse i situasjonen. Noen kan oppleve å bli overinvolvert, og ikke greie holde på den nødvendige distansen som hjelper oss å tenke klart i relasjonen. Man er uavgrenset empatisk og idealistisk.

Omsorgstretthet kan inntreffe når man over lang tid forventes å gi omsorg under stort press, med liten grad av kontroll over arbeidsoppgavene man har, og uten mulighet for restitusjon. Omsorgstretthet kan være at man føler mindre for dem man møter, og har problemer med å koble seg på eller regulere seg (Haavik og Toven, 2020). Anoreksi kan være forstyrrende i en terapeutisk allianse og gjøre relasjonen ekstra utfordrende.

Hjelperen kan representere en trussel mot sykdommen i form av vektoppgang og tap av kontroll i situasjonen for pasienten. Hjelperen kan forsøke å beskytte seg selv ved ikke å investere seg i relasjonen fullt ut (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013).

2.3 Tilknytningsteori og mentalisering

På 60-tallet vokste det frem en ny forståelse av tilknytning og trygghet. Tidligere lå barn i lange perioder på sykehus alene, og man unngikk kontakt med omsorgspersonene fordi en mente at å se sine nære ville gjøre at barnet oppførte seg «vanskelig». Nå ser man at dette var et signal på at barna hadde behov for å ha trygghet rundt seg (Hausgjerd mfl. 2009). John Bowlby og Mary Ainsworth forsket på små barn og deres reaksjoner når de opplevde tap og separasjon fra sine omsorgsgivere. Observasjonene viste at barna til å begynne med gråter og viser tydelige tegn på protester for å vekke oppmerksomheten til omsorgsgiverne. Etter en stund ble de resignerte og apatiske. Man så at trygghet og tilknytning med sine nærmeste omsorgspersoner helt fra starten av livet, spilte en stor rolle i barndomsårene, men også for hvordan tilknytning og relasjoner formes i voksenlivet. De fire formene for tilknytning ble delt inn i trygg tilknytning, utrygg og ambivalent tilknytning, utrygg og unngående tilknytning og desorganisert tilknytning. En forstyrrelse i tilknytning kunne få betydning for utviklingen av psykopatologi. Barn med trygge, gode selvobjekter som utgangspunkt for evne til regulering, refleksivitet og mentalisering ble mer sammenhengende og i stand til å tåle sine egne og andres følelser bedre. De trygt tilknyttede barna ble også tryggere voksne som ikke hadde behov for en umiddelbar respons på sine behov (Hausgjerd mfl. 2009)

Med mentalisering menes vår oppfatning og forståelse av egne og andres mentale tilstander, og mentalisering kobles mot tilknytningssystemet vårt (Bateman og Fonagy 2012). Mentalisering forstår atferd som et resultat av emosjoner, intensjoner, kunnskap og holdninger hos andre eller oss selv. Hvis vi gjennom oppveksten mottar tydelige signaler i en relasjon som fyller våre behov, gir det bedre evne til mentalisering. Om et barn opplever omsorgssvikt, forvirrende eller motstridende signaler fra omverdenen, kan de ofte få dårligere mentaliseringsevne og ha problemer med å forstå egne og andres følelser (Hausgjerd mfl. 2009).

2.4 Selvpsykologi

Selvpsykologi er en teoretisk terapiretning utviklet av psykiater og psykoanalytiker Heinz Kohut på 1970-tallet. Der Freud tidligere vektla drifter og lyster, fokuserte Kohut på menneskets emosjonelle avhengighet av andre (Karterud 1997). Selvpsykologien forankres i de vitenskapsteoretiske retningene fenomenologi og hermeneutikk, der individets subjektfølelse står sentralt (Hausgjerd mfl. 2009). I selvpsykologien ble tanken om at relasjonene er det viktigste et menneske har for å utvikle et stabilt og vitalt selv fremmet. Kohuts teori var at selvet utvikles gjennom samspill med andre, og at alle mennesker har behov for å føle seg verdifulle, hele og grunnleggende forstått av sine nærmeste (Karterud 1997).

I selvpsykologien hevdes det at kilden til psykopatologi er svikt i empati fra selvobjektene en har rundt seg, såkalt selvobjektsvikt (Hausgjerd mfl. 2009). Karterud (1997) beskriver et selvobjekt som noe som ikke kan måles, men noe som er subjektivt og ikke nødvendigvis noe vi opplever eller erfarer bevisst. Selvobjekter er funksjonen og betydningen noe har for å skape og opprettholde en følelse av mening, helhet og sammenheng for individet.

Selvsammenheng defineres som det som gjør at vi føler oss hele og verdifulle, individets samling av tanker, relasjoner og evne til å føle og skille mellom følelser. Med god selvsammenheng vil man kunne oppleve seg selv og andre på en god måte, og dette regner selvpsykologien som den ideelle tilstanden. Selvsammenheng henger tett sammen med evnen til *selvregulering*. Mangel på selvobjekter, inadekvat respons eller mishandling fra selvobjektene hindrer selvet i å utvikle et selvregulerende, sammenhengende, modent system – en fragmentering av selvet (Kohut 1990). Fragmentering kan gi individet en følelse av at det ikke henger sammen, at det er identitetsløst og har problemer med å kjenne på og regulere følelser (Hausgjerd mfl. 2009).

2.4.1 Selvet

Selvet kan beskrives som den ubevisste og bevisste opplevelsen vi har av oss selv og den vi er. Selvet er bygd opp av livserfaringer, forestillinger om de viktige relasjonene vi har og hvordan disse har blitt integrert i oss selv (Monsen og Karterud 2005). Gjennom samspill med viktige selvobjekter tidlig i livet vil man utvikle et kjerneselv, en følelse av å være et eget individ adskilt fra og i relasjon med andre. Et konsolidert kjerneselv tåler både vanskelige og gode opplevelser og følelser, og integrerer det på en adekvat måte (Kohut 1990).

Kohut beskrev selvet som et dynamisk system bestående av tre poler som var forankret i kjerneselvet. Disse polene kalte han det idealsøkende selvet, det grandiose selvet og det tvillingsøkende selvet (Karterud 1997).

Det idealsøkende eller idealiserende selvet har behov for noen å idealisere, et idealisert selvobjekt. Ofte kan de idealiserende selvobjektene først være foresatte, og etter hvert kan det også være idrettslag, venner, en omsorgsgiver, en tro eller en organisasjon. Et godt utviklet kjerneselv gir bedre evne til å skille gode selvobjekt fra de selvobjekter som er mindre gode for oss. Uten gode idealiserende selvobjekter, vil man kunne oppleve et intenst, primitivt behov og savn etter å bli sett og tatt vare på (Karterud 1997).

Det grandiose selvet har behov for et speilende selvobjekt. I den ene enden av skalaen vil selvet ha grandiose tanker om seg selv, i den andre enden være devaluerende og selvunderkjennende. For normalutvikling trenger man et miljø rundt seg som speiler en med bekreftelse, anerkjennelse, trygghet og bli møtt på behovene en har. Etter hvert som det grandiose selvet modnes, vil man finne en balanse mellom de to ytterpunktene (Karterud 1997).

Det tvillingsøkende selvet trenger et alter ego-selvobjekt for å bekrefte sin eksistens, og at vi er lik noen. Det kan være å ha noen å dele interesser, erfaringer, tanker eller ideer med. Eksempel på alter ego-selvobjekter kan være en bestevenn, fantasifigur eller et kjæledyr (Karterud 1997).

Selvpsykologien hevder at hvis man derimot ikke blir speilet som barn, ikke har omsorgsgivere eller andre i en idealiserende relasjon og ikke finner noen å føle seg lik, vil man ikke utvikle et kjerneselv. Barnet trenger selvobjekter som kan møte det med kjærlig tilstedeværelse, anerkjennelse, empati og som har evne til å sette realistiske og tydelige grenser på en ivaretagende og vennlig måte (Liverød 2011). Kohut mente at et stabilt og sammenhengende selv ville kunne organisere følelser, tanker og opplevelser, og på den måten skape en oversikt og helhet for seg selv. Dersom selvet er skadet eller fragmentert grunnet sviktende selvobjektrelasjoner, vil det ha mangler og svakheter i selvsammenheng, selvregulering og i relasjon med andre (Hausgjerd mfl. 2009).

2.4.2 Empati og inntoning

Selvpsykologi er ikke en teknikk, men en holdning og tilnærming der empati, inntoning og relasjonen står sentralt. Her er fokuset på hvordan relasjonen og de kompetente selvobjektene kan ha en helende effekt på selvet. Kohut mente at det kun er gjennom empati og affektinntoning at vi kan observere og få tak i den andres indre verden, og oppfordret til en terapi med mer omsorg, vennlighet og interesse enn den kjølige, betraktende holdningen som preget psykoanalysen (Karterud 1997). Affektinntoning og empatisk lytting skal bidra med å modne det fragmenterte selvet, slik at en kan få bedre selvsammenheng og på denne måten reparere de sviktende selvobjektene (Hausgjerd mfl. 2009).

En annen som fikk betydning for selvpsykologien var medisiner og psykoanalytiker Daniel Stern. Selv om han var uenig i en del av det Kohut representerte, tilførte han selvpsykologien mye i form av forskning på barn og deres utvikling gjennom relasjoner (Urnes 1997). Han hevdet at vi har behov for å bli utfylt av andre fra vi er født, og at kjerneselvet utviklet seg i samspill med andre. Han beskrev affektinntoning som å bli følelsesmessig samstemt med den andre (Bråten 1998). Ved gjensidig affektinntoning mellom barnet og omsorgspersonene lærer barnet seg å regulere selvopplevelser knyttet til følelser og trygghet (Urnes 1997). Stern beskrev flere typer negativ inntoning:

Ved *manglende inntoning*, eller fraværende inntoning, blir ikke barnet møtt på sine følelser eller selvobjektsbehov. Omsorgsgiver kan være fysisk til stede, men ikke psykisk.

Eksempelvis om nære omsorgsgivere har nok med sin egen indre verden som ved alvorlig psykisk lidelse eller rusvansker og derfor ikke ser barnets behov. Dette kan true selvet, og barnet kan komme til å lage egne regler og logikk for å skape selvsammenheng (Urnes 1997).

I en *selektiv innntoning* blir barnet bare møtt på en viss type atferd, ofte en ønsket atferd fra omsorgsgiver. Deler av barnets følelser og indre verden må skjules, og kan gå tapt. Kun deler av selvet blir møtt og det utvikles et selv formet på andres premisser. Barnet vil kunne skape et «falskt» selv, noe som kan gi en opplevelse av å være identitetsløs (Urnes 1997).

Feilinntonning innebærer at omsorgsgiver reagerer uforutsigbart på barnets affekter. Barnet blir ikke alltid forstått, og møtes med upassende respons i forhold til følelsesuttrykk, eksempelvis møtes glede med kjeft, andre ganger med ros. Det kan gjøre at barnet etter hvert mister evnen til å analysere følelsesuttrykk, og det kan utvikle et skjult selv for å bevare en selvsammenheng (Urnes 1997)

Overinntoning kan oppleves som følelsesmessig invadering. Omsorgsgiver er overbeskyttende, og barnets opplevelser blir overskygget av selvobjektets affekter, der barnet har liten mulighet for å trekke seg unna. Barnet blir frarøvet muligheten til å forsøke å finne seg selv, og blir ikke erkjent for sine følelser (Urnes 1997).

2.4.3 Vitalitetsaffekt

Hausgjerd mfl. (2009) beskriver at det som er den drivende motivasjonen i menneskets liv er streben etter helhet, vitalitet, fylde og balanse. Daniel Stern introduserte begrepet vitalitetsaffekt som en livsfølelse som er mer diffus enn konkrete følelser som for eksempel sinne, skam og glede. Vitalitetsaffekter er knyttet til selvsammenheng, og følelsen av å være hel og levende. For å utvikle vitalitetsaffekter har vi behov for omsorgspersoner som er affektinntonedede. Vitalitetsaffekt kan beskrives som en brusende lykkefølelse vi kan kjenne når vi eksempelvis mestrer noe, berører den en er forelsket i eller gjør noe vi liker svært godt. Følelsen er ikke konstant, men stiger og synker (Bråten 2004). Hvis utviklingen av vitalitetsaffekt hemmes eller forstyrres, kan det bidra til en

tomhetsfølelse. Selvobjektsvikt kan føre til manglende vitalitetsaffekter og en opplevelse av manglende selvsammenheng som gjør relasjoner til andre vanskeligere. Ved for eksempel depresjon kan noe av denne livsfølelsen og livslysten dempes eller slukkes, og man kan føle på apati og verdiløshet (Bråten 2004).

2.4.4 Motstand

I klassisk psykoanalyse blir motstand forstått som den bevisste og ubevisste psykiske aktiviteten hos pasienten som motarbeider fremdrift i terapien (Hartmann 2008). I selvspsykologisk forstand forstås ikke motstand som motvilje mot innsikt eller mot å bli frisk, men som en beskyttelse mot retraumatisering. Motstand kan indikere empatisk svikt hos terapeuten, og oppgaven er å bli klar over svikten som gjør pasienten utrygg, og se på hva motstanden kan bety fra pasientens perspektiv. Selvspsykologisk teori hevder at terapeutisk vekst også kan finne sted når terapeuten svikter, bare terapeuten er bevisst sin svikt og tar på seg ansvaret for den (Hartmann 2008).

3.0 Narrativ

Emma er en ung jente innlagt i psykiatrisk avdeling, der jeg møter henne i min praksisperiode. Hun har anorexia nervosa, og er alvorlig undervektig. Hun har vært innlagt i en måned når jeg møter henne, og har flere lengre innleggelse bak seg. Emma kan først virke sjenert og avventende, men når hun blir tryggere snakker hun mye, tøyser og forteller om ønsker for fremtiden. Hun liker skolen, vil gjerne reise og er kreativ, humoristisk og med glimt i øyet. Min veileder i praksis kjenner Emma godt fra før, og de to har en god relasjon. Etersom Emma kjemper for og mot sin spiseforstyrrelse, trenger hun trygghet og rammer rundt seg. Vi avgjør at det ikke blir naturlig at jeg går rett inn i oppfølgingen av henne, men at jeg bruker tid på å bli kjent med henne utenom måltidene. Jeg sitter sammen med Emma i hviletid og ellers når Emma befinner seg i fellesområdene. Jeg forsøker en forsiktig tilnærming på hennes premisser og er interessert i hvem hun er, og Emma viser meg tillit og etter hvert utvikles en relasjon som for meg føles god.

3.1 Dag 1

Etter avdelingens regler kan ungdommene bruke mobiltelefonen sin på rommet, ikke i fellesarealene. Telefonene lades på vaktrommet om natten med mindre noe annet er avtalt mellom pasient og miljøterapeut. Det snakkes en del om mobilbruk blant personalet. Det virker som Emma og en annen av pasientene, begge med anoreksi, har kontakt med hverandre på telefonen. Jeg forstår på måten det blir diskutert at dette ikke er ønsket fra avdelingens side, men det er heller ingen regel som sier at de ikke kan ha kontakt. Siden jeg er Emma sin kontaktperson denne dagen, er det mitt ansvar å forsøke å snakke med henne om det. Jeg går inn på rommet hennes. «Kan vi snakke litt sammen?» spør jeg, og Emma nikker. Hun ser på meg, møter blikket mitt nysgjerrig. Jeg setter meg ned ved sengen hennes. «Du vet at man helst ikke bør ha kontakt med andre pasienter her? Vi tenker at det ikke er så lurt, siden det kan bidra til å forsterke symptomene dine. Og da bli vi litt redde for at dere vil motarbeide terapien og bedringen». Emma svarer ikke. Selv om jeg har forsøkt å være vennlig og forsiktig, kjenner jeg at jeg har bommet med inntoning. Delt oss opp i «vi» og «dere». Emma sitter i stillhet, fester hendene rundt knærne sine og beskytter seg mot omverdenen, mot meg. Jeg kjenner at jeg har tråkket feil,

og vil så gjerne reparere. Men hun har lukket seg inne i skallet sitt. Jeg prøver igjen. «Emma? Hva tenker du?» Emma sitter på sengen, snur hodet inn mot veggen, og svarer kort «jeg har ikke kontakt med henne».

3.2 Dag 2

Etter noen uker kommer jeg på jobb etter en helg, og får på rapporten vite at Emma har hatt en vanskelig helg. Hun har ikke spist til måltidene, og har måttet bli sondeernært. Emma har hatt en ny kontaktperson som hun ikke kjenner, og det kan virke som hun har reagert på det. Hun følges også opp av samme person i dag. Jeg har sittet på fellesstua og spist sammen med en annen pasient, og er i ferd med å rydde bort etter måltidet. Jeg legger merke til at Emma ikke har spist, og nå er tilbudt næringsdrikk. Miljøterapeuten som følger opp Emma spør om jeg kan sitte hos Emma mens hun undersøker med ansvarsvakt hva som skal gjøres videre. Jeg setter meg ned hos Emma og forsøker å ha et møtende, åpent kroppsspråk, og lener meg litt over bordet mot henne i et forsøk på å ramme henne inn og gi henne en opplevelse av å bli sett. Jeg prøver å ha en affektiv inntoning, snakker rolig og vennlig for å møte Emma der hun er. Emma møter blikket mitt, smiler forsiktig og gir respons. Jeg spør Emma «hvordan har du det nå?». «Det er vanskelig. Vil ikke spise med noen jeg ikke kjenner» sier hun, og senker blikket. «Det skjønner jeg, Emma. Det høres vanskelig ut å spise når du ikke føler deg trygg» svarer jeg. Emma begynner å drikke næringsdrikken. Miljøterapeuten kommer etter en liten stund tilbake og setter seg ned sammen med oss mens Emma fullfører næringsdrikken.

Etterpå ble jeg bedt om å komme inn til ansvarsvakt. Ansvarsvakt sa at Emma ikke kunne sitte der som en «prinsesse» og tro at hun hadde fått viljen sin, eller at hun kunne bestemme hvem hun ville spise med. Ansvarsvakt sa at splitting ikke aksepteres, og at Emma ikke kunne styre hvem som var svart og hvem som var hvit. Jeg følte at jeg hadde gjort noe galt, og forsøkte å fortelle om opplevelsen av situasjonen, men ble avbrutt og opplevde at det i situasjonen tilsynelatende ikke var rom for noen alternativ forståelse. Jeg fikk en vond følelse inni meg.

4.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen har jeg forsøkt å svare på problemstillingen i lys av narrativet, selvsykologisk teori, teori om spiseforstyrrelser samt rollen som hjelper i miljøterapi. Jeg ser også på begrep som mentalisering og mentaliseringssvikt, og forsøker å sette dette i sammenheng med narrativet og selvsykologisk tenkning. Jeg utforsker tanken vi har bak det vi gjør i møte med Emma, og ser på hvordan bevissthet rundt dette kan skape en mer helhetlig og omsorgsfull terapi som etter selvsykologisk tankegang skal restaurere og styrke Emmas selv.

4.1 Dag 1 – Beskytte eller begrense?

I det første møtet kjente jeg ikke Emma så godt, og relasjonen var ikke trygg nok til at jeg kom inn til henne slik jeg gjorde. Hun kan ha opplevd meg som belærende, ikke forståelsesfull. Jeg fremstår som ekspert, uten egentlig å ha reflektert over hvorfor avdelingen har disse rammene og hva slags positive sider kontakten bærer med seg. I ettertid stiller jeg meg spørsmål som *«gjelder dette bare pasienter med spiseforstyrrelser? Hva med suicidale tanker eller selvskading?»* *«Hva tilfører vi relasjonen dersom vi ser på dette som noe positivt, noe som faktisk er friskt?»*. Emma responderer på min tilnærming med å lukke seg, og avvise det jeg kommer med. I ettertid forstår jeg dette, selv om jeg trodde jeg var forsiktig i måten jeg spurte på og ikke opplevde det anklagende. Men god affektinntoning handler ikke om hvordan jeg føler jeg får det til, men hvordan den andre opplever det (Urnes 2008). Emmas kroppsspråk er et tydelig signal på at jeg mislykkes. Jeg ser i etterkant at jeg ikke inntonet meg riktig, og ikke møtte Emma åpent og spørrende. Jeg gav mer inntrykk av at jeg og de andre på avdelingen visste hva som var riktig for Emma. Dette kan gi en økende følelse av kontrolltap. Om Emma hadde tillit til meg og så meg som et selvobjekt, kan det oppleves som selvobjektsvikt for Emma. Her kunne jeg heller ha spurt Emma hva hun tenkte rundt dette, og gått mer i meg selv for å skjønne hvorfor hun reagerer som hun gjør. Jeg kunne stilt spørsmål som *«Hvordan har du det når jeg sier dette?»* og *«Hva var det som gjorde at du ble stille?»*. Jeg kunne tilnærmet meg mer generelt, heller enn å spørre om noe som kunne oppfattes som en beskyldning.

Selvpsykologien sier at vi skal være ikke-vitende, undrende og stille sokratiske spørsmål (Monsen og Karterud 2005). Jeg kunne heller tenkt gjennom hva jeg ønsket med samtalen, forsøkt å tone meg inn og spurt Emma hva hun tenkte om disse retningslinjene og hvorfor avdelingen hadde de. Kanskje kunne hun ha sagt noe om hva slags betydning det hadde for henne å kunne ha kontakt med andre, og kanskje kunne vi som terapeuter lært noe om hvordan det er å være innlagt og hva som kan gjøre det lettere. Da jeg merket at jeg hadde bommet på inntoningen, ble jeg redd for at jeg hadde ødelagt relasjonen. I møte med stillhet eller uønskede reaksjoner, er sjansen for at vi får en emosjonell aktivering til stede, og vi kan oppleve mentaliseringssvikt (Bateman og Fonagy 2012). I verste fall kunne jeg lagt ansvaret over på Emma og blitt irritert for at hun ikke kunne svare eller fortelle sannheten. Selvpsykologi hevder at dersom terapeuten blir klar over sin svikt, og tar ansvar for denne, vil relasjonen kunne repareres (Hartmann 2008). Trygge relasjoner er ikke ensbetydende med at man forstår hverandre fullt ut, men at man sammen kan gjøre de reparasjonene som trengs ved et brudd (Elvebakk og Sørensen 2016).

Tanken bak rammene og retningslinjene er gode, ved at man forsøker å holde pasientens fokus på bedringen og terapien. Man er redd for at kontakt med andre som har de samme utfordringene vil kunne forsterke og eskalere symptomene i form av å lære nye «triks», konkurranse eller konspirere om å finne måter å lure seg unna behandlingen. Men kommunikasjonen mellom Emma og den andre jenta i posten bar også med seg et element som reglene ikke tar med i betraktningen, nemlig samhold. Selvpsykologien fremhever det tvillingsøkende som et sterkt selvobjektsbehov i oss. Vi trenger noen å føle oss lik, et alter ego-selvobjekt. Dette bekrefter oss, styrker troen på oss selv og gir bedre selvsammenheng (Karterud 1997). Ingeborg Senneset (2018) forteller i sin bok om en hendelse der hun tilfeldig møtte blikket til en annen pasient under et middagsmåltid. Hun beskriver at de nok så like skrekkslagne ut over det som ble servert begge to, og at de måtte smile av det hele. Hun forklarte at dette gjorde måltidet lettere, dette øyeblikket av fellesskap, samhold og enighet. Slik kan det kanskje kjønes for Emma også. Det er viktig at hjelperne ser det som faktisk er normal atferd og menneskelige behov, og at dette kan være styrkende for Emma. Dersom forsøkene på kontakt stadig blir misforstått som noe negativt, som en opposisjonell handling mot institusjonen, kan det skape splid mellom ungdommene og terapeutene. Studier har vist at regler og grenser som har uklar sammenheng med bedring og pasientenes beste, ble oppfattet som begrensende heller enn beskyttende. Dette skapte mer motstand hos ungdommene (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013).

4.1.1 «Vanskelig ungdom eller ungdom som har det vanskelig?»

I en miljøterapeutisk setting er det vi som voksne, ansvarlige hjelpere som har ansvaret for å tilpasse oss Emma og situasjonen. Som Thorkildsen (2018) spør i sin artikkel; ser vi Emma som en vanskelig ungdom eller som en ungdom som har det vanskelig? Emma som er pasienten, innlagt for å få hjelp og støtte til å håndtere utfordringene sine, og vår oppgave som hjelpere er å støtte henne til å bli trygg og sammenhengende nok til å greie å ta opp kampen mot spiseforstyrrelsen. Det er vi som hjelpere som må justere våre holdninger og gå i oss selv og være oppmerksomme på hvordan vi forstår situasjonen (Thorkildsen 2018). For Emma kan spiseforstyrrelsen representere noe trygt og forutsigbart, og ved å utfordre denne kontrollen, kan hun få følelsen av være usikker og fragmentert. Fragmentering kan gi Emma en følelse av at hun ikke henger sammen, identitetsløshet og gi problemer med å kjenne på og regulere følelser (Hausgjerd mfl. 2009). Blir hun møtt med sanksjoner og straff, vil det kunne forsterke følelsen av ikke å bli sett eller hørt (Elvebakk og Sørensen 2016).

Det er også et poeng at hjelperne vet hva slags konsekvenser anoreksi og underernæring har for hjernen. Vi må vite hva vi kan forvente av Emma i hennes tilstand. Studier viser at også hjernens vekt reduseres ved undervekt, og da i størst grad hos ungdommer (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Dette, sammen med den tankemessige belastningen en spiseforstyrrelse har, vil føre til en redusert mental kapasitet. Underernæring kan også gi symptomer på andre psykiske lidelser, som depresjon og personlighetsforstyrrelser (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Diagnoser bør ikke stilles i en aktiv sykdomsfase før ungdommen er reernært, og man tydeligere kan skille ut hva som er konsekvenser av underernæringen og spiseforstyrrelsen (Rø, Hage og Torsteinsson 2020). Det kan heller ikke forventes at Emma skal ha fullstendig evne til mentalisering, og det er vanlig å ty til primitive forsvarsmekanismer som minner om avvisning eller splitting. Har man med seg dette i møte med Emma, vil man bedre kunne forstå hennes reaksjoner som en del av sykdommen.

4.1.2 Betydningen av å føle seg hel

Å være innlagt på sykehus er en unntakstilstand, der man er sårbar og avhengig av de som skal ta vare på deg. Spesielt i ungdomstiden kan man kjenne seg utenfor og unormal, og man blir tatt ut av sin vanlige hverdag fordi situasjonen krever det. Man kan trekke paralleller til undersøkelsene Bowlby og Ainsworth gjorde på tilknytning. På samme måte som de små barna trengte sine nærmeste når de var innlagt på sykehuset, trenger Emma noen som får henne til å føle seg trygg, hel og sammenhengende der hun er (Dalsklev og Eimot 2015).

Etter hvert som spiseforstyrrelsen ble mer fremtredende hos Emma kan det ha gått på bekostning av andre ting som vennskap, aktiviteter og skole. Emma mister verdifulle selvobjektrelasjoner og opplevelser som gir vitalitetsaffekt. Anoreksien bryter henne sakte ned og tar all plass til Emma ikke lenger vet hvem hun er uten. Emma får mindre plass i egne tanker, noe som også kan forstyrre følelsen av vitalitetsaffekt (Bråten 2004).

Mange som har opplevd å ha anoreksi, beskriver det som å være oppdelt og ha to stemmer i hodet samtidig (Williams og Reid 2012). Den ene er spiseforstyrrelsen, som kan være svært fremtredende og dominerende. Mye tid og energi går med til å forhandle og blidgjøre stemmen. Ved å være nysgjerrig og interessert, kan jeg støtte Emma og møte hennes stemme. «*Hva gjorde deg mest glad før?*», «*hva pleide du å finne på før?*» eller «*Hvis du fikk en dag med pause fra tankene og spiseforstyrrelsen, hva ville du gjort da?*». Slik kunne jeg sammen med Emma lett etter ting eller opplevelser hun savnet, hva som gledet henne og fremhevet alt ved Emma som ikke er spiseforstyrrelsen. Ved å ta spiseforstyrrelsen ut av ligningen, gir det Emma og hennes stemme mulighet til å vokse og utvikle seg. Ved å finne noe som gleder henne og som gir vitalitetsaffekt, vil det styrke Emmas selv, gjøre at hun kan føle seg hel og gi motivasjon til bedring.

4.2 Dag 2 - Hva skjer med empatien når uenighetene får blomstre?

Jeg hadde jobbet lite med spiseforstyrrelser tidligere i min yrkeskarriere, og følte bare veldig med Emma som tydelig hadde det vanskelig i situasjonen. Jeg visste heller ikke hva som var forventet av meg. Jeg tenkte «*Hva er viktig for Emma nå? Hva er riktig av meg å*

gjøre? Skal vi bare sitte her, bare vente?». Jeg kom frem til at uansett var det sentralt at Emma følte seg trygg og sett i situasjonen. Jeg forsøkte å sette meg inn i hvordan Emma hadde det ved å bruke hele meg. Jeg tenkte på hvordan vi gjennom videreutdanningen har fokusert på viktigheten av relasjonen, og at sammen med empati og vennlighet er dette det viktigste vi har med oss. Jeg begynte å snakke med Emma om noe der jeg visste vi hadde en felles referanse, for å avlede tankene hennes litt og få kontakt med jenta bak spiseforstyrrelsen. Jeg tenkte på hvor stor tilstedeværelse spiseforstyrrelsen har i hennes liv, der måltidene kan oppleves både intime og sårbare. Jeg forstod at hun ønsket en relasjon til den som skal dele dette som tar så mye plass for henne, at hun har behov for å kjenne seg trygg i situasjonen og støttes i arbeidet mot spiseforstyrrelsen. Jeg kunne sittede stille og ventet, men det er mulig det kunne ha skadet vår relasjon. Det kunne ha blitt oppfattet som en selektiv inntoning fra min side, ved at jeg tilpasset meg henne bare når jeg er hennes kontaktperson eller bare hvis hun spiser (Monsen og Karterud 2005). På en annen side møtte jeg henne kanskje også med overinntoning, fordi mitt behov for å hjelpe i situasjonen var større enn hennes behov for å bli hjulpet.

Relasjonen kan være utfordrende for pasient og hjelper i behandlingen av en spiseforstyrrelse. En må tåle mangel på motivasjon, ambivalens og kanskje se noen aktivt motarbeide det som kan gjøre dem friske (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2018). Det kreves at du skal være nær, men ikke for nær. I jobben vi har som terapeuter, der relasjonene regnes som grunnleggende og avgjørende i alt vi gjør, må vi ha følelsene koblet på. Ektefølt omsorg og engasjement blir fremhevet som svært viktig av pasientene (Haavik og Toven 2020). Hjelperen må på den ene siden utvise en viss autoritet og trygghet for å skape de rammene og grensene som skal til for at ungdommen skal få i seg tilstrekkelig næring. Samtidig trenger man den empatiske, medmenneskelige og forståelsesfulle siden som er helt essensiell for relasjonen. Studien til Zugai, Stein-Parbury og Roche (2019) viser at erfaring kan gi mer trygghet i egen rolle som hjelper, og en større evne til å balansere relasjonen mellom vennlighet og autoritet.

Jeg opplevde en uklarhet rundt min egen rolle, da det var mange ulike meninger og holdninger i avdelingen. Skulle jeg oppfylle rollen slik enkelte ønsket, ville jeg gå på akkord med meg selv og det jeg har lært i videreutdanningen. Det er ikke rom for empati dersom fokuset er på hvem som har rett og galt i situasjonen, heller enn på kommunikasjon og samspill mellom individene (Hausgjerd mfl. 2009). Om det er behandlingsuenighet i

teamet, kan det være man har latt seg splitte. Noen overinntoner seg og inntar en rolle der kun de vet best for pasienten, og blir bærere av pasientens indre konflikt. Andre kan på den andre siden ta på seg den grensesettende rollen, kanskje ha en feilinntoning eller selektiv inntoning der bare deler av ungdommen blir anerkjent, og dermed oppleve motstand og stopp i behandlingen. Begge deler er utfordrende for hjelperne, og kan føre til økt uenighet og omsorgstretthet (Rø, Hage og Torsteinsson 2020).

I etterkant av situasjonen tenkte jeg mye på det som hadde skjedd. Hadde jeg mistolket situasjonen, og ødelagt et samspill? Jeg følte meg skamfull og liten, og samtidig provosert. Om jeg følte dette, hvordan opplevde Emma å bli møtt på den måten? Etter hvert som jeg lette frem mer teori og fikk mer kunnskap rundt det, stemte hendelsen med dysregulering eller mentaliseringssvikt (Steinkopf mfl. 2021). «Problemet» ble lagt til pasienten, ikke hjelperen eller samspillet. Det ble ikke reflektert over «*hva er det som gjør at jeg føler slik i denne situasjonen?*», «*hvordan kan vi se på dette fra Emmas perspektiv?*» eller «*hva kan vi gjøre nå slik at vi reparerer relasjonen med Emma?*». Emmas avvisning ble tolket som motvilje og tatt personlig. Oppfatningen av at Emma gjorde dette for å være i opposisjon, førte til en emosjonell aktivering som svekket mentaliseringsevnen. Det er vår oppgave å være større, rausere og mer tålmodige i disse situasjonene. Dette kan ses som en feilinntoning eller selektiv inntoning der Emma ikke ble møtt slik hun hadde behov for. Affektinntoning blir vanskeliggjort fordi hjelperens egne, sterke affekter overskygger av ulike grunner. Kanskje hadde Emma behov for fortsatt å føle en viss kontroll, og dette kunne vi utforsket sammen med henne etterpå.

4.2.1 Når hjelperne skal være de viktige andre

I selvpsykologisk tenking er det jeg som terapeut som må forsøke å være det selvobjektet Emma har behov for, og gi henne en følelse av helhet og selvsammenheng (Karterud 1997). Emma sier også ganske mye når hun sier at hun ikke vil spise med noen hun ikke kjenner. Hun gir uttrykk for et behov hun har, og noe som kan gjøre situasjonen vanskeligere for henne. Selv om det ikke alltid er mulig å ha noen hun kjenner på vakt, kan man møte Emma på en annen måte, og inkludere henne i hvordan man sammen kan løse det på best mulig måte for henne. Empatiske responser er noe vi er avhengig av hele livet, og som er med på å modne et umodent selv. Om disse behovene møtes tidlig i livet vil vi

kunne regulere oss og ikke alltid kreve umiddelbar respons slik som et lite barn (Elvebakk og Sørensen 2016).

Flere av ungdommene som hadde vært innlagt for behandling av anoreksi fortalte om betydningen av viktige andre, følelsen av at de spilte på lag og at de ikke ville skuffe dem (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013). Å ha disse idealiserte, kompetente selvobjektene de kunne se opp til, alter ego-selvobjektene de kunne føle seg lik eller de speilende selvobjektene som gir en følelse av verdi, likeverdighet og er med på å balansere og bekrefte den man er bak spiseforstyrrelsen ble opplevd avgjørende. Finner du noen du har en god allianse og relasjon med, styrker det følelsen av selvsammenheng. Konsekvensen av selvobjektsvikt kan ifølge selpsykologisk tenkning føre til psykopatologi (Hausgjerd mfl. 2009).

Det finnes ingen oppskrift på hvordan vi skaper en god relasjon fordi det er så sammensatt. Uansett tilnærming, sier forskningen at relasjonen mellom ungdommen og hjelperen er viktigere enn metoden som anvendes (Elvebakk og Sørensen 2016). Det er vi som voksne og hjelpere som har ansvaret for hvordan vi kan hjelpe Emma med å løse opp i fastlåste mønstre og gjøre relasjonen bedre. Resultatene av det miljøterapeutiske arbeidet avhenger av hvor profesjonelt og bevisst den enkelte praktiserer rollen sin i møte med Emma. Hun har behov for selvobjekter som med respekt, anerkjennelse og empati setter realistiske og tydelige grenser på en ivaretagende og vennlig måte (Liverød 2011).

Steinkopf mfl. (2021) viser i sitt arbeid at traumebevisst omsorg er overførbart til de fleste situasjoner, og da må vi mentalisere og se bak reaksjoner og atferd. Miljøet kan ha problemer med hvordan hjelperne håndterer dette. Ved stor grad av internalisering vil hjelperne kunne kjenne på vanskelige følelser som usikkerhet, hjelpeløshet og skam der man føler man ikke mestrer eller strekker til. Eksternalisering kan beskrives som ansvarsfraskrivelse der utfordringen blir flyttet over på Emma eller andre hjelpere, og man glemmer at det er *problemet* som er problemet, ikke Emma. Utfordringen oppstår i samspillet og hvordan vi tilnærmer oss og forstår oss selv, den andre og situasjonen. Det er utarbeidet flere guider man kan bruke i miljøet for å evaluere ulike situasjoner, og se på forbedringspotensiale (Steinkopf mfl. 2021). Vi som hjelpere må våge å vise oss sårbare, og lete etter styrker og svakheter i oss selv. Her kunne vi hatt refleksjoner både i personalgruppen og sammen med Emma, og hindre at en ukultur får etablert seg. Vi kunne

spurt Emma «*Hvordan hadde du det i denne situasjonen?*», «*Kan du fortelle om hva du følte?*», «*Hva kan vi gjøre annerledes neste gang?*» og «*er det noe du selv kan gjøre annerledes neste gang?*». Her løftes Emma frem som en viktig del av samspillet. Ved å tenke over hva hun selv kan gjøre, styrkes følelsen av likeverd og ansvar, og hun får mulighet til å bli hørt og påvirke situasjonen. Gjennom samregulering, å bli hørt og møte noen som ønsker å forstå, får Emma trening i å kjenne igjen egne og andres emosjoner og reaksjoner (Elvebakk og Sørensen 2016).

5.0 Konklusjon og ideer til videre fagutvikling

Problemstillingen i oppgaven var: «Ungdom med anoreksi innlagt i sengepost – Hvordan kan det miljøterapeutiske arbeidet bidra til personlig vekst og utvikling fra et selvspsykologisk perspektiv?». Jeg har sett på hvordan selvspsykologi kan brukes som tilnæringsmetode når man jobber miljøterapeutisk med ungdom innlagt med anoreksi. Selvspsykologiens fundament er basert på empati, inntonning og at selvet utvikles gjennom samspill med andre. Selvspsykologien tydeliggjør også at alle har behov for å føle seg verdifulle, hele og grunnleggende forstått, uavhengig av lidelse eller alder (Karterud 1997). Siden selvspsykologi setter søkelys på det relasjonelle og den andres opplevelse, er det en god tilnæringsmåte man kan utforske og utvikle videre, og se på flere muligheter innen psykisk helsearbeid. Selvspsykologi passer godt med det jeg har lært gjennom arbeidet med denne oppgaven. Som selvspsykologien sier, kan miljøterapeutene fungere som viktige, kompetente selvobjekter, og bidra med å styrke selvet og selvsammenhengen for ungdommer med anoreksi. Det er tydelig at hjelperne kan utgjøre en forskjell, både under og for tiden etter innleggelse.

Ved å bli klar over vår rolle som selvobjekt, kan det gi et annet perspektiv på vår betydning i en relasjon. Ved å være bevisst egne styrker, svakheter og blindsoner kan det også øke evnen til mentalisering. Da kan man være tryggere på å holde fast i rollen sin som hjelper, og ikke ta avvisning personlig, men heller være undrende over hva avvisningen kan innebære og bety for ungdommen og samspillet mellom oss.

Gjennom arbeidet med oppgaven har det også dukket opp flere spørsmål. Når vi vet at hjelperne er så viktige, hva gjør vi for å sørge for at vi er bevisst dette, og at vi jobber for at ungdommene møter dette når de er innlagt? Vi ser at slitenhet og mangel på kommunikasjon kan skape grobunn for konflikter og uenighet i det terapeutiske miljøet. Arbeidsplassen kan arbeide med fagutvikling rundt temaet, gjøres mer samkjørt i form av guider for utførelse og evaluering av arbeid, og lære å være mer oppmerksom på hva en gjør og hvorfor en gjør det. Det kan også jobbes for et felles fundament, samt et miljø som tar vare på hverandre, gir rom for restitusjon og vanskelige følelser. Gjennom introspeksjon og å erkjenne disse følelsene, vil vi lettere kunne håndtere dem hos oss selv og hos andre.

6.0 Referanseliste

- Bateman, Anthony W. og Peter Fonagy. 2012. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Association Publishing
- Bjerknes, Anne Mette. 2009. «Hvordan bli sterkere enn anoreksien». I *Terapi som samarbeid – om narrativ praksis*, redigert av Geir Lundby, 182-204. Oslo: Pax forlag
- Bråten, Stein. 2004. *Kommunikasjon og samspill: fra fødsel til alderdom*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalsklev, Madeleine og Karen Eimot. 2015. «En studie av tilknytning». *Psykologisk.no* <https://psykologisk.no/2015/05/en-studie-av-tilknytning/>
- Elvebakk, Judith og Harald Morten Sørensen. 2016. «Trygghetssirkelen for ungdomsforeldre». *Fontene* <https://fontene.no/fagartikler/trygghetssirkelen-for-ungdomsforeldre-6.47.334892.ad2f97c0c6>
- Haavik, Marie og Siri Toven. 2020. *Ivaretakelse av hjelperne – er vi ikke betalt for å tåle dette?* Oslo: Universitetsforlaget
- Hartmann, Ellen. 2008. «Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi». I *Psykoterapi og psykoterapiveiledning – teori, empiri og praksis*, redigert av Arne Holte, 17-44. Oslo: Gyldendal akademisk
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlson, Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Holland, Hanne. 2013. *Varig atferdsendring hos barn – krever varig atferdsendring hos voksne*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Karterud, Sigmund. 1997. "Heinz Kohuts selvpsykologi." I *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut*, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, 13-28. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Knausgård, Linda Boström. 2020. *Oktoberbarn*. Oslo: Forlaget Oktober
- Kohut, Heinz. 1990. *Selvets psykologi*. København: Hans Reitwels forlag.
- Landmark, Anders Flækøy, Line Indrevoll Stänicke. 2016. *Det uforståelige barnet*. 1. utgave. Stavanger: Hertervig forlag, akademisk.
- Lauveng, Arnhild. 2006. *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Damm

- Larsen, Erik. 2018. *Miljøterapi med barn og unge – organisasjonen som terapeut*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Liverød, Sondre Risholm. 2011. «Selvpsykologi» *Webpsykologen*.
<https://www.webpsykologen.no/artikler/selvpsykologi/>
- Monsen, Jon og Sigmund Karterud. 2005. *Selvpsykologi, utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal
- Rø, Øyvind, Trine Wiig Hage og Vigdis Wie Torsteinsson. 2020. *Spiseforstyrrelser - forståelse og behandling, en håndbok*. Bergen: Fagbokforlaget
- Senneset, Ingeborg. 2018. *Anorektisk*. Oslo: Cappelen Damm
- Steinkopf, Heine, Dag Nordanger, Brynjulf Stige, og Anne Marita Milde. 2021. “Experiences of becoming emotionally dysregulated. A qualitative study among staff in youth residential care”. *Child and Youth Services*.
<https://doi.org/10.1080/0145935X.2021.1918541>
- Thorkildsen, Siri L. 2018. “Vanskelige barn – eller barn som har det vanskelig?”. RVTS sør. <https://rvtssor.no/aktuelt/205/vanskelige-barn-ndash-eller-barn-som-har-det-vanskelig-/>
- Urnes, Øyvind. 1997. "Utviklingspsykologi og selvpsykologi." I *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut*, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, 70-78. Oslo: Gyldendal akademisk
- Williams, Sarah & Marie Reid. 2012. “‘It's like there are two people in my head’: A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self”. *Psychology & Health*, 27(7): 798-815.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2011.595488>
- Zachrisson, Anders. 2008. «Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen». *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 45(8): 939-948.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=61880&a=2
- Zugai, Joel, Jane Stein-Parbury & Michael Roche. 2013. “Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective”. *Journal of clinical nursing*, 22(13-14): 2020–2029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>
- Zugai, Joel, Jane Stein-Parbury & Michael Roche. 2018. “Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study”. *Journal of advanced nursing*, 74(2): 443–453. <https://doi.org/10.1111/jan.13410>
- Zugai, Joel, Jane Stein-Parbury & Michael Roche. 2019. “Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative

study of nursing perspectives”. *International journal of mental health nursing*,
28(4): 940–949. <https://doi.org/10.1111/inm.12595>