



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Relasjonsbygging med narsissistisk pasient ved bruk av selvspsykologisk perspektiv**

**Stig Are Jørgensen**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 36**

**Molde, 13/4 2014**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjellaug Myklebust

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

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

Dato: 13/4 2014

**Antall ord: 10023**

## **Sammendrag**

Oppgaven tar utgangspunkt i hvordan bygge relasjon med en pasient med en paranoid schizofreni diagnose og narsissistisk personlighetsforstyrrelse ved bruk av et selvspsykologisk perspektiv. Jeg mener problemstillingen er svært aktuell fordi dette er en pasient som jeg opplever som krevende å samhandle med. I teoridelen beskrives aktuell litteratur om de nevnte diagnosene, selvspsykologi og anerkjennende grensesetting. I narrativet er pasienten beskrevet og her følger eksempler på dialoger vi har hatt sammen. I diskusjonsdelen knyttes teorien og narrativet sammen, og jeg analyserer dialogene for å forsøke å gi de ny mening. Her pekes også på andre mulige måter å arbeide på med pasienten for å få til en bedre relasjon ved hjelp av det selvspsykologiske perspektivet.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1	Litteratursøk .....	1
1.2	Problemstilling .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>4</b>
2.1	Valg av selvpsykologisk perspektiv .....	4
2.2	Selvpsykologi .....	4
2.2.1	Empatisk forståelse og affektinntoning .....	5
2.2.2	Selvet og selvobjekt .....	6
2.2.3	Vitalitetsaffekt og selvsammenheng .....	7
2.2.4	Motstand og mot-overføring .....	7
2.3	Narsissistisk personlighetsforstyrrelse .....	8
2.4	Anerkjennende grensesetting .....	9
<b>3.0</b>	<b>Empiri/narrativ</b> .....	<b>11</b>
3.1	Dialogene .....	12
3.1.1	Dialog 1 .....	12
3.1.2	Dialog 2 .....	13
3.1.3	Dialog 3 .....	14
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>15</b>
4.1	Analyse av dialogene .....	15
4.1.1	Analyse av dialog 1 .....	15
4.1.2	Analyse av dialog 2 .....	18
4.1.3	Analyse av dialog 3 .....	21
4.2	Selvsammenheng og vitalitetsaffekt .....	22
4.3	Affektinntoning .....	23
4.4	Postkultur .....	25
4.5	Grensesetting .....	26
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>27</b>
<b>6.0</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>29</b>

## 1.0 Introduksjon

I denne fordypningsoppgaven gitt av Høgskolen i Molde ved videreutdanning i psykisk helsearbeid vil jeg undersøke nærmere mulighetene for å kunne bygge relasjon med en pasient med alvorlig sinnslidelse. Personen i narrativet har en paranoid schizofrenilidelse og en narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Begge diagnosene kan vanskeliggjøre mulighetene for samhandling med helsepersonell og andre. På en lukket psykiatrisk avdeling hvor behandlingen av pasientene svært ofte skjer under lov om tvungent psykisk helsevern er det avgjørende å få til en god relasjonsbygging. For pasienten sin del vil han kunne oppleve å føle seg mindre krenket gjennom bruk av mindre tvang, samt føle at han har noen å stole på og at helsepersonellet vil han godt. Når pasienten føler seg møtt med respekt og har følelsen av trygghet vil dette være med på å styrke hans indre selv. Min erfaring er at en god relasjon mellom pasient og pleier også vil kunne redusere risikoen for voldsutøvelse, faktisk fra begge parter. En konsekvens av dette kan være at tiden pasienten må tilbringe på sykehuset vil bli mindre. Ut fra min egen erfaring er evnen til god relasjonsbygging nødvendig og ønskelig fra alle involverte. Hvis vi får til en god allianse med pasienten vil det bli lettere å kunne gå på jobb og kunne tåle å stå i arbeidet lengre. Vi får lære bedre å kjenne pasientene og lære oss å sette inn tiltak tidligere, som f.eks. bruk av skjerming eller oppheving av skjerming. Relasjoner med pasienter er kanskje være det viktigste redskapet vi har innenfor behandling i det psykiske helsevernet. Dette avsnittet er basert på mine egne erfaringer og opplevelser gjennom arbeid på lukket avdeling.

### 1.1 Litteratursøk

Her vil jeg redegjøre for mitt litteratur-søk. 26/11-13: Søk i Medline med søkeordene *relationships in psychiatry*, fikk 34 treff. En artikkel var relevant. Søk i NORART med søkeordet *relasjoner*, fikk 91 treff. En artikkel var relevant. Søkte også med søkeordene *narsissistisk personlighetsforstyrrelse og relasjoner* samme dag på NORART og fikk ingen treff. Søk i Pubmed 13/12-13, med søkeordene *narcissistic personality disorder and relationships*. Brukte avgrensingene *clinical trial, review, siste 5 år, systematic review og meta-analysis*. Fikk 742 treff. En artikkel var relevant. Den fjerde og siste artikkelen jeg benytter fikk jeg av en kollega i desember 2013. Den er også å finne i Pubmed, publisert i

2004. Etter å ha søkt i de ulike databasene finner jeg totalt sett lite relevante treff, noe jeg synes er rart. Det kan virke som dette området innen psykiatrisk behandling er forsket lite på.

I følge Priebe og McCabe (2008) hevdes det at mye forskning har vist at kvaliteten på relasjonen mellom helsepersonell og pasienter er en sterk indikator på hvordan utfallet i behandlingen blir. Dette uavhengig av hvilket psykoterapeutisk perspektiv som blir brukt, og også uavhengig av diagnoser. Klinikere bør derfor trenes mer i å kommunisere med pasienter slik at relasjonen kan bli god. I artikkelen hevder forfatterne at gode relasjoner kan føre til bedring av symptomer hos pasientene, men understreker at det her kreves mer forskning (Priebe og McCabe 2008).

Sørugaard (2000) har fulgt og intervjuet 38 mennesker med schizofreni, som har hatt det over lang tid med relativt høyt symptomtrykk og flere lange innleggelser bak seg. Her slås det fast at de fleste hadde svekkede sosiale ferdigheter, som kunne gi seg utslag i blant annet form av mistenksomhet og aggressivitet. Videre kunne de ha problemer med tolkning av sosial stimuli og bearbeidelse av emosjonell informasjon. Det er ofte vanskeligere å oppnå dypere følelsesmessige relasjoner for de med mange symptomer og lavt funksjonsnivå. Flere av informantene savnet fortrolige kontakter, og at noen kunne stikke innom de uanmeldt på besøk. Forfatteren fant grunnlag for å kunne si at jo lengre sykdomshistorie og flere innleggelser på sykehus førte til at de ofte var mindre fornøyd med egen familie. De kan lett føle seg ekskludert fra sin familie (Sørugaard 2000). At pasienter kan få den følelsen av å ikke tilhøre sin familie vil vi kunne kjenne igjen hos vår person i narrativet.

## ***1.2 Problemstilling***

**I denne oppgaven vil problemstillingen være som følger: Hvordan bygge relasjon til en pasient med paranoid schizofrenilidelse og narsissistisk personlighetsforstyrrelse på en lukket psykiatrisk sykehusavdeling?**

Jeg søker å besvare problemstillingen med utgangspunkt i et selvpsykologisk perspektiv.



Paranoid schizofreni er etter lovens betydning en alvorlig sinnslidelse, en psykoselidelse. Den er diagnostisert i ICD-10 (2011) som F.20.0 og kjennetegnes i hovedsak av ganske stabile vrangforestillinger gjerne av paranoid art, og ofte med hallusinasjoner av syn og eller hørsel. Generelt for schizofreni er det vanlig med dårlig sosial fungering (Malt, Retterstøl og Dahl 2006). Narsissistisk personlighetsforstyrrelse har i ICD-10 (2011) fått diagnosenummer F60.8. Den er i seg selv ikke regnet som en alvorlig sinnslidelse. Narsissisme kjennetegnes av storhetstanker om seg selv og sine handlinger, noe som faktisk ikke er reelt i virkeligheten. En mangler empati og utnytter ofte andre for sin egen vinning. De med denne personligheten er ofte svært lett krenkbare og kan reagere med (voldsomt) sinne der de føler seg krenket. Forstyrrelsen gjør at evnen til å holde ved-like relasjoner over tid ofte blir vanskelig. Det er her verdt å merke seg at de menneskene som har dette sykdomsbildet og symptomene kan ha ganske så forskjellig oppførsel og væremåte (Malt, Retterstøl og Dahl 2006).

Gjennom teori og egen praksiserfaring oppleves det at pasienter med schizofreni og et narsissistisk selv, ofte har store vanskeligheter med å inngå i stabile relasjoner over tid. Samtidig er evnen til å oppnå gode relasjoner kanskje vårt viktigste redskap som helsepersonell på en lukket avdeling. Ved å fokusere på hvordan vi kan bli flinkere til å bygge relasjoner med de kanskje mest krevende pasientene vil vi raskere kunne lære å forstå og føle empati med de, noe som vil signifikant bedre behandlingen.

## **2.0 Teori**

Her vil jeg begrunne valget av selvpsykologisk perspektiv og beskrive teori som er relevant for å kunne analysere narrativet.

### ***2.1 Valg av selvpsykologisk perspektiv***

Det finnes dessverre ingen fasit for å etablere gode relasjoner, hverken innen psykiatrisk behandling eller i det hverdagslige sosiale liv. Men innenfor psykiatrisk behandling er det utviklet forskjellige perspektiver som redskaper for å skape forståelse og kunne behandle pasienter på en faglig forsvarlig måte. Her i oppgaven vil jeg bruke det selvpsykologiske perspektivet. I følge Cleary et al. (2013) blir det hevdet at deres forskning viser at ingen metode eller perspektiv kan dokumentere bedre effekt i behandlingen enn et annet. Til denne pasienten oppgaven min omhandler vil det nok være vanskelig å bruke kognitiv terapi siden pasienten ikke har lyst til eller evner å samarbeide med helsepersonellet. Systemisk perspektiv vurderes til å være svært vanskelig å benytte da han har en ganske dårlig relasjon med familien og har hatt dette over flere år.

På en lukket psykiatrisk avdeling har en daglig samhandling med pasientene som miljøterapeut. Gjennom å bruke selvpsykologi har man en måte å for å forstå og kunne handle på forskjellige måter i relasjonen med denne pasienten. Han kan selv velge tempoet på å inngå i relasjonen og kanskje lettere få en forståelse av at personalet godkjenner han som den han er og vil han godt. Med dette perspektivet trenger en ingen timeavtale eller et manus, og terapeuten kan til enhver tid snakke med pasienten ut i fra hvor han er, enten det er en god dag eller en mer trøblete dag.

### ***2.2 Selvpsykologi***

Selvpsykologien har siden 1970 vokst frem en som retning innen psykoanalysen. Heinz Kohut som i utgangspunktet var ortodoks psykoanalytiker, blir regnet som

selvpsykologiens far (Haugsgjerd et al. 2009). Her vil vi se på sentrale begreper innen selvpsykologi til narrativet som skal drøftes senere.

### **2.2.1 Empatisk forståelse og affektinntoning**

Empatisk forståelse er terapeutens evne til å plassere seg, så konsekvent og så langt som mulig, i pasientens egne sko. Det er en måte å få tilgang til pasientens indre verden på gjennom god atferd fra terapeuten og evne til å vise medmenneskelig varme. Empati er både med på å gi en bekreftelse og forståelse hos pasienten som gjennom å aktivt å lytte til han, og empati i seg selv har også en legende virkning (Hartmann 2000). Bjørkly (2012) fremhever at det viktige er om *pasienten opplever* terapeuten som empatisk. Det er ikke altså ikke nok for en terapeut å si at en selv er empatisk dersom ikke pasienten mener det (Bjørkly 2012). Det at terapeuten kan møte pasienten adekvat gjennom riktig affektinntoning er viktig for at det skal føre til opplevelse av en felles verden. Det blir i praksis som å stille seg inn på hverandres følelsesuttrykk. Her er det pasienten som bestemmer om terapeuten har en god eller dårlig inntoning. Hvis barnet blir møtt på feil måte regelmessig gjennom dårlig affektinntoning vil dette kunne prege barnet negativt videre i livet. Manglende følelsesmessig inntoning vil si at omsorgspersonene er til stede fysisk for barnet, men ikke emosjonelt. Barnet får da ikke bekreftet sitt eget følelsesliv og dette kan føre til omsorgssvikt. Selektiv inntoning er at barnet blir møtt på utvalgte følelsesopplevelser. Barnet får bare være en del av seg selv. Det som omsorgspersonene ikke aksepterer må barnet holde tilbake. Denne måten for omsorgspersonene å forme barnet på i *deres* bilde kan føre til utvikling av et falskt selv hos barnet. Feilinntoning er at omsorgspersonene reagerer med inadekvat respons på barnets følelsesuttrykk. For eksempel at barnet blir møtt forskjellig fra dag til dag. Barnet kan reagere med å søke til andre eller innover i seg selv, og danne et skjult selv i frykt for å bli fratatt sine egne følelsesmessige reaksjoner. Overinntoning er som barnets følelse av å bli invadert av sine omsorgspersoner. De tar over barnets opplevelser gjennom f.eks. å alltid ha sin egen historie som er sterkere eller viktigere enn barnets (Karterud og Monsen 2002).

## 2.2.2 Selvet og selvobjekt

Alle er født med et gryende dynamisk selv som forhåpentligvis skal vokse seg helt etterhvert. Selvet er opplevelsesnært og tripolært, bestående av tre poler som er det grandiose selvet, det tvillingsøkende selvet og det idealsøkende selvet. Disse polene er dybden i kjerneselvet som skal gi en opplevelse av å henge sammen, å eie egne tanker og opplevelser, og å kunne styre egne handlinger. Siden mennesker er født som sosiale vesen er begrepet selvobjekt sentralt her. Selvobjekt er viktige andre personer som selvet utvikler seg sammen med. I de første leveårene er selvobjektene ofte foreldrene eller andre nære omsorgspersoner (Karterud og Monsen 2002).

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 2002, 18).

Hvert selvobjekt kan romme tre funksjoner og betydninger som vi skal se. Den første funksjonen kalles speilende selvobjekt. Det speilende selvobjektet er en som ser deg og tar deg for den du er og kan anerkjenne den andre om den har lyktes eller mislyktes. Dette blir en form for grensesetting og omsorg fordi det speilende selvobjektet speiler tilbake og bringer inn noe av sitt eget. Denne speilingen gjør at en kan føle seg forstått og verdsatt. Foreldre og andre i viktige omsorgsroller kan være sentrale speilende selvobjekt. Et idealiserende selvobjekt er en man ser opp til, som f.eks. en lærer, Gud, eller en terapeut. Idealiserende selvobjekt gir en følelsen av å bli holdt, holdt oppe av noe større enn en selv, og dette er med på å gi trygghet og tillit til seg selv som person. Her handler det om hvordan den andre oppfatter det idealiserende selvobjektet, *ikke* om hvordan den eller det faktisk er. Kohut hevder at dersom terapeuten blir utsatt for en følt idealisering fra pasienten, skal dette aksepteres som et legitimt behov fra pasientens side. Alter-ego selvobjekt er at en vil være lik noen andre for å kunne bli bekreftet gjennom sin likhet til de. Gjennom å være sammen med *de like andre* forankres viktige deler av seg selv. Bestevenner og kjæledyr er eksempler på alter-ego selvobjekter (Karterud og Monsen 2002).

I det tripolære selvet beveger en seg opp og ned på poler. Dette er poler som vi alle mennesker har. På den grandiose polen går dette i et spenn fra å være selvunderkjennende til å dyrke seg selv. Innen narsissisme er man forelsket i seg selv, og dette gjelder ikke bare

de med diagnosen narcissistisk personlighetsforstyrrelse. Det idealiserende selvet går fra å føle en klarer alt selv til å ikke klare noenting. Det tvillingsøkende selvet er behovet for å føle seg lik noen annen som bekrefter en med sin likhet (Karterud og Monsen 2002).

Mennesker er helt avhengige av selvobjekter, akkurat som vi er avhengige av oksygen, for å leve. Gjennom å leve, oppleve og erfare sammen med adekvate selvobjektfunksjoner vil selvet kunne vokse seg helt og modent. Mennesket kan bli voksent og selvstendig, men kan fortsatt ikke leve uten selvobjekter (Karterud og Monsen 2002).

Det er mangel, fravær, inadekvat respons, psykologisk og fysisk misbruk og mishandling som hindrer selvet i å utvikle seg til et modent, selvregulerende system (Karterud og Monsen 2002, 19).

### **2.2.3 Vitalitetsaffekt og selvsammenheng**

Vitalitetsaffekt er selve basisen for sunnhet hos mennesker og gjør at en føler seg hel og levende. Følelsen av å oppleve vitalitetsaffekt er med på å utvikle selvet. Selvet skal ivareta selvregulering og selvsammenheng. Det betyr at en føler seg som den samme personen over tid. Ved psykose har selvreguleringen kollapset. Da kan man oppleve og føle å være en annen person i ulike situasjoner (Karterud og Monsen 2002).

### **2.2.4 Motstand og mot-overføring**

Motstand innenfor selvpsykologi blir betraktet som pasientens forsøk på å beskytte seg mot retraumatisering, og ikke med vilje vil sabotere intervensjonen, som kan være f.eks. en terapitime. Med det menes at noe terapeuten har sagt eller gjort vekker sterke følelser hos pasienten som f.eks. angst eller sinne. Det kan også være noe i situasjonen som gjør at pasientens følelser blir aktivert. For å komme videre må terapeuten forsøke å utforske problemet fra pasientens side (Karterud og Monsen 2002).

Mot-overføring kan forstås som alvorlige intersubjektive brudd som gir opphav til en negativ terapeutisk reaksjon. Mot-overføringen kommer fra pasient til terapeut og den vekker bevisste og ubevisste følelser og væremåter hos terapeuten. I tilfeller der hvor pasienten f.eks. kommer med sterke negative følelsesmessige utbrudd mot terapeuten, kan terapeuten oppleve en empatisvikt, motstand og en form for krenkelse fra pasienten. Pasienten gjør dette ubevisst ved at følelsene sine blir aktivert i behandlingssituasjonen, og pasienten kan gjenoppta følelser og reaksjonsmønstre som han har hatt til viktige selvobjekt tidligere i livet (Karterud og Monsen 2002).

### ***2.3 Narsissistisk personlighetsforstyrrelse***

Ved narsissistisk personlighetsforstyrrelse er selvet fragmentert. Gjennom en rekke dårlige relasjonelle opplevelser i barndommen med sine viktige selvobjekter har ikke pasienten fått mulighet til å utvikle selvet sitt på en god måte. Det dannes da et falskt selv som er underutviklet og hvor pasienten har utilfredstilte behov. Her er det dårlig affektinntoning som har gjort at pasienten ikke har fått utviklet selvet sitt på en tilfredsstillende måte, gjennom f.eks. selektiv inntoning. Dette falske selvet gjør at pasienten tar på seg en «maske» og vil beskytte denne så godt han kan. Gjennom opplevde krenkelser hvor pasienten føler seg truet kan han reagere med voldsomt sinne, kalt det narsissistiske raseri. I behandlingen må fokuset være på å hele selvet gjennom empatisk innlevelse og rett inntoning fra terapeuten sin side (Karterud og Monsen 2002).

Roark (2012) fokuserer på de negative sidene personer med denne diagnosen og de rundt kan oppleve i samhandling. Den narsissistiske personlighetsforstyrrelsen kan fort skape problemer for alle relasjoner. Typiske kjennetegn er storhetstanker om seg selv og sin betydning, falskt selv, egne rettigheter, behov for å bli beundret av andre, manglende empati for andre og devaluerer lett andre, selvopptatthet, og kan reagere med et voldsomt sinne der han eller hun føler seg krenket. De kan lett lyge om ting som har skjedd og legge skylden over på andre eller noe annet (Roark 2012).

I en artikkel skrevet av sykepleieren Romano (2004) bruker forfatteren et selvpsykologisk perspektiv overfor en pasient med narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Arbeidet med denne pasientgruppen beskrives som vanskelig og krevende. Det fremheves at

helsepersonellet ikke kan kurere fullt ut selvet til pasienten, men etablere en relasjon som kan danne basis for heling av selvet. I stedet for å reagere på oppførselen til pasienten kan man gjennom relasjonen i selvpsykologi forstå pasienten sitt ståsted bedre, og gi mer empatiske tilbakemeldinger. Pasienten vil gjennom å ha en god relasjon med pleieren kunne uttrykke sine følelser og behov mer ekte og dette kan føre til at det fragmenterte selvet kan starte med sin heling. Bak det falske selvet ligger det følelser av sårbarhet og usikkerhet hos pasienten (Romano 2004). Malt, Retterstøl og Dahl (2006) hevder at skamfølelse kan forekomme hyppig hos pasienter med narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Skamfølelsen kommer av at de er så ekstremt følsomme for kritikk fra andre og det sier noe om hvor svakt deres storhetsbilde egentlig er. De har også en fare for å kunne oppleve tomhetsfølelse og depresjon hvis de ikke får jevnlig tilførsel av beundring og omsorg fra viktige personer rundt seg. De kan lett søke mot andre mennesker for å få dekket sine behov som beundring, tjenester og omsorg. Men de kan lett utnytte andre for i realiteten å få styrket sitt eget selv- og selvfølelse. Grunnleggende mangel på empati og dårlige evner til innlevelse i andre menneskers følelser, kombinert med frykten for andres avvising og sinne, gjør at de ikke klarer å stole på eller være avhengige av noen (Malt, Retterstøl og Dahl 2006).

## ***2.4 Anerkjennende grensesetting***

Vatne (2006) fremhever at i nyere forskning innen miljøterapeutisk arbeid hevdes det at ikke-spesifikke kvaliteter ved relasjonen mellom terapeut og pleier er av større terapeutisk betydning enn spesifikke terapeutiske teknikker. Det å møte pasienten med respekt, varme, tillit, empati, støtte, ekthet og ikke-dømmende tilbakemeldinger er sentrale kjennetegn for å kunne utøve god pasientbehandling med sårbare mennesker (Vatne 2006).

Vatne (2006) hevder at opplevelsen av å bli anerkjent for pasienten sin del er en viktig faktor i utviklingen av myndiggjøring. For å gjøre en god jobb med pasientene må helsepersonellet ha kunnskap om hva pasientene kan slite med. Terapi forutsetter kunnskap om anerkjennende tilnæringsmåter. I psykisk helsearbeid har helsepersonellet legitim rett til å utøve makt for å kunne endre holdninger og atferd hos pasientene. Det å bruke makt på en konstruktiv måte i f.eks. grensesettingssituasjoner er å møte pasientene med omsorg og respekt, og sette klare grenser der det er nødvendig. Ved å forsøke å ha en dialog med pasientene om hvorfor de blir grensesatt er man med på å bygge relasjon og

myndiggjøre de. Denne samhandlingen er basert på beskyttelse, tillit og velvilje. Ved å unngå bruk av skjult makt, manipulering og/eller konfrontasjoner blir pasientene tryggere på helsepersonellet. Siden tilnærmingen er åpen og inkluderer samarbeid kommer ikke helsepersonellet sånn i en ekspert-rolle og det er med på å redusere pasientenes følelse av avmakt og da behovet for å komme med motreaksjoner. Enkelte ganger må en kanskje bruke åpen makt, som ved f.eks. voldelige utfall og tvangsmedisinering, da skal den være tidsavgrenset og begrunnet (Vatne 2006).



### 3.0 Empiri/narrativ

Pasienten i dette narrative har jeg arbeidet med over flere år på lukket psykiatrisk avdeling og også hatt noe ambulant oppfølging med når han har vært utskrevet på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. For å sikre konfidensialitet er enkelte faktaopplysninger om pasienten og sin familie endret, i henhold til etiske retningslinjer gitt av Høgskolen.

Ole er 45 år og han har over 20 års historikk innen psykiatri på forskjellige sykehusavdelinger. Ole fikk tidlig diagnosene paranoid schizofreni og narsissistisk personlighetsforstyrrelse, og er av flere behandlere vurdert til å mangle fullstendig innsikt i eget sykdomsbilde. Hans generelle forhold til psykiatrien er dårlig og kan nærmest beskrives som fiendtlig i de virkelige syke fasene. Før hans sykdomsutbrudd kom for fullt arbeidet han i perioder som tømmer, og har også fullført militær verneplikt. Han er ugift og bor alene i egen bolig. Nærmeste familie består av mor, far, to yngre brødre og en onkel.

Av journal og opplysninger fra Ole og hans familie kommer det frem at han vokste opp i et svært religiøst hjem hvor enkelte dagligdagse ting som fjernsyn og ukeblader var forbudt. Familien hadde ved noen tilfeller møter i sin menighet hjemme hos seg, hvor de blant annet talte i tunger. Ole sier han hadde strenge foreldre som passet nøye på hva han drev med og at han ble slått av sin far som straff hvis han hadde syndet. Dette benektes av foreldrene. I de senere år har Ole hatt et relativt fiendtlig forhold til sin familie, med unntak av sin onkel. Onkelen hjelper han noen ganger med praktiske ting. Ole mener familien har løyet bevisst om han for å få han innlagt, og i dårlige perioder hevder Ole at foreldrene ikke er hans ekte foreldre. Ole har ved flere tilfeller kommet med trusler mot sin familie og offentlige tjenestemenn samt brukt vold mot disse.

I gode faser bor Ole hjemme og klarer mye husarbeid som matlaging og vasking selv. Han kan invitere sin familie og helsepersonell på besøk og serverer gjerne kaffe og kaker. Om sin egen betydning i disse fasene beskriver han seg selv som en sterkt troende person og et godt menneske. Øvrig nettverk er svært begrenset. Ole fremstår i dårlige faser som svært

preget av vrangforestillinger som at han er Jesus, og at han er gitt et mandat av Gud til å kunne dømme folk til å brenne i helvete. Videre mener Ole at han har evnen til å kunne se hvilke mennesker som er gode og hvem som er onde. Ole sier han kan helbrede ulike sykdommer som kreft ved å legge hånden sin på hodet til vedkommende og forkynne en bønn. Han kommer ofte med grove verbale trusler mot de som taler han imot eller nekter han ting han vil ha.

All medisinerer Ole svært imot, fordi han mener antipsykotika er gift laget av døde spedbarn. Under medisinerer med injeksjoner opptrer han stort sett svært truende, spesielt mot sykepleier som setter injeksjonen. Stemningsleiet i det daglige på avdelingen skifter svært hyppig, fra å opptre rolig og dannet der han deltar i samtaler om dagligdagse temaer, til å kunne bli svært høylytt, hissig og true dersom han ikke får viljen sin eller blir motsagt. På grunn av sin oppførsel blir han ofte holdt på skjerming hele døgnet alene sammen med to personal.

### ***3.1 Dialogene***

Her vil jeg beskrive eksempler på noen samspillssituasjoner jeg (T) har opplevd med Ole (O) på avdelingen.

#### **3.1.1 Dialog 1**

Dialog 1. Her har Ole blitt innlagt fordi han har oppsøkt og truet foreldrene med ei øks i hånda.

O: Jeg er Jesus Kristus, en hellig mann, og så blir jeg holdt her mot min vilje.

T: Det er kjedelig for deg at du blir holdt her mot din vilje, men forstår du ikke at det er på grunn av din oppførsel du ble innlagt?

O: Oppførsel! Jeg har bare gjort gode handlinger i hele mitt liv. Det er foreldrene mine som har løyet om meg til politiet og legene. Foreldrene mine er noen meget onde personer.

T: Men du hadde med deg ei øks du truet de med da du reiste hjem til de? De blir jo redde da.

O: De hadde ingen grunn til å føle seg truet. Jeg hadde med øksa fordi jeg skulle felle et tre i hagen deres som jeg synes skygger for sola. Jeg sa ingenting gale til de. De har løyet for å bli kvitt meg.

T: De sier noe annet ja. Men du forstår vel uansett at de blir redde for deg med tanke på at du har truet de tidligere?

O: Du er en forbannet idiot som står i ledtog med Satan! Jeg har bare gjort gode gjerninger i mitt liv og du plager folk som er feilaktig innlagt her. Du kommer til å brenne i helvete til evig tid!

### **3.1.2 Dialog 2**

Dialog 2. Her skal Ole få sin medisin. I forkant av denne situasjonen har Ole forholdt seg rolig og fint i flere timer.

T: Da er det tid for at du skal få injeksjonen din Ole. Bare vent litt så kommer sykepleieren med medisinen.

O: Du og dine jævler her på avdelingen. Dere vil bare forgifte meg som er en hellig mann og er frisk så jeg kommer til å lide.

T: Vi ønsker deg ikke noe vondt Ole. Men det er viktig at du får medisinen din som legen har bestemt.

O: Legen er bare en satan som vil meg vondt. Jeg har dømt han til å brenne i helvete! Hadde jeg hatt en pistol skulle jeg skutt dere alle sammen!

T: Jeg forstår at du ikke liker å få medisin du føler du ikke trenger, men nå er det sånn at du har fått klaget til Fylkeslegen og fått avslag. Da må vi få gjennomført medisineringen.

O: Jeg dømmmer dere til evig tid i helvete! Faens folk! Bare kom med den jævla gifta.

Etter denne dialogen blir injeksjonen satt uten videre komplikasjoner.

### 3.1.3 Dialog 3

Dialog 3. Her holder Ole og jeg til å lage til pizza på en lørdagskveld på avdelingen.

O: Du er så dyktig til å lage mat du. Jeg liker å lage mat og servere de andre.

T: Takk for det. Jeg synes det er kjekt vi kan lage mat sammen.

O: Ja, det er kjekt å koke mat sammen med en skikkelig mann som kan å lage mat. Jeg laget mat da jeg var i militæret.

T: Hvordan synes du det var i militæret?

O: Jeg trivdes kjempegodt. Var hjelpemann på kjøkkenet og fikk skryt av befalet for maten.

T: Det hørt ut som en god opplevelse.

O: Ja, jeg hadde mye å bidra med da. Fikk tillit av kokkene på kjøkkenet. Det var ei fin tid før jeg havnet i psykiatrien og ble dopet ned.

T: Hvordan føltes det å ha få tillit av befalet ditt?

O: Jeg har alltid vært god i de jobbene jeg har hatt. Hvis du vil begynne å snakke om følelser vil du bare lure meg til å si ting som du kan lyge om i rapporten din.

T: Da kan vi la det ligge og fortsette med pizzaen.

O: Ja, bedre å gjøre noe skikkelig.

## 4.0 Diskusjon

Her vil jeg diskutere problemstillingen som oppgaven bygger på. Når jeg ser på narrativet og dialogene er Ole en pasient med relativt mange vrangforestillinger i sitt sykdomsbilde.

### 4.1 *Analyse av dialogene*

Jeg vil begynne drøftingen med å analysere dialogene.

#### 4.1.1 **Analyse av dialog 1**

I dialog 1 har Ole akkurat blitt innlagt på avdelingen mot sin vilje fordi han skal ha truet sine foreldre. Ole er svært frustrert og ytrer dette til meg, samt en vrangforestilling og storhetstanke om at han er Jesus. Ole føler seg nok sterkt krenket av situasjonen. Jeg som terapeut har her umiddelbart en noe vanskelig oppgave med å møte han på en empatisk måte som ikke stresser han mer opp. Her er affektinntoningen min viktig. Jeg møter han på at det er forståelig og kjedelig å måtte bli tvangsinnlagt. Men så sier jeg videre på en mer konfronterende og direkte måte at det er hans egen feil at han blir innlagt på grunn av sin oppførsel. Det fører til at Ole automatisk går i en slags forsvarsposisjon hvor han hevder at han bare har gjort gode handlinger hele sitt liv og at foreldrene lyger bevisst om han. Jeg følger opp med å fortsette å konfrontere han med fakta, at han hadde med seg ei øks da han reiste hjem til sine foreldre. Ole blir mer agitert og kommer med bortforklaringer på hvorfor han hadde med seg øksa. Jeg stiller så et motspørsmål om det ikke er forståelig for han at foreldre blir redde. Mitt spørsmål fører til at Ole blir veldig sint og retter sinnet sitt mot meg og kommer med trusler. Situasjonen er blitt veldig anspent og virker noe fastlåst.

Denne situasjonen skjedde på et tidlig tidspunkt for noen år siden da Ole og jeg ikke kjente hverandre så godt. Jeg ser at måten jeg møtte han på ikke var særlig ideell for relasjonsbygging. I stedet for å bidra til at Ole ble mer avdempet og kunne lettere innfinne seg med å bli tvangsinnlagt, førte mine svar til en sterk motreaksjon fra han. Måten jeg inntonet meg på i forhold til Ole bar mer preg av å være positivistisk orientert, da jeg konfronterte han direkte med fakta. Jeg har her grunnlag for å tro at Ole ikke følte seg møtt på en empatisk nok måte, fordi det er nærmest håpløst å tro at Ole skulle kunne ta innover seg og erkjenne at han selv hadde gjort noe gale. Min inntoning bar preg av å korrigere han

på atferden, istedenfor å møte han på hans følelser, og hans opplevelser av situasjonen (Karterud og Monsen 2002, Vatne 2006).

Samtidig må det sies at det å møte en type pasient som Ole er, i en slik kontekst på skjermet enhet, slett ikke er den mest ideelle situasjonen for å kunne bygge relasjon. Noen pasienter møter jeg første gang på en inntakssamtale, der de søker seg selv til avdelingen for å bli bedre, eller for å få gjøre flere aktiviteter. Eller jeg kan treffe på de første gangen i stua der hvor vi kan drikke kaffe sammen og stemningen er mye lettere. Men å kunne risikere å møte Ole i en krise er en viktig del av jobben, derfor bør dette taes lærdom av.

Hvordan kunne bruken av en selvpsykologisk tilnærming kanskje ført til en bedre dialog og relasjonsbygging? Jeg ser at jeg feilet i å fremstå som empatisk for Ole. Måten jeg møtte Ole på i krise var ikke empatisk nok for han (Bjørkly 2012). I stedet for og mer aktivt forsøke å plassere meg følelsesmessig i hans «sko», ble jeg stående mer på utsiden av han og konfrontere hans oppførsel. Han følte nok at jeg ikke hadde inntonet meg riktig til å kunne forstå hans følelsesmessige situasjon godt nok. Jeg hadde nok manglende affektinntoning. Det vil si at jeg var til stede fysisk i rommet sammen med han, men jeg møtte han ikke på hans følelser. Vi fikk en avstand i opplevelsene våre, i stedet for å ha en opplevelse av en felles verden (Karterud og Monsen 2002).

Hvis jeg hadde møtt Ole ved å mer bekrefte og vise forståelse for at han har havnet i en vanskelig situasjon, kunne han opplevd meg som mer empatisk og rett inntonet. Et eksempel på hva jeg kunne ha sagt er; hvordan har du det nå? eller; hvordan føler du rundt det å bli tvangsinnlagt? Det kan kanskje umiddelbart sees på som små detaljer, men de spørsmålene er mer åpne, og åpne spørsmål fører til at pasienten kan selv formidle hva han tenker og føler. Åpne og undrende spørsmål viser interesse for hans situasjon og de fører ofte ikke så lett til fastlåsing i dialogen. Jeg kunne også få formidlet at jeg bekrefter hans følte håpløshet i forhold til avmakten han kjente på (Karterud og Monsen 2002). Med tanke på at Ole har en narsissistisk personlighetsforstyrrelse følte han nok en ekstra sterk krenking (Malt, Retterstøl og Dahl 2006).

Ole sine forklaringer han kommer med i dialogen bærer et preg av storhetstanker om seg selv, for eksempel at han aldri har gjort noe gale i hele sitt. Også det at han bortforklarer den alvorlige hendelsen og legger skylden for situasjonen over på andre er kjennetegn på

sin personlighet (Malt, Retterstøl og Dahl 2006). Her kunne jeg fokusert mer på hvordan han opplevde situasjonen og det å være seg selv, i stedet for å fokusere på handlingen, for å forsøke å unngå konfrontasjon mellom han og meg. Et eksempel på spørsmål kunne være; hvordan opplever du det å være Jesus? Spørsmålet kunne bidra til å føre meg nærmere Ole sin opplevelse av seg selv. Jeg ville da vist interesse for han og tatt han på alvor som Jesus. Et tenkt svar fra Ole kunne vært at han synes det er en ære å være den utvalgte til å lede sitt folk. Da kunne jeg fortsatt med et nytt ikke-konfronterende spørsmål som; i hva slags retning vil du lede ditt folk? Med en slik dialog ville jeg for alvor fulgt han i hans egne tankebaner og også forsøkt å føre han inn mot relasjonen som ligger mellom han og andre, de som har ser på som sitt folk. Innen selvpsykologi er selvobjekter livsviktige, og derfor kan jeg føre han inn mot relasjonen han har til andre. Samtidig får jeg da en funksjon her som et speilende selvobjekt fordi jeg anerkjenner Ole sine opplevelser og speiler tilbake det han sier til meg (Karterud og Monsen 2002).

Jeg kunne også ha forsøkt å fokusere noe på relasjonene mellom han og foreldrene, siden der ligger tydeligvis mye uoppgjort mellom de. Ut i fra journal og nevnte opplysninger Ole tidligere har kommet med virker det på meg som at han har hatt en noe dårlig kontakt med foreldrene i barndommen. Et gjennomgående mønster av svikt i affektinntoningen fra sine foreldre kan være en av grunnene til at selvet hans er så fragmentert (Karterud og Monsen 2002). Det er ikke sikkert han er blitt møtt på en følelsesmessig god nok måte fra ung alder av. Denne svikten er Ole sin egen opplevelse av relasjonen og er derfor valid for han. Jeg kan ta han på alvor at han ble banket opp av sin egen far. Dette er omsorgssvikt og en reel grunn for Ole å kjenne på et sinne mot far. Å bli møtt med empatisvikt gjennom å bli utsatt for fysiske overgrep er selvobjektssvikt (Karterud og Monsen 2002). Det er et alvorlig svik fra en av sin nærmeste viktige. Et par tenkte spørsmål kunne være; hvordan har du og foreldrene dine hatt det tidligere? Hva opplevde du de gangene far din ble sint på deg? Da ville jeg ha forsøkt å tilnærme meg relasjonene på en ufarlig måte. Fordelen i denne konteksten hadde vært at han selv kunne ha fortalt sin opplevelse av relasjonen, uten å risikere innvendelser fra foreldrene. Jeg tenker også at han har et behov for å få snakket om dette, siden det er en sentral del av livet sitt. I stedet for eskalerte dessverre situasjonen og han rettet sitt narsissistiske raseri mot meg, da han nok følte seg ytterligere lite forstått og krenket.

### 4.1.2 Analyse av dialog 2

I dialog to er situasjonen en ganske annen. Her forholder Ole seg rolig og er inne i en bedre fase av sin sykdom. Samtidig blir han øyeblikkelig hissig da det er snakk om å få sin medisin. Det er liten tvil om at Ole opplever dette som en veldig krenking, da det er uforståelig for han at han skal få medisin. Han mener at det psykiske helsevesenet vil forgifte han og påføre han smerter. Her opptrådte jeg relativt vennlig og høflig, men bestemt. Det har som nevnt i empiridelen vært umulig tidligere å få gjennomført en form for frivillig behandling med medisiner, derfor må den settes med tvang. For å møte han på en så rettferdig måte som mulig, understreker jeg at vi ikke ønsker han noe vondt og at han har fått prøvd sin sak for myndighetene og fått avslag. Derfor må han ta imot medisinen. Her medvirker jeg til å bruke åpen makt fordi den er helt klart faglig forsvarlig, den er tidsavgrenset og begrunnet (Vatne 2006).

Ole kommer med en voldsom trussel om bruk av pistol for å drepe helsepersonellet. Jeg velger å ikke konfrontere han med dette voldsomme utsagnet, da jeg tenker at det ikke vil føre til noe bedring av situasjonen. Jeg er i denne dramatiske situasjonen noe mer rett inntonet i forhold til å være emosjonelt til stede for Ole. Jeg deler og forstår bedre hans følelsesmessige reaksjoner (Karterud og Monsen 2002). Etter å ha ropt ut av seg sin forbannelse tar han imot medisinen uten videre kamp. Dette sinneutbruddet kan tolkes i klassisk psykoanalyse som motstand i behandlingen, at han vil nærmest sabotere, bevisst eller ubevisst, sitt behandlingsforløp. I selvspsykologi blir denne motstanden tolket til å være Ole sin måte å forsøke å beskytte seg mot retraumatisering på (Karterud og Monsen 2002). Jeg tenker at opplevelsen av å ha religiøse møter med tungetaling i sitt barndomshjem kan være en noe skremmende opplevelse for en liten gutt, og denne språkbruken i menigheten kan ha innvirket på å ha formet Ole sin måte å forkynne sine voldsomme verbale trusler på. Ole sine følelser her er nok kanskje mer preget av stort ubehag og smerte. Jeg støtter Ole sin følelse av stor avmakt i denne situasjonen, fordi han forstår ikke at medisineringen er iverksatt for å forsøke å hjelpe han til å bli bedre. Avmakten og ubehaget i denne konteksten gjør at nesten det eneste Ole kan gjøre er å reagere med sinne. Han både føler seg alene og er alene mot overmakten som er helsepersonellet.



I forhold til selvspsykologi og relasjonsbygging tenker jeg at det å måtte tvangsmedisinere Ole ikke er med på å styrke vårt forhold. Det er et stort dilemma at jeg må bruke tvang i denne situasjonen. Det er jo en voldsom feilinnstilling fra min sin side og i ytterste fall måtte bruke fysisk makt for å få gjennomført behandlingen som pasienten ikke vil ha. Ole vil kunne oppleve at jeg svikter han empatisk, slik som han har opplevd flere ganger tidligere fra sine viktige selvobjekt (Karterud og Monsen 2002). Samtidig er det for meg som terapeut helt nødvendig at Ole får sin medisin for at han skal kunne bli bedre. I den totale vurderingen gjort av flere leger og annen myndighet blir det ansett som klart nødvendig med medisinering. Kanskje des-to viktigere er det å ha bygd opp en så god relasjon som mulig i forkant av behandlingen, nettopp for å kunne romme slike nødvendige inngrep. Pasienten blir utsatt for en stor krenkelse gjennom å måtte underkaste seg denne behandlingen. Samtidig er det ytterst nødvendig at jeg møter han på en så respektfull måte som det går an. Her ved å uttrykke min forståelse for at han ikke liker dette, og få unnagjort medisineringen på en trygg og rask måte.

Hvem er så jeg som terapeut for Ole i denne dramatiske konteksten? Jeg mener at jeg er et speilende selv-objekt for Ole som står i situasjonen sammen med han. Ved å være sammen med han kan jeg speile tilbake en følelse av trygghet og aksept til Ole. Tryggheten kommer til uttrykk gjennom min tilstedeværelse som et kjent personal, som ikke dømmer han for sin reaksjonsmåte, og som ikke bruker makt unødvendig. Jeg aksepterer han for den han er, selv om han truer i det jeg selv tolker som affekt, for å forsøke å beskytte seg selv (Karterud og Monsen 2002). Det at jeg kommuniserer med han selv direkte kan også bidra til at jeg får fanget opp eventuelle tanker og følelser han har som vi senere kan arbeide med. Dette kan være utsagn som f.eks. nå får jeg samme straffen av dere som jeg fikk av min far ... Her lytter jeg aktivt i situasjonen og tar imot det som Ole sier til meg og de andre terapeutene, og det han sier kan jeg omformulere og snakke med Ole om senere. Ved å ta opp igjen det Ole sier i en senere samtale på en omformulert måte er jeg med på å grensesette han på en anerkjennende måte (Vatne 2006) og jeg speiler og viser omsorg for han som funksjonen til et speilende selv-objekt (Karterud og Monsen 2002).

I denne konteksten er det naturlig å også tenke på at det er en fare for at helsepersonellet får følelse av mot-overføring fra Ole. De øvrige pleierne og jeg kan føle oss utsatt for urettferdig og dårlig behandling fra Ole sin side. Det kan tenkes at noen vil ta trusselen om vold og fordømmelse mer personlig, og dette kan i verste fall føre til empatisvikt og

unødig maktbruk fra oss som er den profesjonelle parten i hendelsen. Jeg tenker at for å opprettholde den faglige rette distansen i dette arbeidet må vi som personale snakke sammen om hendelsen i etterkant, og at vi har behov for kyndig veiledning for å kunne opprettholde vår profesjonalitet (Karterud og Monsen 2002, Vatne 2006). Rettssikkerheten til Ole er sikret gjennom at han har fått klaget på sitt vedtak.

Angående trusselen som er alvorlig velger jeg heller å forsøke å snakke med han om dette ved en senere anledning når han har fått roet seg ned, i stedet for å konfrontere han med denne, noe som antakeligvis ville ført til ytterligere eskalering. Måten jeg kunne tatt dette opp med han på tenker jeg er krevende og her må det nesten være lov for meg som terapeut å føle at jeg feiler dersom det ikke fører frem på en god måte. Krevende fordi det er så dramatisk opplevd for alle parter, men nødvendig å forsøke å ta dette opp for å kunne skape grobunn for felles opplevelse og forståelse av situasjonen, og kanskje hindre flere slike dramatiske episoder etter hvert. Jeg ville valgt å ta opp igjen temaet tvangsmedisinering dagen etter hvis Ole var rolig og jeg følte han var interessert i en samtale. Jeg måtte gått relativt forsiktig frem og kunne spurt f.eks. hva han opplevde i går i forbindelse med medisineringen, og hva som gjorde dette vanskelig. Om det er andre måter å løse dette på fremover som er bedre for deg? Her er det slett ikke sikkert vi hadde kommet til en enighet eller avtale siden Ole er så veldig imot medisiner generelt. Men jeg hadde fått formidlet og muligens sådd en tanke om at jeg er interessert i at han, og helsepersonellet, skal få det bedre neste gang det er medisiner. Ved at jeg søker og prøver å forstå Ole sine opplevde avmaktsfølelser blir til ved at jeg utforsker de så godt som mulig gjennom hans eget perspektiv. Det kunne være starten på en modningsprosess i forhold til å få det bedre enn å føle en dyp unødig krenkelse (Karterud og Monsen 2002, Vatne 2006).

Jeg opplevde et stort ubehag i denne situasjonen på flere måter. Det var en truende pasient og en noe trykket stemning. Usikkerheten om Ole kunne utagere fysisk var veldig tilstede, og hvordan det da kunne ha godt. Ole eller oss terapeutene kunne i verste fall blitt skadet. Pasienten var i forkant rolig og hyggelig, men svingte så enormt brått da det ble snakk om medisiner. I arbeidet med pasienter med narsissistisk personlighetsforstyrrelse opplever jeg det som svært krevende at pasienten kan snu så voldsomt fort om. De kan gå fra å nærmest idealisere meg som terapeut, til å uttrykke hat og misnøye mot meg rett etterpå. Følelsen av å bli utnyttet av pasienten er da lett å få. Det er med på å kunne vanskeliggjøre

rollen min som profesjonell. Jeg tenker at den manglende empatien og devalueringen jeg opplever hos denne pasientgruppen gjør at jeg må hele tiden være bevisst på mitt faglige standpunkt, og ha nødvendig kunnskap om terapeutiske intervensjoner (Haugsgjerd et al. 2009, Malt, Retterstøl og Dahl 2006, Vatne 2006).

### 4.1.3 Analyse av dialog 3

I dialog tre er stemningen god mellom Ole og meg. Vi lager pizza på avdelingen og her forsøker jeg å treffe bra på affektinntonen. Ole roser meg for å være flink til å lage mat og sier at han liker å lage mat selv. Jeg bekrefter for han og gir han anerkjennelse i den forstand at jeg synes det er kjekt å kunne lage mat med han. Ole idealiserer meg nesten i denne situasjonen ved å komme med flere komplimenter til meg. Jeg føler under denne seansen på kjøkkenet at jeg hadde en funksjon som inneholdt flere selv-objektfunksjoner, både speilende, idealiserende og alter-ego selvobjekt (Karterud og Monsen 2002).

I starten av dialogen kommer Ole med flere rosende ord til meg om meg selv, og jeg tenker at han hadde et behov for å gi sitt uttrykk for at ønsket både å føle en likhet til meg innen matlaging, og ha en terapeut å se opp til. Jeg prøver ikke å korrigere han på denne følte idealiseringen, men godtar den uten å videre bemerke den. Kanskje ubevisst vitende fordi jeg antok at idealiseringen nok ikke ville vare evig (Karterud og Monsen 2002). I tillegg har ikke Ole som er på et relativt strengt regime på avdelingen så mange andre muligheter til å omgås kontakt med andre viktige selvobjekt. Jeg og de andre terapeutene som er omsorgspersoner fyller faktisk talt en stor del av hans liv. Når Ole er utskrevet til det vanlige samfunnet vet jeg at han ikke har så mange personer å omgås. Dette skyldes nok at han har vært mye av livet sitt på institusjon, men også at han ikke innehar evnen til å opprettholde mer dype relasjoner over tid. Dette skyldes nok mye sitt narsissistiske selv i tillegg til schizofrenien, som gjør at han blir mye selvopptatt og lett kan beskyldes og mistenke andre (Malt, Retterstøl og Dahl 2006). Av viktige selvobjekter på utsiden av sykehuset vet jeg gjennom det han har fortalt at han har dessverre bare har sin onkel som han har god kontakt med i sitt nettverk.

Siden han tar opp at han laget mat i militæret følger jeg og speiler han på dette temaet. Ole sier han trivdes der og fikk tillit av sine ledere. Han sier han hadde det godt der før han ble

innlagt og dopet ned i psykiatrien. Jeg fokuserer bevisst på det positive om hvordan det var å få slik tillit fordi det omhandler hans relasjoner med andre og gode opplevelser (Karterud og Monsen 2002). Ole svarer noe jeg oppfatter som grandios om at han alltid har vært flink i sine jobber og at han ikke vil snakke om følelsene sine til meg. Derfor velger jeg å avslutte det emnet. Det kan her virke som at Ole mente jeg presset noe på vedrørende følelsene sine. Kanskje Ole følte jeg ikke gikk frem på en empatisk nok måte (Karterud og Monsen 2002). Samtidig opplevde jeg han som noe mistenksom i forhold til journalføring. At deler av samtalen vår skulle bli tatt med i en rapport som kunne slå negativt tilbake på han. Ved at jeg avsluttet praten vår rundt følelser og journalrapportering følte jeg at jeg møtte han med respekt for sin oppfattelse av dokumenteringen. Det kan godt være at han har opplevd urettferdigheter tidligere rundt slik journalføring, og jeg ønsket ikke å bidra til å presse han på dette når det ikke var nødvendig. Stemningen var jo så god fra før at det hadde følt meningsløst å ødelegge den.

## ***4.2 Selvsammenheng og vitalitetsaffekt***

Ole sin opplevelse av selvsammenheng virker å svikte i de dårlige psykotiske fasene. Vi kan se av dialogene at Ole har sin ekteføyte opplevelse av å være en annen person (Jesus) enkelte ganger. Ved en selvpsykologisk tilnærming brukes ikke realitetsorientering for å forsøke å overbevise han at han tar feil (Karterud og Monsen 2002). F.eks. et utsagn fra meg som; du må da forstå at du ikke er Jesus! tenker jeg vil heller føre til å følelsesmessig distansere meg fra Ole. Det kan heller virke provoserende (Vatne 2006). For å forsøke å hjelpe Ole til å kunne modne sitt selv, må jeg heller forsøke å affektinntone meg på en mer empatisk måte. Jeg må arbeide der hvor han er følelsesmessig til enhver tid, og ikke der hvor jeg kunne ønsket at han var, som vil si i en mye bedre fase. I praksis blir dette å gjennom å følge han i dialogen på det han ønsker å ta opp. Hvis jeg fremstår som nøytral og mer likegyldig vil dette kunne virke truende på Ole, og vise at jeg ikke bryr meg om han. Da vil dette være feilinntoning (Karterud og Monsen 2002). Dette vil ikke si at selvpsykologi er å jatte med pasienten uten plan, men å gi Ole en mulighet til å komme nærmere følelsesmessig meg som terapeut for å kunne starte med å øke Ole sin følelse av vitalitetsaffekt og for vår relasjonsbygging.

Ole sin følelse av vitalitetsaffekt, det å være «hel» og føle seg levende virker å være f.eks. mye bedre å være intakt i dialog nummer tre (Karterud og Monsen 2002). Denne dialogen skjer lengre ut i behandlingsforløpet, og her reflekterer han litt over sitt eget liv sammen med meg. Han forteller om seg selv som Ole, da han var i militæret, og ikke om seg selv som Jesus. Jeg tolker Ole sin refleksjon som et sunnhetstegn, og han gir meg også innblikk i sine ressurser, som matlaging og det å like å gjøre en meningsfull jobb. Dette gir meg som terapeut nyttig informasjon om områder den videre behandlingen kan peke i retning på, som mer praktisk arbeid. Jeg husker hvor mye lettere det var å treffe på affektinntoningen da vi gjorde noe meningsfullt praktisk arbeid sammen. Det gav meg en ekte følelse av glede da vi laget mat sammen i en atmosfære som var preget av vilje til samarbeid og gjensidig respekt.

### **4.3 Affektinntoning**

Hvor dype er egentlige samtalene mellom Ole og meg? Jeg opplever at Ole har vanskeligheter med å komme nært sine egne følelser og kunne formidle disse til meg. Dialogen vår bærer ofte mer preg av hendelser Ole har deltatt i og Ole sin tolkning av disse. Tolkningene har ofte et svart-hvitt syn på ting. F.eks. kan Ole referere til de to polititjenestemennene som pågrep han hjemme hos sine foreldre i dialog 1. Ole kan beskrive til meg hvordan de så ut, og husker tilsynelatende ofte gode beskrivelser av situasjonen, som klær og miljøet rundt, men sier ikke noe om sine følelser av denne situasjonen. Det jeg mener med svart-hvitt tolkning er at Ole kan hevde at den ene politimannen var «god», og egentlig ikke ville pågripe han, men at den andre politimannen var meget ond. Den «onde» politimannen hadde så klart å lure sin kollega i en slags felle. Fellesnevneren i de aller fleste tilfeller er at Ole mener han ble til offer i situasjonene, og dette er dypt urettferdig. Det virker som om det ikke er noen andre nyanser i situasjonene, og at Ole selv har funnet fasiten. «Fasitene» kan også endre seg over litt tid og jeg opplever helt klart at Ole tilpasser sine forklaringer inn i et mønster som tjener hans egen situasjon best. Når jeg forsøker å gå inn på følelsene til Ole om hva han følte i denne situasjonen hos sine foreldre opplever jeg at Ole ikke vil snakke om dette, at han søker fort over til et annet tema, eller går over til en annen beskrivelse av aktuell situasjon. Dette er ofte kjennetegn på den narsissistiske personligheten (Malt, Retterstøl og Dahl 2006).

Slik Ole fremstår for meg er han ikke en person som kan uttrykke følelsene sine som at han er f.eks. trist eller glad en dag, eller at han spør hvordan jeg har det. Den følelsesmessige speilingen mellom oss to blir som regel fra min side. Kompleksiteten til Ole med både schizofrenilidelse og det narsissistiske selvet kan føre til at jeg føler meg brukt i noen situasjoner og dette sliter igjen på vår relasjon sammen. I en samtale på skjermet enhet hvor stemningen er god, kan Ole komme med et urealistisk ønske om noe jeg skal gjøre for han. Dersom dette ønsket ikke kan imøtekommes, reagerer han ofte med devaluerende utsagn om meg, og av og til med sinne mot meg fordi jeg «motarbeider» han. For min del kan dette i verste fall gå utover min følte empati for Ole. I de slitsomme og hektiske periodene kan jeg behov for noe avkopling fra Ole, sammen med veiledning, for å kunne opprettholde min faglige profesjonalitet overfor han som pasient. Dette for å hindre at jeg blir lidende av den skumle mot-overføringen (Karterud og Monsen 2002).

I og med at det virker som om Ole har problemer med å uttrykke sine følelser, gjør dette affektinntonings-arbeidet mitt vanskeligere. Noe som også ytterligere kompliserer relasjonsbyggingen er at Ole stort sett er på skjermet enhet i behandlingen, med de naturlige begrensinger dette medfører. Ut i fra erfaringen med Ole bruker jeg ofte å vente med å ta eget initiativ til samtale med han. Jeg føler meg litt frem på hvor han er med tanke på sin egen dagsform. Samtidig må jeg ikke være for nøytral eller fremstå som likegyldig, fordi dette kan oppleves som truende for Ole (Karterud og Monsen 2002). Det blir ofte til at jeg venter med å ta kontakt til han gjør det først. Denne måten å tone inn på mener jeg er den som har fungert best for min del. Jeg ser av erfaring at det å kunne gjøre praktiske ting oftere sammen med Ole kan være en nøkkel til å få bedre relasjon. Affektinntoningen oppleves å bli noe bedre der hvor vi gjør aktiviteter sammen, som turer og matlaging. Kanskje fordi vi beveger oss mer ut i fra det låste rom, og da opptrer vi mer som likeverdige i konteksten. Grensen mellom å være pasient og terapeut blir mindre, selv om den naturlig hvis ikke viskes vekk. En pasient med et så sammensatt sykdomsbilde har nok rett og slett ikke sin styrke i å oppnå gode relasjoner gjennom ordinær samtale (Karterud og Monsen 2002).

Men hvis jeg flytter samhandlingen til mer aktivitetsbasert samhandling, opplever jeg det lettere. Ole har f.eks. mye mer kunnskap innen håndarbeid som snekring enn meg. I behandlingen der hvor det ansees som forsvarlig av overlege og avdelingsleder kan jeg være en pådriver for at Ole kan få gjøre mer praktisk arbeid. Innenfor konteksten på et

arbeidsverksted kan Ole lettere få utspilt sine sterke og gode sider av sin personlighet. Jeg er fortsatt med Ole å arbeide og samtalene oppleves ofte å gli bedre. Stort sett blir ofte stemningen i disse samtalene bedre og jeg slipper mye oftere å komme i grensesettingssituasjoner mellom Ole sin ønsker, og der hvor jeg må gi avslag. Også enkle aktiviteter som turer ut i nærmiljøet og fisketurer vil kunne lette muligheten for å komme nærmere hverandre. Det er fortsatt vanskelig å komme inn på Ole sin følelser, men det vil kunne oppleves lettere å snakke om dagligdagse temaer, Ole sine interesser og sin livshistorie. I disse situasjonene vil Ole også kunne føle seg sett av meg som et speilende selv-objekt, og han kan da få mer følelsen av min empati som jeg prøver å overføre til han (Karterud og Monsen 2002). Ole vil også kunne få mer opplevelse av å mestre, i stedet for å måtte være passiv. Dette vil gi meg som terapeut mulighet til å kunne følge opp de gode opplevelsene hans, med spørsmål som f.eks.; hvordan var det å få til å bygge den krakken? Med tanke på Ole sitt symptombilde og at dagsformen svinger vil jeg være forsiktig med å si at dette er en slags fasit eller endelig løsning. Ut i fra min erfaring med Ole vil jeg nok si at den opplevde terapeutiske effekten av aktivitetene også kan svinge i perioder. Med det mener jeg at på noen dager kan aktivitetene oppleves bedre enn andre. Opplevde negative sider som kan inntreffe er at noen dager vil jeg kunne oppleve at Ole blir mistenksom på meg og kunne ha sinneutbrudd mot meg, som ved f.eks. at han ikke får holde på med en aktivitet så lenge som han hadde ønsket. Ut fra institusjonens eksisterende muligheter for å drive med f.eks. snekkerarbeid vil jeg si at dette er ganske begrenset. Her ser jeg for meg at institusjonen må søke nærmere samarbeid med andre instanser som en tilrettelagt eller vernet bedrift i større grad for å kunne oppnå dette behandlingsmålet. Samtidig har institusjonen relativt gode eksisterende muligheter for å kunne drive med turer ut per i dag.

#### ***4.4 Postkultur***

For meg personlig innenfor rammen av postmiljøet ser jeg muligheten for at jeg kan bli utsatt for negative bemerkninger fra kollegaer om at jeg blir manipulert, eller lar meg forføre av pasienten, dersom han får innvilget «goder» i form av ulike aktiviteter. Det kan bli opplevd som å stå i et krysspess mellom Ole sine ønsker og kollegaene sine ønsker. Dette tenker jeg i så fall ikke må ramme pasienten, og at dette vil heller være tegn på en negativ kultur ved arbeidsplassen, som avdelingsleder bør ta tak i for å hindre en splittelse i personalgruppen. Jeg kan vise til at det er faglig forankret i forhold til selvspsykologi å

lettere bygge relasjon med pasienten dersom han får innvilget aktiviteter. Det er gjennom teori og erfaring vist at det er lettere å komme i en behandlingsmessig relasjon med pasienten gjennom god inntoning dersom han får drive med aktiviteter (Karterud og Monsen 2002). Det er lov å gi pasienten meningsfulle og positive opplevelser, selv om han kan svinge i dagsform og humør. Vi som arbeider på posten er også som nevnt tidligere viktige personer i Ole sitt liv, selvobjekter, som fyller en stor del av hans liv (Karterud og Monsen 2002). Jeg tenker at det overordnede målet må være at Ole skal kunne føle utbytte av sin behandling i institusjonen.

#### ***4.5 Grensesetting***

I de tilfeller hvor Ole har en slik atferd og fremtoning som er upassende og eller truende får jeg som terapeut et behov for å grensesette han. Her bør jeg sterkt tilstrebe å grensesette han på en empatisk og anerkjennende måte (Vatne 2006). Jeg bør prøve å føre en dialog med Ole om hvorfor jeg opplever behovet for grensesetting, fremfor å bare «sette ned foten» uten diskusjon. Dette for å bevisstgjøre Ole for hvordan jeg opplever situasjonen og hvorfor dette ikke går bra. På en slik måte kan også den opplevde krenkingen kanskje bli mindre. En måte å gjøre dette på er å fortelle om min opplevelse og tanke av situasjonen eller ønsket og så gi ordet til han. Hvis Ole er fysisk nærgående mot meg kan jeg si: «Nå opplever jeg at du er noe truende og nærgående mot meg og det synes jeg er ubehagelig. Jeg kunne ønsket at du holdt litt mer avstand for da blir jeg tryggere». Da begrunner jeg til Ole min opplevelse av hvorfor jeg føler behovet for grensesetting gjennom dialog, og jeg «overkjører» ikke han. Ole får da også muligheten til å komme med sine betraktninger rundt situasjonen (Vatne 2006).



## 5.0 Konklusjon

I arbeidet med å bygge relasjon med Ole som kan beskrives som en krevende pasient grunnet sitt komplekse sykdomsbilde, har jeg vist at et selvpsykologisk perspektiv kan fungere bra i behandlingen. Perspektivet har et teoretisk og praktisk fundert grunnlag for å kunne analysere og utøve god terapeutisk praksis.

En svakhet derimot med bruk av selvpsykologi slik jeg ser det er at det er en tidkrevende behandling og dermed en relativt kostbar behandling for helseforetakene. Det finnes pr i dag andre behandlingsformer som også er brukt, som f.eks. mer medikamentell rettet behandling som tilsynelatende kan ha grei effekt mot psykotiske symptomer, og de kan ha et kortere tidsperspektiv.

Jeg ser i analysen av dialogene at Ole kan svinge veldig i forhold til sinnsstemning og hvor han er i behandlingsforløpet. Verdien av å kunne tilstrebe seg til å fremstå empatisk gjennom fokus på god affektinntoning står sentralt i arbeidet. Samspillet mellom Ole og meg er sterkt preget av konteksten vi står i. Det svinger mellom rolige og behagelige opplevelser til mer dramatiske episoder preget av trusler, mistenksomhet og devaluering. Samtalene mellom oss bærer preg av å ikke være spesielt dype. Siden Ole har relativt dårlig kontakt med sine egne følelser og er lett krenkbar er det grunn til å forsøke å bygge relasjon i større grad i andre omgivelser enn bare på skjermet enhet. Grensesetting bør med fordel skje på en skånsom, åpen og anerkjennende måte. Min egen praksiserfaring og innhentet litteratur tilsier at dersom helsepersonellet vektlegger å trene seg i større grad på å bygge gode relasjoner med pasientene kan samhandlingen bli mye bedre.

Jeg synes det virker som om temaet relasjonsbygging med mennesker som har narsissistisk personlighetsforstyrrelse er noe lite forsket på. En måte jeg tenker kunne vært med på å forske mer på dette temaet på er gjennom kvalitative studier hos de med denne problematikken og deres profesjonelle hjelpere. Da kan en finne ut hva de mener fungerer bra. Samtidig mener jeg at de avdelingene som arbeider med denne pasientgruppen bør

tilstrebe seg å finne en mer felles måte å møte pasientene på, slik at det blir større forutsigbarhet i behandlingen.

## 6.0 Litteraturliste

Bjørkly, Stål. 2012. «En introduksjon av noen sentrale psykoterapeutiske perspektiv.» Forelesning ved Høgskolen i Molde, videreutdanning i psykisk helsearbeid 2012, 7. september 2012.

Cleary, M, Hunt, GE, Siegfried, N, Morley, K, Sitharthan, T. 2013. «Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review).» *The Cochrane Library* 2013, Issue 10. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub3/pdf.

Hartmann, Ellen. 2000. «Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi.» I *Artikkelsamling for videreutdanning i psykisk helsearbeid 2012-2014*, Høgskolen i Molde, 179-206.

Haugsgjerd, Svein, Jensen, Per, Karlsson, Bengt og Løkke, Jon A. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*, 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet. 2011. *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Fagbokforlaget.

Karterud, Sigmund og Monsen Jon T. 2002. *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Malt, Ulrik Fredrik, Retterstøl, Nils og Dahl, Alv A. 2006. *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Priebe, Stefan og McCabe, Rosemarie. 2008. «Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself?» *International Review of Psychiatry* 20(6): 521-526.

Roark, Sybil V. 2012. «Narcissistic personality disorder: Effect on Relationships.» *The Alabama Nurse*.

Romano, Czuchta. 2004. «A Self-Psychology Approach to Narcissistic Personality Disorder: A Nursing Reflection.» *Perspectives in Psychiatric Care* 40.1: 20-8.

Sørgaard, Knut W. 2000. «Sosiale relasjoner hos personer med schizofreni.» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* (37): 25-32.

Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.