

Relasjonskompetanse

Biter til et puslespill

Marit Aalen

Redaksjonskomite:

Kari Kvaal, Brit Næss-Andresen, Åshild Slettebø, Astrid K. Wahl

Opprinnelig trykket som HiO-notat 2005 nr 1, 1.opplag trykket 2005

CC-BY-SA Høgskolen i Oslo og Akershus
HiOA Småskrift 2016 nr 2
ISSN 1893-4609

1. opplag trykket 2005, som HiO-notat 2005 nr 1 ved Høgskolen i Oslo
ISBN 82-579-4397-5
ISSN 0807-1047

Opplag trykkes etter behov, aldri utsolgt

HiOA,
Læringscenter og bibliotek,
Skriftserien
St. Olavs plass 4,
0130 Oslo,
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Adresse hjemmeside: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Nettbokhandel>
For elektronisk bestilling klikk Bestille bøker

Trykket hos Allkopi
Trykket på Multilaser 80 g hvit

Innholdsfortegnelse

Innledning	2
Rammeplanen om relasjonskompetanse.	3
Kreativ situasjonskompetanse	5
Fagplanen om relasjonskompetanse.....	7
En metodisk bevissthet.....	14
Å fjerne hindringene for den andres livsutfoldelse	16
Psykisk lidelse og psykodynamikk	17
Humanistisk perspektiv på relasjonen.....	18
Relasjonen som arbeidsarena	20
Fortiden som virksom i nåtiden.....	21
Det gyldne triangel	22
Innlevelse og refleksjon	24
Pålitelighet og tillit.....	25
Rom for det som er.....	25
Empati med det motsetningsfylte og utålelige	26
Lukkende og åpnende krefter.....	28
Referanseliste	31

Innledning

Dette HiO-notatet er skrevet som pensum til Videreutdanning i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Oslo (TVIP). Hensikten er å bidra til gi begrepet relasjonskompetanse et innhold. Begrepet har en sentral plass i Rammeplan og fagplan for utdanningen.

En forståelse vil alltid innebære at man velger *perspektiv*. Med det menes at enkelte aspekter belyses mens andre blir liggende i skyggen. Først ved å trekke inn flere perspektiver vil man kunne nærme seg en helhetlig forståelse. Derfor har jeg som undertittel: *Biter til et puslespill*.

Dette notatet gir et innblikk i to perspektiver på relasjonskompetanse: Et humanistisk og et psykodynamisk. Det humanistiske perspektiv vektlegger grunnverdier som respekt og likeverd, mens det psykodynamiske vektlegger relasjonelle fenomener av mer psykologisk art. I det enkelte menneskets væremåte inngår humanistiske og psykodynamiske fenomener i komplekse samspill.

Det psykodynamiske syn springer ut av en terapeutisk tradisjon, og har som kjernepunkt at menneskets psyke dannes i relasjon til betydningsfulle andre. Relasjonelle erfaringer fortolkes og internaliseres og danner et indre scenarium av følelsesladde temaer og forholdelsesmåter. Forstyrrelser i disse prosessene spiller en vesentlig rolle i utviklingen av psykiske problemer i følge en slik tenkemåte.

Det humanistiske perspektivet inneholder i utgangspunktet ikke noe begrep om det ubevisste eller andre dybdepsykologiske fenomener. Det har imidlertid inspirert flere terapeuter til å utvikle en humanistisk psykologisk tenkning som er forankret i humanismens kjerneverdier. Jeg kommer i det videre ikke til å gå inn i denne tradisjonen, men kan bare nevne at Carl Rogers og Victor Frankl er sentrale bidragsytere. På hver sin måte gir de begreper som *mening*, *autonomi* og *respekt* en psykologisk og terapeutisk spesifisering.

Samtidig som de to nevnte perspektivene utfyller hverandre, bør de også suppleres av andre perspektiver.

Jeg har valgt å formulere egne erfaringer i jeg-form og bruke eksempler fra egen praksis, både som faglært og ufaglært hjelper. På denne måten ønsker jeg å inspirere studentene til tenke rundt egne erfaringer. Samme hvor ubetydelig vår egen rolle har vært, og hvor "tilfeldig" erfaringen kan se ut, kan den gi oss innsikt. Evnen til tenke rundt sin egne erfaringer - og ikke minst sin egen *væremåte* - er etter mitt syn kjernepunktet i relasjonskompetanse.

Rent språklig vil benevnelser som klient, bruker og pasient regnes som synonymer i denne sammenheng.

Jeg vil gå inn i rammeplan og fagplan for TVIP (gjeldende for studieåret 04/05), og se hva disse forteller om relasjonskompetanse. Videre belyser jeg fenomenet relasjonskompetanse inspirert av ulike tenkere og egen erfaring. Jeg har først og fremst arbeidet med mennesker med alvorlige og langvarige lidelser. Mitt syn på relasjonskompetanse vil derfor være farget av arbeid med mennesker hvor bedringen går langsomt og over mange år.

Rammeplanen om relasjonskompetanse.

I dette kapitlet vil jeg konsentrere meg om hva vi finner om relasjonskompetanse og beslektede fenomener i rammeplanen for TVIP. Under psykososial fordypning delemne 2A står blant annet følgende:

”Relasjonen som basis for omsorg, hjelp og behandling i utøvelse av psykisk helsearbeid.” (s.17)

Ordet basis betyr både fundament og utgangspunkt, noe som innebærer at relasjonskompetanse utgjør selve grunnlaget for å være til hjelp. Selve hjelpen består i omsorg, behandling og ulike tiltak basert på brukerens medvirkning, slik det også står i rammeplanen. Å la brukeren *medvirke* på den måten at han faktisk *kjenner igjen* sine egne ønsker i det arbeide vi som hjelpere gjør, blir et sentralt moment i relasjonskompetansen.

Når relasjonen skal forstås som noe vi *bygger på og tar utgangspunkt i* forutsetter det at vi gjør denne basisen til vår egen. Siden vår profesjon er å bidra til *psykisk helse*, betyr det altså at selve *helsehjelpen* er fundert i relasjonen til den som hjelpes. Da må man spørre seg; hvilke aspekter ved fenomenet *relasjon* er det som særlig er viktige, og på hvilken måte utgjør disse en kompetanse?

En måte å besvare dette på er å legge vekt på *brukerens* opplevelse av relasjonen. Jeg tenker meg at relasjonskompetanse innebærer at brukeren har et knippe relativt stabile opplevelser av hjelperen. Han føler at hjelperen:

- vil ham vel
- anerkjenner og respekterer hans person
- lytter og forsøker å forstå
- i psykisk forstand prøver å beskytte ham mot indre og ytre destruktivitet.

Den som får til å skape et slikt klima - *over tid*, har langt på vei tilegnet seg relasjonskompetanse i den forstand at han har skapt et godartet "arbeidsklima". Samtidig vil disse positivt ladete opplevelsene variere - og for en del brukere være fraværende - *selv om* hjelperen "objektivt sett" ivaretar de fire punktene over. Dette henger sammen med at relasjonskompetanse i forhold til mennesker med psykisk lidelse krever *noe mer* enn evnen til å danne en god relasjon i og for seg. Det handler nemlig om å håndtere alle de fenomenene som *truer* den gode relasjonen.

Disse kan komme fra mange kilder; både fra brukerens og hjelperens følelsesmessige og relasjonelle "make-up", og fra rammene for arbeidet. Rammefaktorer som tidspress, endringer, økonomi, transport og mye annet kan påvirke hjelperelasjonen både på negative og positive måter. I det følgende vil jeg ikke gå inn i slike rammefaktorer, men bare understreke at de har stor innflytelse på det som kan synes "rent" mellommenneskelig.

Ut fra et psykodynamisk perspektiv vil ulike typer psykisk lidelse ha *forstyrrelser* i relasjonen til andre som et av flere sentrale kjennetegn. Slike kjennetegn finner vi også i diagnosesystemene (ICD 10). I psykoterapilitteraturen har vi en mengde eksempler på pasienter som har relasjonsproblemer som sin grunnleggende lidelse. Vi kan nevne et par eksempler:

Anders forteller hvordan han kjenner seg som i en "glassklokke", selv om hjelperen oppfyller alle kriterier på "den gode relasjonen". Anders kjenner seg utestengt fra fellesskap med andre mennesker. Det er som en usynlig vegg mellom ham og omverdenen. Han kjenner en stor og uovervinnelig ensomhet, og det er denne han søker hjelp for. (Guntrip 1983)

Jonas har det annerledes. Han føler han har kontakt - men ikke på noen god måte. Det kjennes som om hjelperen er grunnleggende fiendtlig og kritisk innstilt til selve hans person og eksistens, til tross for at også denne hjelperen har en godartet holdning. Til forskjell fra Anders kjenner Jonas seg "i relasjon", men denne har en fiendtlig grunntone som alt hjelperen er og sier fortolkes i lys av.

At mange pasienter har slike og lignende opplevelser og fortolkninger av relasjonen til hjelperen og hjelperens *intensjoner* er noe som gjør psykisk helsearbeid ekstra vanskelig. Dette er også psykologen Bjørn Killingmos poeng når han sier at hjelperer som blir betydningsfulle for brukerne *alltid også* vil bli oppfattet som "en potensiell

trusel” (1999). En trusel om retraumatisering i form av invadering, krenkelse, devaluering eller andre typer ”slag” mot pasientens selvfølelse. Relasjonskompetanse forutsetter derfor at man utvikler en evne til å identifisere slike fenomener – *både fra en selv og brukeren* – og håndtere dem på en måte som gjenetablerer pasientens opplevelse av at du dypest sett vil ham vel.

I *Fokus på klinisk kommunikasjon via refleksjon, øvelse og teori* (2004) skriver Anne Skumsnes at brukere kan være preget av ”fiendtlighet, lukkethet og forvirring” i en kommunikasjonssituasjon. Dette peker mot akkurat det samme poenget: Vår godartethet avføder ikke nødvendigvis åpenhet og tillit fra brukerne.

Vi skal alltid gå inn for å ha en godartet grunnholdning. Uten den kan vi melde pass. Men vi må *samtidig* ha en forståelse av hvordan pasientens indre verden av *destruktive erfaringer* iscenesettes nettopp i hjelperelasjonen. Denne iscenesettingen, som ofte kalles overføring, truer med å bryte ned det godartete i relasjonen på mange ulike måter. Relasjonskompetanse handler derfor om å *ikke* la denne nedbrytingen skje: Å reparere det emosjonelle klima når det blir fortegnet for pasienten, for dermed å gjenetablere pasientens grunnleggende opplevelse av at vi vil ham vel.

På lignende måte kan våre egne destruktive relasjonserfaringer iscenesettes i en hvilken som helst relasjon, også i forhold til brukere. Vi er i maktposisjoner i mange ulike betydninger; vi råder over tid og ressurser, vi kan definere følelser osv. For å bruke makt positivt trenger vi hjelp til å skille ”snørr og barter” i eget følelsesliv så det ikke får en nedbrytende effekt.

Kreativ situasjonskompetanse

Under delemne 2B, som bærer navnet relasjonskompetanse i Rammeplanen, står blant annet følgende spesifisering av hvordan relasjonskompetanse *også* skal forstås:

”Studentene skal utvikle sin kreativitet og sin evne til å forholde seg fleksibelt og dynamisk i ulike situasjoner. De skal utvikle intuisjon og evne til å oppfatte og forstå hva brukere opplever, oppfatter og forstår. Studentene skal utfordres til å bruke seg selv i samhandling med brukere. Det krever bevissthet på egne behov og grenser, så vel som brukernes.” (s.17)

Å være kreativ, fleksibel og dynamisk i ulike situasjoner er en del av kompetansen, og skal derfor også prege utøvelsen. Denne kompetansen har en åpen karakter. Kanskje kan vi benevne den ”carpe diem – grip dagen” – evnen til å gripe det som oppstår og

anvende det i en terapeutisk hensikt. Vi kan også kalle det en *kreativ situasjonskompetanse*, og spesifisere den som følger:

- Evnen til å stille seg åpen
- Evnen til å bruke det som kommer fram.
- Evnen til å forholde seg til at en situasjon i prinsipiell forstand alltid er ny og enestående; at man kanskje må endre oppfatning og tilnærming etter hvert som situasjonen utvikler seg.

Som 19-åring jobbet jeg som vaskehjelp på Radiumhospitalet. Da pleierne gikk ut av rommet, gikk jeg inn med moppen min. Kanskje kjentes det uforpliktende og ufarlig å snakke til meg, for jeg var forundret over hvor mange som betrodde seg til meg mens jeg gikk rundt og moppet. En dag fortalte en døende kvinne i 40-årsalderen at hun aldri skulle giftet seg med mannen sin. Hun mente at hun hadde fått kreft på grunn av samlivet med ham.

Jeg følte sterkt at hun trengte hjelp til å bearbeide sin livshistorie før hun døde, uavhengig av faktiske årsakssammenhenger.

Som student og senere psykolog har jeg tenkt mye på dette eksemplet. Hadde jeg hatt en pleie- eller samtalefunksjon ville møte med de kreftrammede på Radiumhospitalet krevd alle de egenskapene rammeplanen etterlyser i sitatet ovenfor: Kreativitet, fleksibilitet og dynamikk. Pasientenes historier handlet ofte om sammenhengen mellom kreft og relasjoner, slik de selv fortolket denne sammenhengen. Den kunne være riktig eller gal, objektivt sett, men utgjorde pasientenes oppfattelse av kjerneforhold i sitt eget liv. Til slike kjerneforhold knytter det seg en stor krenkbarhet, og da blir kravene til fleksibilitet og dynamikk ekstra stor. Dersom vi tviholder på en bestemt forståelse eller en bestemt tilnærming, vil vi risikere å legge sten til byrden i stedet for å hjelpe. Anerkjennelse og respekt er første bud i møte med slike historier.

Rammeplanen stiller videre krav til studentens evne til å oppfatte hvordan brukerne har det, og oppfordrer studentene til å *bruke seg selv* i samhandling med brukerne. Dette punktet kan vi kalle: ”meg selv som instrument”. I et leksikon finner vi følgende definisjon av instrument som jeg synes det er verdt å se nærmere på:

”.. redskap til et bestemt formål,... til målinger eller til å vise tilstanden hos noe, ofte sammensatt og fint bygd for å kunne virke med stor nøyaktighet.” (Aschehoug og Gyldendal Store Norske Leksikon 1979)

Det er særlig tre momenter i denne definisjonen som er av interesse:

1. virke med stor nøyaktighet (utviklingen av oss selv som hjelpere)
2. måle (kunne oppfatte hvordan brukerne har det, hva de opplever osv)
3. reparere (yte omsorg, hjelp og behandling)

Det er få yrker hvor vi i så stor grad kastes tilbake på oss selv som instrumenter, som i psykisk helsearbeid. Vi har ikke stort annet enn oss selv å spille på; vår forståelse, vår innlevelse, våre tanker, våre utsagn, våre holdninger, våre handlinger og vår væremåte. Det meste står og faller på hvordan vi utvikler og stemmer vårt instrument. Det er skremmende og spennende.

Fagplanen om relasjonskompetanse

Fagplanen er det enkelte læresteds fortolkning og spesifisering av rammeplanen. La oss derfor gå til fagplanens omtale av psykososial fordypning og se hva som der står om *relasjonskompetanse*:

”I psykososialt arbeid står det å etablere, vedlikeholde og avslutte relasjoner sentralt. Relasjonsarbeidet må bygge på respekt, varme, innlevelse og ekthet.” (Studiehåndbok 2004-2005, s.23)

Også i beskrivelsen av fordypning i sykepleie vektlegges disse trekkene ved relasjonskompetanse.

Fagplanen gjentar også rammeplanens understrekning av at relasjonen utgjør *basis* for hjelpearbeidet, og under psykososial fordypning finner vi en definisjon av hva vi kan forstå med relasjonskompetanse:

”Studenten skal videreutvikle sin relasjonskompetanse. Med dette menes: Å kunne etablere, opprettholde og avslutte en relasjon, å kunne analysere og bearbeide egne bidrag til relasjonen og ha evne til å tåle vanskelige følelser og reaksjoner hos brukerne og hos seg selv. I tillegg inngår evne til å vedlikeholde en allianse.” (op.cit.s.24.)

Vi kan sette opp setningene i definisjonen som punkter, og gå inn hver av punktene etter tur:

1. Etablere og opprettholde en relasjon
2. Avslutte relasjonen
3. Analysere egne bidrag
4. Tåle vanskelige følelser
5. Vedlikeholde en allianse

1. Etablere og opprettholde en relasjon

Å kunne etablere og opprettholde en relasjon er forutsetningen for det vi kaller *allianse*. At pasienten opplever at vi er hans *allierte* i sitt arbeid med vanskelige følelser og sosiale sammenhenger. En allianse er skjør og kan lett bryte. Mye i pasientens problematikk kan motarbeide alliansen. Han kan for eksempel føle at du svikter selv om du er pålitelig, eller at du krenker selv om du er godartet og ivaretagende. Slike følelser vil lett få pasienten til å føle at *du ikke er alliert med ham*, selv om din egen opplevelse av allianse er intakt.

Det er noe av grunnen til at fagplanen legger vekt på å *opprettholde* en relasjon. Det er ikke nok å etablere en god forbindelse. Opprettholdelsen er det springende punkt. Alliansen må pleies og repareres, grunnlaget for tillit og åpenhet må stadig gjenetableres og gjøres sterkere. Siden pasientens relasjonsskade ofte vil motarbeide alliansen, hviler dette ansvaret ensidig på hjelperen.

Selvpsykologien (fellespensum) har sin egen forståelse av hva det vil si å opprettholde relasjonen. Om dette skriver Kohut (1990), gjengitt med mine ord:

Uansett hvor empatiske vi er, vil styrken og det absolutte i pasientens krav og behov føre til at vi som hjelpere oppleves å svikte. Pasienten vil ofte føle at han ikke blir forstått og tatt hensyn til, selv om vi opptrer helt normalt og måten vi er på i og for seg ikke kan forstås som svikt. Det handler altså om en *opplevd svikt* fra pasientens side, som kalles selvobjektsvikt i selvpsykologien. En slik svikt kan føre til at alliansen trues, og i verste fall at relasjonen brytes. Vår oppgave blir da å reparere svikten ved å erkjenne at det ble galt for pasienten. Det handler også om å bekrefte pasientens opplevelse av å bli misforstått, ikke bli tatt hensyn til eller hva det måtte handle om, *selv om* vi synes pasientens reaksjon er helt ute av proporsjon. ”Reaksjoner ute av

proporsjon” - som stadig gjentar seg - er ett av mange uttrykk for psykopatologi, og må håndteres med empati.

2. Avslutte relasjonen

Å avslutte en relasjon nevnes også som eget punkt. Et hjelpeforhold er så og si alltid midlertidig selv om det kan vare i mange år. En bruker som trenger livslang hjelp og støtte vil som regel ha flere ulike hjelpere som er der noen måneder eller år av gangen. Det er viktig at hjelperen helt fra begynnelsen har klart for seg at denne relasjonen skal avsluttes, og at hjelperen ideelt sett skal overflødiggjøre seg selv som en effekt av den hjelpen som gis. Min erfaring som støttekontakt lærte meg noe om dette:

Jeg var ufaglært og støttekontakt for en enslig mor med to barn. Sønnen på fem brukte fortsatt bleier og mor hadde i tillegg en baby og var veldig isolert. Min oppgave var å oppmuntre mor til å bygge nettverk med naboene. Jeg var hjemme hos henne ti timer i uken under veiledning av en barnevernspedagog, men visste ingenting om nettverksbygging som metode.

Etter et halvt år hadde ingen forandring skjedd. Barnevernspedagogen og jeg hadde en samtale med mor hvor det kom fram at hun var redd for å miste meg. Hun ville ikke forsøke å bli kjent med andre, for det var så hyggelig at jeg kom.

Moren i dette eksemplet hadde mye å miste: En hyggelig og trofast ”venninne” som satt i sofaen hennes flere ganger i uken. Der satt det stort sett ingen andre. Jeg hadde alltid mor og hennes livssituasjon i fokus, og var alltid villig til å snakke om det hun var opptatt av. Det var ingen konkurranse om oppmerksomhet, ingen krav til gjensidighet. Siden mor var isolert og hadde svak kontaktevne, var det maktpåliggende å holde på meg. Da gjaldt det å ikke fremvise noen bedring.

Det er viktig å ta på alvor at mange brukere har store problemer med å skape et nettverk, og derfor vanskelig med å erstatte profesjonelle relasjoner med private. Gjensidighet – som er nøkkelen til vennskap - kan være vanskelig og for noen uoppnåelig. Den profesjonelle hjelperen er (ideelt sett) empatisk, lydhør, tålmodig og varm - noe man ikke kan forvente at naboen er. Hvem vil kvitte seg med en slik ”venn”. Det er som Elling sier i filmen med samme navn, om enn noe lakonisk: ”Det er fint med gode venner i Oslo kommune”.

Det går an å ta opp at tiden er begrenset, og bli enige om hva man skal jobbe med innen den rammen som er gitt. Det er også viktig å ha et fokus og jobbe metodisk med det fokuset. Dermed kan man prøve å forhindre det ”vennskapsaktige” som kan motvirke bedring. Vår *holdning* av empati og varme kan være den samme, selv om man arbeider mot en avslutning. Ofte vil det være nødvendig med andre typer hjelp i fortsettelsen.

3. Analysere egne bidrag

At det er viktig ”å kunne analyserer og bearbeide egne bidrag til relasjonen” (slik fagplanen skriver) bygger på forutsetningen om at det ikke er gitt at hjelperens bidrag bare er byggende og konstruktive. Dine bidrag kan både bygge opp og bryte ned relasjonen. Du er ikke automatisk relasjonbygger bare fordi du er i hjelperposisjon. Av og til er det tvert imot: kanskje er det relasjonsproblemer som har brakt deg i en slik posisjon. Noe du ønsker å unngå i eget liv, noe du ubevisst forsøker å plassere hos en svakere part, nemlig pasienten. Psykisk helsearbeid er ypperlig egnet til å deponere uønskete, uerkjente og uintegreerte deler av hjelperens eget selv og følelser over i pasienter. Klarer man ikke å avsløre slik virksomhet hos seg selv, og søke hjelp for det, vil man fungere grenseoverskridende, forvirrende og nedbrytende. Pasienten vil ofte ikke forstå hva som foregår, men lide og kanskje bli verre.

Løvlie Schibbye sier det på følgende måte:

”Mye tyder på at den største utfordring vi har i hjelperollen er å overskue og ta hensyn til vårt eget ”relasjonelle bidrag”, både til prosesser som fører til smerte, stagnasjon og fortvilelse, og til positiv vekst for våre klienter. For å kunne se, forstå og dypest sett hjelpe den andre må vi ha oversikt over oss selv, dvs. være reflekterte.” (1998, s163)

Å få ”oversikt over seg selv” handler om å ha et åpent og undersøkende forhold til sine egne tanker, følelser og væremåter. En særlig viktig og virksom del av vårt relasjonelle bidrag er våre motoverføringsreaksjoner. Med motoverføringsreaksjoner mener vi alle typer følelser som oppstår i oss som *en reaksjon* på brukerens væremåte i relasjonen. Når disse er ubevisste for oss selv vil de kunne virke forstyrrende inn. Men dersom vi bevisstgjør oss reaksjoner og følelser, kan de brukes som informasjon, både om brukeren og om oss selv. Å få tak i disse, identifisere hva som foregår og ikke agere det ut, er det aller viktigste i ”vårt relasjonelle bidrag”.

Samtidig vil en slik ”oversikt over seg selv” bare være mulig et stykke på vei. Vår psyke er dynamisk sammensatt av lukkende og åpnende krefter som regulerer vår mulighet for selvinnsikt. Ved å ha en undersøkende holdning kan vi alliere oss med de

åpnende kreftene i vårt eget indre, men vi må også være klar over at de lukkende kreftene likevel er virksomme. Å bli kjent med de lukkende kreftene er derfor den største utfordringen: Der jeg ubevisst og ofte uten at jeg merker det lukker til for en uønsket innsikt.

Når det er så vanskelig å bli ordentlig kjent med seg selv, er det fordi det vekker vanskelige følelser. Men kanskje aller mest fordi det forutsetter en *pågående korreksjon av selvbilde*. Å korrigere sitt selvbilde er noe av det vanskeligste mennesker gjør. La oss si jeg oppfatter meg selv som tålmodig og varm, og så oppleves jeg som utålmodig og litt kjølig. Hjelp! Hvordan skal jeg integrere det i selvbilde uten at hele min oppfatning av meg selv faller sammen. Det er ikke lett, men likevel avgjørende.

4. Tåle vanskelige følelser

Å "ha evne til å tåle vanskelige følelser hos brukeren og hos seg selv", som også inngår i vår definisjon av relasjonskompetanse, har å gjøre med flere forhold. Å arbeide med *brukere over tid* skaper ofte vanskelige følelser i perioder. Vi kan bli sinte, møkk lei, irritert, føle oss brukt osv. Brukeren på sin side rommer mange u håndterlige følelser som en del av sin lidelse. Mange har også vanskelige reaksjoner som er *sekundære* til selve lidelsen, og som handler om møte med samfunnet, behandlingshistorie osv. Til sammen utgjør disse slik jeg ser det, brukernes *psykososiale lidelse*.

Som hjelpere må vi takle både brukernes og våre egne følelser og reaksjoner på en profesjonell måte. Med profesjonell menes at vi takler det på en måte som gjør at vi fortsatt kan være til hjelp. Selv om vi ikke arbeider i individualterapi, kan noen av begrepene herfra være til nytte. Særlig gjelder det begreper som "containing" (Bion) og "holding" (Winnicott). Dette handler om evnen til å romme følelser, både egne og andres, på en bearbeidende måte. Ordet "bearbeidende" er her helt avgjørende. Med det menes at vi gjør et indre arbeid med de følelsene vi utsettes for. Å bli utsatt for vanskelige følelser - som for eksempel aggresjon - *uten å gjøre et indre arbeid* er ikke containing. Vi skal ikke være en søppelbøtte for alt mulig. Jeg har sett flere eksempler på miljøarbeidere som lar seg skjelle ut eller trække på, og som dermed mener de har containet noe vesentlig. Kanskje har de det, men i så fall skal det arbeidet de gjør med det projiserte stoffet - på sikt - forandre noe for pasienten. Det er det som kalles "avgiftning" og som er formålet med å tåle og bære på denne måten. Vi gir noe tilbake i en integrerbar form.

Begreper som "holding" og "containing" er inspirert av foreldres væremåte overfor små barn. Som foreldre tåler vi urimelige reaksjoner og raseriutbrudd fra treåringen uten å bli like rasende og urimelige tilbake. Vi setter grenser for utagering og angrep, men vi beholder en ro og en godartethet som etter hvert mildner barnets reaksjoner. Kanskje sier vi også noe som tar brodden fra raseriet, og "avgifter" det. Hensikten med dette er at barnet etter hvert skal bli i stand til å takle sine reaksjoner uten alltid å agere dem helt ut. Dette er ensbetydende med "containing."

Begrepet "følelsesbevissthet" (Monsen 1991) er også relevant i denne sammenheng. Med følelsesbevissthet menes blant annet evnen til å kunne romme følelser lenge nok til å hente ut informasjonen av dem. Hvis vi umiddelbart agerer vanskelige følelser ut, eller fortrenger dem, vil vi ikke få sjansen til å finne ut hva følelsen forteller oss. En følelse har alltid et budskap: Den vil fortelle oss noe om oss selv, om vårt forhold til andre mennesker, eller om andre menneskers forhold til oss. Står vi i en hjelperelasjon til en bruker over tid, vil våre følelser også kunne fortelle oss noe om brukeren *forhold til seg selv*. Her er det mye som skal identifiseres og skilles fra hverandre. Det kan lett bli uklare grenser når det gjelder hvilke følelser som tilhører hvem og sier hva om hvem. Her må vi alltid være ydmyke og huske at vi kan ta grundig feil. Derfor er det viktig at slik følelsessortering skjer under veiledning.

Å tåle vanskelige følelser hos seg selv, og å tåle vanskelige følelser hos andre er to ulike ting, selv om de er nøye forbundet. Hvis vi ikke tåler oss selv vil vi ha vanskelig for å tåle andre. Følelser som gjør livet vanskelig for en, som er en del av en psykisk lidelse, har gjerne en *stabilitet*: De er der over tid, og vil utspille seg om og om igjen. Det er ikke nok å *få ut* aggresjon, fortvilelse eller hva det måtte handle om. Ofte vender følelsene tilbake, tilsynelatende uten at det har skjedd noen endring.

At vanskelige følelser har en *stabilitet* henger sammen med at de skyldes erfaringer som er nedfelt i psyken i form av spor. Spor etter det som ble galt og skadelig. Sporene kan for eksempel ha sitt opphav i tidlige krenkelser, i invadering av livsrom, i fravær av omsorg, i vanskelige blandinger av kjærlighet og misbruk og i utallige andre erfaringer som i større eller mindre grad skader psykens utvikling. Slike spor genererer hele tiden vanskelige følelser, inntil de eventuelt blir bearbeidet og endrer karakter.

5. Vedlikeholde en allianse

”Evnen til å vedlikeholde en allianse” er allerede nevnt under evnen til å opprettholde en relasjon, men det er viktig å merke seg at ”relasjon” og ”allianse” ikke er synonymer. En allianse handler om at hjelperen og pasienten er alliert i kampen *mot* det destruktive og *for* det helsefremmende og byggende i pasientens liv. At pasienten, ofte nok og stabilt nok til at det ikke brister, *opplever* at vi er allierte, er nødvendig for at alliansen skal fungere. Allianse er en *kvalitet* ved relasjonen, den utgjør ikke relasjonen som sådan.

Alliansen skal som tidligere nevnt vedlikeholdes, og den trues stadig. Ikke bare av pasienten, men også av hjelperens egne motoverføringsreaksjoner og slitasje. En kvinnelig psykiater fortalte engang at hun kjente seg ”stråleskadd” etter tyve års negativ utstråling fra alvorlig skadde pasienter. Hun orket ikke mer. Samtidig trodde hun at det hun hadde *tålt* hadde vært viktig for pasienten. Men for *henne* var det nok.

Jeg har nå prøvd å utlegge de ulike elementene i fagplanens definisjon av relasjonskompetanse, slik jeg fortolker den. Når vi arbeider med disse elementene oppøver vi *kompetanse*. Dette er en prosess uten ende, og må oppleves inspirerende oppi alt slitet - hvis vi skal holde ut.

Spørsmål til refleksjon over egen relasjonskompetanse i lys av fagplanen

Det er ingen fasitsvar på disse spørsmålene, men kanskje kan de brukes til refleksjon rundt relasjonskompetanse.

- ✓ Hvordan vil du gå fram for å etablere en relasjon til en du skal hjelpe?
- ✓ Hva er det ved din væremåte og det du sier som særlig er med å *etablere* relasjonen.
- ✓ Kan du tenke deg at du kan si og gjøre ting som spolerer denne prosessen?
- ✓ Når er det nødvendig å arbeide for å *opprettholde* relasjonen?
- ✓ Kan du gi et eksempel fra din arbeidserfaring hvor du måtte gå inn for å opprettholde en hjelperelasjon som var i ferd med å breste? Hvordan gikk du fram?

- ✓ Hvordan vil du tematisere avslutningen i et tidsbegrenset hjelpeforhold? Tenk igjennom dine egne erfaringer.
- ✓ Hva vil det si å analysere egne bidrag til relasjonen? Hvorfor er det nødvendig å bearbeide slike bidrag?
- ✓ Hvorfor er det viktig å tåle vanskelige følelser i psykisk helsearbeid? Hva er forskjellen på å tåle vanskelige følelser hos seg selv og å tåle vanskelige følelser hos en annen?
- ✓ Hvilke typer følelser er det som særlig kan være ”utålelige”?
- ✓ Skal vi egentlig tåle så mye? Bør vi ikke heller sette grenser for det utålelige?
- ✓ Hva kjennetegner en allianse? Hvorfor er det nødvendig å ha en allianse for å arbeide med psykisk lidelse? Hva er viktig for å vedlikeholde en allianse?

En metodisk bevissthet

Som psykisk helsearbeidere er det avgjørende å oppøve en *metodisk bevissthet*. Med det menes en bevissthet om at mitt nærvær skal bevirke en forskjell i den andres liv. Den forskjellen kan bestå i nesten hva som helst, men den skal ha et positivt fortegn. Hva som er positivt kan være veldig individuelt, og opptil den enkelte bruker. Det kan være en økt stabilitet, eller en økt bevegelighet. Det kan være hjelp til å bli der man er eller et puff til å flytte på seg. Det kan være mindre angst eller en større evne til å tåle den angsten man faktisk rommer. Jeg må bli klar over hva det er ved mitt nærvær, min måte å være på, hva jeg sier og gjør som kan skape en slik positiv forskjell, og hva forskjellen består i. Marit Borg (2003) beskriver også det store spillerom man har av relasjonelle virkemidler når man har brukernes bedringsprosesser klart i mente.

Jo større grad av metodisk bevissthet vi har, jo friere er vi til å velge hvordan vi vil være, hva vi skal si og eventuelt gjøre. Det meste av arbeidet vårt handler om hva vi sier, og hvordan vi er. Hva vi tåler og bærer og på hvilken måte vi gjør det. Sagt på en annen måte handler en metodisk bevissthet om hvordan jeg virker og hva ved meg som er virksomt overfor den andre. Det må også handle om hva ved meg som kanskje motarbeider mitt forsett, som intervensjoner med mine egne gode intensjoner. Det er viktig å ha et avslappet, undersøkende og bevisst forhold til det negative ved sin egen person. Og akseptere at det hefter noe negativt ved oss alle, og når vi bruker oss selv som instrument så vil dette uvegerlig spille med. Jo mindre bevisst vi er det, jo verre vil

det virke. Det som er ubevisst virker desto sterkere, nettopp i kraft av sin ubevisste, og dermed uerkjente, status. Hvis det er konflikt mellom det ubevisste og bevisste i ens egen motivasjon, vil den ubevisste motivasjonen nesten uten unntak overstyre den bevisste. Det som jeg her kaller ubevisst motivasjon er langt på vei det samme som Aadland kaller "skjulte verdier" (1998)

Som miljøarbeider var jeg med å hjelpe en pasient ut i egen leilighet. Pasienten fikk anledning til å kjøpe en treroms leilighet rimelig, mens jeg selv bare hadde en ettroms leilighet. Jeg begynte umiddelbart å argumentere for at det vel var nok med *to rom*. Det ville bli for mye for pasienten å holde orden på, mente jeg.

Heldigvis tok jeg meg raskt i denne reaksjonen, og klarte å identifisere den som min egen misunnelse. Det kan ta litt tid å identifisere slike reaksjoner, og de virker da ubevisst (så lenge) og motarbeider våre gode forsetter. Det er ingen sak å bygge faglige argumenter rundt slike ubevisste reaksjoner og følelser, og vår faglige argumentasjon fungerer da som en rasjonalisering. Med rasjonalisering mener vi en rasjonell overbygning (her: "for mye å holde orden på") over en irrasjonell reaksjon (misunnelse).

Å undersøke våre motiver er altså viktig. Å undersøke *brukernes* motiver kan imidlertid lett virke krenkende, og vi skal ha respekt for det Løgstrup kaller "urørlighetssonen" (Løgstrup 1982 i Vetlesen 1996). Skjulte motiver tilhører denne sonen, og vår egen urørlighetssone står vi fritt til å utforske. Dersom vi skal uttale oss om andres skjulte motiver må vi etter Løgstrups mening ha deres ettertrykkelige godkjenning.¹

Siden det som er positivt for pasientene kan variere veldig, må vi forsøke å få tak i noen fellesnevnerer for hva vi som psykisk helsearbeidere skal utrette. Hva er det vi alltid må inkludere i vår utøvelse? Hvilke holdninger må vi alltid etterstrebe? Hva er det ved relasjonen til den andre vi alltid må ta hensyn til - hvis vi overhodet skal være i stand til å bevirke en positiv forskjell i brukerens liv.

¹ I psykodynamisk terapi kan terapeuten tolke pasientens skjulte motiver. Men da fungerer konteksten (at pasienten velger gå i terapi) som en godkjenning for en slik tolkningspraksis, og pasienten står fritt til å forkaste enhver tolkning.

Å fjerne hindringene for den andres livsutfoldelse

For etikeren Løgstrup (1956) er en hovedambisjon i arbeid med mennesker å ”fjerne hindringene for den andres livsutfoldelse”. Dette kan lyde veldig ambisiøst, men det gjelder å begynne idet små.

For en rullestolsbruker består hindringene i terskler og trapper. For en som er bruker av psykisk helsevern kan hindringene være usynlige. De kan bestå av smertefulle følelser, av et stemningsleie som suger all kraft, av lammende angst eller av symptomer som binder all oppmerksomhet.

De kan også være av mer utvendig art som for eksempel en lite tilfredsstillende bosituasjon, fravær av nettverk, institusjonalisering osv. Ofte er hindringene både av innvendig og utvendig art, både i den enkeltes psyke og i utvendige forhold . Det psykiske og det sosiale samvirker og er innvevd i hverandre, derav uttrykket ”psykososial”.

Vi kan ikke uten videre fjerne slike hindringer, men vi kan hjelpe brukerne i å identifisere dem, og ikke minst: Å identifisere *åpninger*. Hvor er det frisk luft, hvor er det mulighet for utvidelse – i brukerens liv. Vi skal være alliansepartnere i brukerens kamp for egen livsutfoldelse – med respekt for autonomi og det privat rom. For mange pasienter kan kampen for livsutfoldelse og livsrom fortone seg *defensiv*. Alle kreftene brukes på å *opprettholde* et minimum av livsrom, autonomi og identitet. Å skape nytt rom og nye muligheter kjennes veldig fjernt. Det kan være en med schizofreni som er på døgnkontinuerlig vakt mot invaderende og destruktive stemmer. Det kan også være alvorlig deprimert hvis ønske om å dø er den eneste tanke han kan konsentrere seg om. Hvorvidt vi kan være til hjelp avhenger av vår evne til å utforske brukerens muligheter, anerkjenne hans egne bestrebelser og bistå ham på en profesjonell og medmenneskelig måte.

Ut fra en aristotelisk tankegang er menneskelivets mening og mål å utfolde sine iboende muligheter, sitt potensiale. Aristoteles ser på alt liv som styrt av iboende muligheter, og den enkeltes historie som en utfoldelse av disse. De fleste vil oppleve en realisering av egne muligheter som dypt meningsfylt. Alvorlig og kronisk sykdom vil ofte ramme denne muligheten. Mye kan forbli urealisert og skape bitterhet og tilleggssmerte. Dermed blir også selve målet og meningen med livet rammet og affisert av lidelsen. Det blir en ekstra utfordring å forsøke å skape mening i det som fortone seg meningsløst, samtidig som man forstår og anerkjenner de tap pasientene har lidd og kanskje kommer til å lide hele livet. Tapet av vitale deler av seg selv.

Psykisk lidelse og psykodynamikk

Det finns mange definisjoner av psykisk lidelse og jeg skal ikke gjenta dem her. Jeg har lyst til å holde fast i et par hovedkomponenter i denne sammenheng, nemlig *lidelse* og *psykodynamikk*. Lidelsen sitter i det apparatet vi føler, opplever og tenker med, og er som regel ledsaget av *psykisk smerte*.

Å holde fast i at det handler om *lidelse* gjør det lettere å vedlikeholde en godartet holdning preget av empati. Kohut snakker om empati som den substans selvet næres av. Med det mener han at selvet, for å utvikles normalt, er avhengig av en empatisk innlevelse fra foreldrepersonene. Dette understreker betydningen av empati der vi arbeider med brukere som ut fra en selvpsykologisk tenkemåte har et skadet selv.

I møte med deskriptiv psykiatri og diagnostiske kategorier vekkes lett andre holdninger i oss. Vi kan ta et par eksempler fra ICD 10:

Som et av mange kriterier på en paranoid personlighetsforstyrrelse (F60.0) finner vi for eksempel: "tendens til å bære nag, dvs nekte å tilgi fornærmelser, urett eller forbigåelse." (ICD 10, s.201) I tvangspreget personlighetsforstyrrelse (F60.5) finner vi "urimelig insistering på at andre skal underordne seg hans eller hennes egen måte å utføre aktiviteter på, eller urimelig motvillighet mot å la andre utføre aktiviteter." (s.204)

Dette gir bare et lite innblikk i diagnosesystemenes kriterier, men vi kjenner umiddelbart at vår spontane reaksjon ikke er *empati*. Tvert i mot. Vi har behov for å distansere oss og reagerer kanskje moralsk på slik atferd. En stor svakhet ved den deskriptive psykiatrien og dens kategorisering, slik jeg ser det, er at den nettopp sitter igjen med *atferdsbeskrivelser*. Det er mennesker som *oppfører* seg på bestemte måter, og disse måtene er ikke i første omgang egnet til å vekke empati. Vi blir støtt og provosert – naturlig nok, og reagerer kanskje med motvilje. Det er jo etter alle naturlige målestokker provoserende *atferd*.

Derfor er det så viktig å forstå disse lidelseskategoriene ikke som atferd, men som *psykodynamikk* og som *lidelse*. Mange av kategoriene i ICD 10 er utviklet på bakgrunn av psykodynamisk teori, andre på bakgrunn av annen klinisk forståelse. I utviklingen av de diagnostiske systemene er forståelsen ofret på deskripsjonens alter. Det er et stort

og alvorlig offer slik jeg ser det. Når vi ikke gis mulighet til å forstå hva som ligger *bak* en støtende, provoserende eller uforståelig handling blir reaksjonene moralske eller distanserte. Moralisme og distansering er empatiens naturlige *hovedfiender*.

Om utviklingen av diagnosesystemene skriver psykologen Astrid Bastiansen: ”..diagnosesystemet bygger på kjennetegn som er klart synlige, men som sier lite om de psykologiske prosessene. .. i stigende grad har forskere mistet interessen for sinnets virkemåte.” (2004 s.188,189).

Å være profesjonell innebærer å bearbeide sine spontane reaksjoner på pasienter i lys av den forståelsen man har av ”sinnets virkemåte”. Hvis ikke ender vi som distanserte moralister som gjør vondt verre.

Humanistisk perspektiv på relasjonen

Relasjonsarbeid og relasjonskompetanse må forstås både ut fra et humanistisk og et psykologisk perspektiv. I dette avsnittet skal jeg si litt om det humanistiske perspektivet.

Med humanistisk perspektiv menes at vi vektlegger verdier og holdninger som springer ut av en humanistisk tradisjon. Ord som menneskeverd, likeverd, autonomi og respekt er sentralt. Humanismen er ingen empirisk forskningstradisjon, men en normativ tanketradisjon hvis formål er å fremme humanistiske verdier. Den fremhever sider ved menneske som den ønsker å skape grobunn for, som for eksempel menneskets frihet og autonomi. Slike verdier er ingen selvfølge, men må stadig på nytt kjempes for og vernes om. I et forsøk på å gi humanistiske verdier stabilitet nedfelles de i lovverk, retningslinjer og blant annet i rammeplanen for vår utdanning.

Rammeplanen vår legger vekt på et humanistisk perspektiv som grunnleggende. Den ber oss utdanne kandidater som betrakter brukerne som frie, autonome, likeverdige og unike mennesker, og ikke først og fremst ser dem som diagnostiske kategorier.

Skal et humanistisk perspektiv få noen konsekvenser for vår væremåte overfor brukerne, må vi forsøke å omdanne det til noe som kan prege oss. Vi må kort sagt forsøke å operasjonalisere det, samme hvor teknisk dette ordet måtte lyde.

Som er lite forsøk i den retning har jeg utviklet tre grunnleggende *holdningsregler*. Disse er ment å *fremme* bestemte holdninger hos oss som hjelpere. De er derfor normative og kan for eksempel formuleres i jeg-form. Jeg nevner alle reglene først og går så inn i hver enkelt av dem:

- 1) Jeg skal alltid øke likeverdet mellom meg og brukeren
- 2) Det er tilfeldig at jeg er hjelper og ikke bruker, det kunne like gjerne vært omvendt
- 3) Hvordan vil jeg selv ønske å bli behandlet i denne situasjonen.

1. Jeg skal alltid øke likeverdet mellom meg og brukeren

Ordet "øke" er ikke tilfeldig valgt, men viser til en aktivitet. Det er ikke nok å si at jeg og brukeren *er* likeverdige, for det er så mange krefter som motvirker brukerens likeverd. Både strukturer, diagnoser, stigma, institusjonalisering, kronifisering osv vil aktivt redusere brukerens følelse av verdighet og verdi. Derfor må vi gå inn for å øke likeverdet og bidra til at klientene kjenner seg *mer* verdig, både i sin selvopplevelse og i sin faktiske posisjon i livet.

2. Det er tilfeldig at jeg er hjelper og ikke bruker, det kunne like gjerne vært omvendt.

Det kunne like gjerne vært jeg som satt på den andre siden av bordet og mottok hjelp av klienten. Men omstendighetene og forutsetningene har vært ulike. At jeg er ved god (nok) helse er ikke noe jeg kan rose meg av, og at klienten har det strevsomt er ikke noe jeg kan laste ham for. Det er ingen moralske eller verdimeslige forskjeller mellom min og din psykiske helsesituasjon.

Dette hjelper oss å holde fast i at vi er innvevd i et fellesmenneskelig rom som overskrider den absolutte grensen mellom hjelperen og helsearbeideren, og kan være med å befordre den holdning psykiateren Svein Haugsgjerd etterlyser når han skriver: "Den andre (pasienten) er et menneske som meg – vi er likeverdige og forskjellige.... Forholdet mellom meg og den andre er skjørt. Jeg kan neste dag være den andre....." (1998 s.309)

3. Hvordan ville jeg selv ønsket å bli behandlet i denne situasjonen.

Denne regelen er en følge av de to andre og er ensbetydende med *den gylne regel*: "Du skal alltid gjøre mot andre som du vil at andre skal gjøre mot deg." Mot dette kan man innvende at brukeren kanskje ikke vil bli behandlet slik jeg ville foretrukket. Kanskje vil han bli behandlet helt annerledes og skal ha seg frabedt å bli pådyttet mine preferanser.

Med disse reservasjonene i mente tjener regelen til å *menneskeliggjøre* situasjonen. Den tjener til å motvirke distansering og tingliggjøring. Derfor er det denne

holdningsregelen som er mest beslektet med empatibegrepet. Den representerer empati – ikke først og fremst med hans indre verden – men med hans *situasjon*.

Ved en tvangsinnleggelse kan vi for eksempel spørre oss: Hvordan vil jeg ønske å bli behandlet hvis jeg selv skulle tvangsinnlegges? Hvem skal være tilstede, når på dagen skal det skje, hvordan er det viktig at de er mot meg osv.

Det er særlig viktig å tenke seg inn i situasjoner som er ubehagelige, hvor det er mange premisser vi ikke kan påvirke, slik som en tvangssituasjon. På den måten kan vi få tak i hva slags spillerom vi som hjelpere allikevel har. Hvordan vi håndterer situasjonen og hvordan vi er kan være avgjørende for pasientens videre oppfatning av hjelperne som godartet.

Disse tre holdningsreglene vil - hver for seg og sammen - ivareta verdiene i et humanistisk menneskesyn: Menneskeverd, likeverd, respekt, verdighet, omsorg og autonomi. Å integrere dem i vår *væremåte* krever øvelse og er et livslangt prosjekt.

Relasjonen som arbeidsarena

Et av Freuds sentrale bidrag var at han gjorde selve relasjonen mellom behandler og pasient til en *arbeidsarena* (Monsen 1991). Med det menes at terapeut og klient har relasjonen mellom dem som felles fokus, - som noe de arbeider med å forstå i terapien. Forståelsen retter seg mot *pasientens* bidrag til relasjonen, hennes fortolkning av hva som foregår i det mellommenneskelige rom. Dette handler særlig om det som kalles overføring, dvs. hvordan pasientens indre erfaringsverden former og farger relasjonen. Pasienten kan for eksempel føle at terapeuten ikke vil henne vel, er nedlatende eller devaluerende uten at dette har rot i terapeutens faktiske væremåte.

Når terapeutens personlige følelser og problemer aktiveres i terapisisituasjonen kalles det motoverføring. Disse skal også gjøres til gjenstand for et arbeid, men helt ensidig fra terapeutens side. Det skal ikke påhvile pasienten å forholde seg til terapeutens følelser eller problemer. I den grad det skjer har terapeuten kommet ut av posisjon, og han må hente seg inn igjen. Klarer han ikke det er terapien ute å kjøre.

Når man velger å arbeide med selve relasjonen i terapi, er tanken at dette vil bedre pasientens fungering ute i det virkelige livet. Denne grunntanken om relasjonsarbeid har vandret fra den terapeutiske kontekst og ut i andre typer samtalerom. Rom som kanskje

er åpnere, eller har et annet fokus enn det snevre og dybdeborende fokuset på overføringen som sådan.

Det er et åpent spørsmål hvorvidt relasjonelle fenomener skal tematiseres i en psykososial hjelperrelasjon. Men selv om de ikke tematiseres, dvs. gjøres til gjenstand for en felles undersøkelse, vil disse fenomenene med *nødvendighet utspille seg*. Både overføring og pasientens karakteristiske kontaktform vil forme og farge relasjonen *hele tiden*.

Like virksomme vil terapeutens bidrag være, men dette bidraget er og skal være av en annen art. Han skal nettopp *ikke* utspille sine problemer, sine følelser, sine reaksjoner og sin historie på en usensurert måte. Han pålegger seg selv en mye større grad av sensur og disiplin enn det som er vanlig i private kontaktforhold. Dette i motsetning til pasienten som *fritas* for den sensur og selvdisciplin som kreves i private forhold. Denne forskjellen i hva som karakteriserer *legitime bidrag til relasjonen* fra de to parter er gedigen. Denne forskjellen er et *sentralt karakteristika* ved alle profesjonelle hjelperforhold av psykologisk art, enten de er individualterapeutiske eller psykososiale. At hjelperen pålegges en selvdisciplin og selvrensensur forhindrer ham ikke i å være personlig. Han skal nettopp gi sin måte å arbeide på et personlig preg, men dette preget skal underordnes de profesjonelle føringer. Det er det som er kunsten.

Fortiden som virksom i nåtiden

Ofte sies det at psykiske helsearbeidere skal holde seg til *her og nå* og overlate arbeid med det *fortidige* til en eventuell psykoterapi. Men er det så lett å skille fortid og nåtid når det gjelder psyken? Nåtidige valg, vurderinger, reaksjoner og opplevelser er ofte *infiltrert* av de spor fortiden har satt i psyken; av konflikter, utilstrekkelig omsorg og traumer. Ordet infiltrasjon er ikke tilfeldig valgt. Det kan nemlig kjennes umulig å skille fortid og nåtid fra hverandre, selv om vi som hjelpere mener å se hva som er rasjonelt og hva som virker irrasjonelt i pasientens reaksjoner

Begrepet *psykisk realitet* favner dette poenget. Psykisk realitet handler om pasientens intrapsykiske realitet. Den er like reell som den fysiske virkeligheten (Laplanche og Pontalis 1988), og handler om det det først og fremst *står om* for pasienten; Den tematikk han kjemper med. Denne har ofte en sterk mellommenneskelig valør, og er emosjonelt ladet. Det kan for eksempel handle om en følelse av å være urettferdig

behandlet, eller en følelse av å være tråkket på, selv om slike følelser ikke har rot i virkeligheten her og nå.

Det er altså ikke all fortid som er relevant for psykisk helsearbeid. Det er *fortiden slik den er virksom i nåtiden* det står om. Og denne internaliserte fortid vil utspille seg i nåtiden i både i form av overføring og repetisjonstvang. Hvis jeg for eksempel har blitt krenket på en måte som har satt varige spor, vil *sporene* kunne være virksomme i nåtiden. Og de vil kunne være virksomme på flere forskjellige måter. Jeg kan bli en som selv krenker, eller jeg kan bli en som forventer å bli krenket, eller en som stadig *opplever* meg krenket uten synlig grunn. Jeg kan bli aktør eller offer i å gjenta det drama jeg selv har blitt utsatt for.

Som psykisk helsearbeider betyr det at når man arbeider ”her og nå” vil fortiden gjøre seg gjeldende. Man arbeider med nåtiden, en nåtid infiltrert av ubearbeidet historie.

Fortidige erfaringer nedfeller seg i psyken på en måte Monsen kaller ”forventningssystemer” (1991). Med det mener han hvordan samspill i barndommen nedfelles i psyken i form av forventninger til nåtid og fremtid. Har vi for eksempel opplevd mye bagatellisering av behov, vil vi ofte forvente at våre behov ikke blir tatt på alvor. Dette vil ligge som en forventning når vi lanserer et behov, og påvirke måten vi gjør det på. Slike forventninger fungerer ofte som selvoppfyllende profetier. Vi kommuniserer på måter som gjør at de negative forventningene blir innfridd; og forventningssystemene festner enda mer.

Derfor er ”korrigerende emosjonell erfaring” så viktig. Ved at hjelperen ikke innfrir de negative forventningene vil disse gradvis kunne korrigeres og bli mer hensiktsmessige. Kanskje får pasienten opplevelsen av at behovene blir tatt på alvor og forstått, og får gradvis en tillit til at det også kan være mulig å få dem innfridd.

Det gylne triangel

Nina var 22 år og hadde nylig mistet begge sine søsken i en bilulykke. Foreldrene var i sjokk og hadde ikke overskudd til å ta vare på Ninas reaksjoner. Hun fikk tiltagende angst og gikk stadig oftere langs kaia og fantaserte at hun lå druknet nede i vannet. Dette skremte henne og hun torde ikke å snakke med noen om det. Ikke minst var hun redd for å belaste foreldrene enda mer.

Etter en tid bestemte hun seg for å oppsøke en psykiatrisk poliklinikk, noe som var helt ukjent for henne. Hun fikk snakke med en ung helsearbeider som satt og noterte mens Nina snakket. Det virket som om helsearbeideren ble overveldet av det Nina fortalte. Hun fikk en klar følelse av at han kjente seg hjelpeløs og ikke visste hva han skulle si. Han sa lite og det han sa var ikke til hjelp. Nina fikk tilbud om å komme tilbake, men takket nei. Heldigvis fikk hun hjelp et annet sted.

Da jeg fikk høre Ninas historie tenkte jeg at helsearbeideren kunne hjulpet henne i langt større grad *selv om* han følte seg hjelpeløs og strevde med å forstå. Slik jeg ser det handler det om en grunnkompetanse som alle psykiske helsearbeidere må tilegne seg. Har vi ikke den risikerer vi at brukeren ikke finner oss ”brukbare” og ikke ønsker flere samtaler - iallfall dersom han snakker med oss på frivillig basis.

En slik grunnkompetanse kan defineres og innholdsbestemmes på ulike måter. Her vil jeg fokusere evnen til å formidle et budskap som består av tre sentrale elementer. Dette budskapet har jeg kalt ”det gyldne triangel”. Dette fordi det danner et trefoldig budskap som er helt grunnleggende og som vi kan øve oss i. *Hvordan* budskapet formidles er underordnet, og man må finne en form som fungerer for en selv. Det er derfor ikke en oppskrift på *hva* man skal si, for innholdet kan sies på et utall forskjellige måter. Det handler om et samlet budskap vi må bestrebe oss på å formidle til mennesker vi skal hjelpe.

”Det gyldne triangel” inneholder følgende tre komponenter:

- Det er håp om en *endring* av din situasjon, og det håpet vil jeg arbeide for å realisere sammen med deg.
- Du er ikke lenger alene. Fra nå av (og en tid framover) er vi *sammen* om å finne ut av det du strever med.
- Vi har *tid* til å prøve å forstå det som er så vanskelig.

Det er fort gjort å komme med innvendinger til alle punktene: ”Hvor mye tid har vi egentlig sammen med pasienten?” osv. Men her handler det ikke først og fremst om klokkeid, eller antall samtaler. Det handler om å kunne inngi en følelse av tid, også der tiden er begrenset. *Følelsen* av tid utgjør nemlig en viktig komponent i det *rommet* det er nødvendig å skape for at pasienten skal kunne komme fram med det han strever med.

Ved å formidle dette budskapet vil vi lettere få tak i pasientens *opplevelse* og *meningssammenheng*. Vi vil formidle at vi har *empati* for ham, at vi forsøker å *forstå* og at det pasienten formidler er *gyldig*. Vi vil også formidle at det kan deles og at vi tror på en positiv forandring. Alt dette *åpner vi opp for* ved å formidle budskapet ovenfor, samtidig som budskapet i seg selv har en terapeutisk effekt.

Jeg har snakket med Nina flere ganger i årenes løp. Hadde helsearbeideren formidlet et slikt budskap, *selv om han kjente seg hjelpeløs og ikke forsto*, ville Nina blitt hjulpet på en helt annen måte. Det er derfor jeg kaller det en grunnkompetanse.

Innlevelse og refleksjon

Psykologen Anders Zachrisson har skrevet en artikkel om terapeutisk holdning (1997) som er relevant også for psykisk helsearbeid. Han hevder at en ”teknisk riktig” innsats fra hjelperen alltid er utilstrekkelig fordi den følelsesmessige utvekslingen spiller så stor rolle. Derfor er det så viktig hvordan vi utvikler oss selv som instrumenter. I psykisk helsearbeid vil måten vi arbeider på alltid få et individuelt og personlig preg. Vi setter oss selv i spill som personer.

Zachrisson skriver at hjelperen setter seg selv i spill også emosjonelt. Hun tillater seg å bli berørt av pasientens lidelse og oppleve den som ”sin egen”. Samtidig beholder hun sin evne til refleksjon over pasienten, over seg selv og over det som skjer i relasjonen. Zachrisson sier det slik: ”Denne evnen til veksling mellom innlevelse (føle med pasienten) og refleksjon (tenke om pasienten), er et sentralt moment i terapeutisk arbeid, og en viktig del av holdningsbegrepet.” (1997 s. 21)

Vekslingen mellom innlevelse og refleksjon kan også benevnes med begrepene ”nærhet og avstand”. I nærheten utfoldes empatien, i avstanden utfoldes refleksjonen. Begge deler er like viktige. Uten empati kan tenkningen bli kjølig, uten tenkning mister innlevelsen sitt klarsyn.

Ved å sette oss selv i spill på denne måten utsetter vi oss alltid for en risiko. Vi lar oss til en viss grad bringe ut av balanse følelsesmessig ved å identifisere oss med pasientens indre tilstand; hans smerte og angst ofte utenfor grensen for det utholdelige. Men som profesjonelle har vi tillit til at vi i neste øyeblikk vil kunne hente oss inn igjen ved å reflektere over det som skjer. Slik blir vi ikke like overveldet som pasienten. Vi blir ikke ”smittet” av hans tilstand selv om vi kan leve oss inn i den. Emosjonell smitte (Monsen 1991) forstyrrer vår mulighet til å være til hjelp.

Pålitelighet og tillit

Psykisk helsearbeid forutsetter en grunnleggende trygghet i relasjonen. Spørsmålet om tillit/mistillit, om pasienten kan stole på hjelperen vil være sentralt. Når man har å gjøre med alvorlig patologi vil det være selve kjerneproblemet. Samtidig er tillit en del av selve arbeidsalliansen.

Zachrisson peker på at vi her står overfor et paradoks. Pasienten har en skade som rammer en sentral forutsetning for å kunne motta hjelp; nemlig tillit. Da vil det være nødvendig å arbeide over tid, og det er en absolutt forutsetning at rammene og hjelperens holdning er forutsigbar, trygg og tydelig. Vi må være tydelige og pålitelig i hva vi lover og ikke lover, hva vi sier og ikke sier, hva vi avtaler og ikke avtaler når vi arbeider med pasienters mistillit.

I individualterapi arbeider man først og fremst med selve *følelsen*, i dette tilfellet med følelsen mistillit. Man setter ikke alltid ord på følelsene. Ofte handler det om at terapeuten må tåle pasientens mistillit. Kanskje over mange år. Zachrisson forteller om en kvinne som hadde store problemer med å stole på andre mennesker. Etter at hun var blitt bedre fortalte hun at det mest avgjørende for henne var at terapeuten hadde tålt hennes skepsis og mistro, hennes tvil og mistillit, år etter år uten å svikte.

I psykisk helsearbeid arbeider vi ikke primært med å endre følelser i terapeutisk forstand (som regel), men vi arbeider alltid *også* med følelser. La oss si du har ansvar for å hjelpe den samme kvinnen til å bo utenfor institusjon. Da vil du med stor sannsynlighet bli gjenstand for den samme mistilliten, mistroen og skepsisen. Kanskje skal du ikke snakke om disse følelsene sammen med pasienten, men du må tåle mistilliten. Når man blir kjent går det an å sette ord på slike følelser sammen med pasienten, på en måte han opplever som godartet. Dette vil som regel forutsette at relasjonen mellom helper og pasient er godt etablert.

Rom for det som er

Zachrisson legger vekt på at det skal være rom for at det pasienten er opptatt av og føler til enhver tid skal få lov til å komme til syne. At det ikke blir dekket til eller løpt fra. At vi ikke for tidlig blir enig med pasienten at det er håp for lysere tider. Selv om vi tror at lyset i tunnelen finnes der, kan det ta lang tid for en pasient å se det. I mellomtiden må vi tåle å sitte sammen i en tunnel uten lys. Å komme med floskler som "etter sol kommer regn" osv. hjelper som regel ikke, og kan lett oppleves som en bagatellisering.

I terapeutisk arbeid går man inn i stemningen og følelsen med hele tyngden til stede. Slik deler vi smerten med pasienten. Med referanse til psykoterapeuten Marie Nævestad (1981) kaller Zachrisson det et "lånt håp": Det utholdelige er for mye for en å holde ut – kanskje kan det utholdes hvis vi er to om det for en stund.

Zachrisson skriver: " Det lånte håp består i at terapeuten midlertidig, så lenge terapien pågår, tilbyr å dele angsten, smerten og håpløsheten med pasienten. Men han kan ikke annet enn låne ut det håpet, fordi han forplikter seg ikke for en livslang relasjon. Han lover ikke for all tid, men gir et løfte for den tid terapien varer." (s. 24)

Også Marit Borg understreker betydningen av håp som bæres av andre enn brukeren selv. Hun skriver:

"*Håp og tro er bærebjelker.* Håp ser ut til å være sentralt i bedringsprosesser: Håp og tro på en bedre tilværelse, håp som holdes oppe av en selv eller av noen i omgivelsene." (2003 s.110)

I psykisk helsearbeid kan vi tilegne oss slike holdninger Zachrisson beskriver, selv om vi ikke arbeider individualterapeutisk. Jo mer vi er i stand til å tilegne oss disse holdningselementene, jo mer vil vi kunne være til hjelp med pasientens *følelsmessige* lidelse, *samtidig* som vi utfører en oppgave som er mer rettet mot brukerens funksjon og mestring.

Empati med det motsetningsfylte og utålelige

Empati er en viktig del av en hjelpende holdning. Vi hører godt etter og prøver å forstå hvordan brukeren har det, og vi gir uttrykk for denne forståelsen på en godartet måte.

Flere forfattere ser på empati som kjernen i alt psykologisk utviklingsarbeid, enten det er foreldres holdning til barn, eller terapeuters holdning til klienter. Kohut er en av dem som klart understreker dette og betrakter empati som " den substans selvet næres av" (1990).

Også Zachrisson vektlegger empatiens betydning, og da spesielt i forhold til det *motsetningsfylte* og *utålelige*. Det er særlig disse dimensjonene hos pasienter som krever empatisk innlevelse. Slike motsetninger kan arte seg på mange måter, men er nesten alltid tilstede i psykisk problematikk. Det kan for eksempel være en motsetning mellom et intenst kontaktbehov og en manglende evne til å etablere kontaktforhold. Eller til og med en tendens til å ødelegge den kontakten man trenger så inderlig. La oss ta et eksempel:

Anne var en høy og slank kvinne i 30-årene. Hun kom til behandling for depresjon og ensomhet. Hun var i jobb, men var ellers veldig alene. Hennes grunnleggende forståelse var at de andre var skyld i hennes ensomhet. Det var de andre som ikke kom henne i møte, ikke fulgte opp hennes utspill, ikke respekterte henne osv. Hun hadde ikke noe blick på seg selv som en som kanskje *bidro* til å skape sin egen ensomme situasjon.

I samtalene våre kom følgende mønster raskt til syne: Anne snakket mye om sine problemer, og hver gang jeg tok ordet fant hun fram et lommeørkle og snøt seg. Hun snøt seg høyt og sammenhengende til jeg var ferdig med å snakke. Dette gjentok seg hele tiden. Resultatet var at hun sjelden hørte hva jeg sa, og hun spurte aldri om å få gjentatt noe.

Dette var en veldig relasjonsødeleggende væremåte, og det var ikke vanskelig å forstå hennes ensomhet i lys av dette mønsteret. Jeg forsøkte forsiktig å spørre om hun la merke til at hun snøt seg når jeg snakket. Hun hørte nok til å få det med seg, og resultatet var at hun uteble noen uker. Da hun kom tilbake fortsatte alt som før. Hun var ikke moden for en slik innsikt, og min tolkning skjøt langt over mål, selv om det jeg påpekte var åpenlyst for alle andre.

Her er det avgjørende å ha empati med det motsetningsfylte i Annes ønsker og hennes væremåte. Som terapeut må man ofte nøye seg med å *utholde* en slik væremåte som Anne fremviste uten å påpeke den, slik jeg alt for tidlig gjorde. I stedet registrerer man motsetningen: Ønsket om å komme ut av ensomheten på den ene siden, og en atferd som aktivt ødelegger for dette ønsket. Som psykologistudent hadde jeg lært at man skal *øke* pasientens *konfliktbevissthet*. Med det menes at man skal hjelpe pasienten i å få innsikt i det *motsetningsfylte* hos seg selv. Det kan være mellom ønsker og væremåter, eller mellom andre dimensjoner i det som utgjør våre følelser og vår kommunikasjonsform.

Uansett hvordan motsetningene arter seg, vil nesten all psykisk problematikk preges av motstridende følelser og tendenser som pasienten selv har vanskelig for å begripe for ikke si å håndtere. Ofte er slike motsetninger selve omdreiningspunktet i den psykiske problematikken.

Som hjelper må man ofte tåle og bære over lang tid for at innsikt overhodet er mulig. Derfor er også *empati* med det motsetningsfylte helt avgjørende. Pasienten er fanget i denne motsetningen – og den ødelegger mye av livet for henne. Som i tilfellet med

Anne blir man kanskje utsatt for en væremåte som er helt uakseptabel ut fra vanlige hensyn. Noen ganger kan det være riktig å påpeke det, eller sette grenser selv om det ikke skaper innsikt. Da er det viktig å være nøye med at det skjer på en empatisk og godartet måte. Men det viktigste er at vi tåler og bearbeider de *følelsene* en slik væremåte skaper i oss.

Anne i eksemplet opplevde at det er *de andre* som er skyld i hennes ensomhet. Hun hadde ingen innsikt i hvordan hun skapte sin egen ensomme situasjon. Men som hjelpere kan vi selvfølgelig ikke forandre *de andre*, vi kan bare hjelpe brukerne til å endre sin måte å oppfatte og nærme seg de andre på. Men dette er et møysommelig forandringsarbeid som tar lang tid. Og det forutsetter først og fremst at brukeren har en viss evne til å ha et blikk på seg selv, og tåle at også du som hjelper har det. Et slikt blikk kan lett oppleves kritisk og krenkende, og det i så stor grad at det må avverges slik som i tilfelle med Anne.

Ved å tåle og utholde pasientens væremåte, er tanken at hun etter hvert vil oppleve vårt fokus på henne som mer godartet, og dermed også kunne adoptere noe av denne godartetheten i sin undersøkelse av seg selv. Blikket blir ikke like drepende for selvfølelsen. Lykkes vi i dette kan vi hjelpe brukerne til å sette i gang gode sirkler i stedet for de negative som fanger dem inn. Men det er et svært langt lerret å bleke.

Lukkende og åpnende krefter

I artikkelen "Den åpnende samtalen". (1999) introduserer Bjørn Killingmo noen fenomener han mener er tilstede i all klinisk kommunikasjon, enten den foregår mellom lege og pasient, mellom psykisk helsearbeider og bruker, mellom sosionom og klient eller hvem det måtte være hvor ømtålelige og personlige forhold behandles. Hans bakgrunn er psykodynamisk psykologi, men han beskriver fenomenene i et mer allment språk.

Når han kaller artikkelen "Den åpnende samtalen" og ikke "den *åpne*..samtalen", er det nettopp for å understreke at han ser på full åpenhet som en illusjon. Man må erkjenne at det er en dynamikk og en spenning mellom krefter som virker åpnende og krefter som virker lukkende i menneskets psyke. For å skape en situasjon hvor pasienter mest mulig uforstilt kan komme fram med seg og sitt, må man alliere seg med de åpnende kreftene med respekt for de lukkende.

For meg gir det mening å illustrere denne dynamikken med et sneglehus. Løsner vi sneglehuset fra en stein, ser vi hvordan døra lukker seg. Vi skjønner umiddelbart hvor sårbar selve sneglen er, og vet at hvis vi bryter opp døra skader vi den. Sneglen må kjenne seg i trygge omgivelser før den igjen kan gi etter for åpnende krefter og blottstille sin sårbarhet.

Dette eksemplet er meningsfylt fordi det viser til hensikten med lukkende krefter også i psykisk forstand: Noe er sårbart og skjørt og må beskyttes. I arbeid med psykisk lidelse vil vi støte bort i mange slike "områder" hos brukere. Da gjelder det å respektere lukkingen, og kjenne sin besøkestid når åpnende krefter er på gang.

Terapeutisk virksomhet handler om å *befordre* de åpnende kreftene, og psykiske helsearbeidere kan også trene seg i det. Ulike virkemidler fra fellesdelens kommunikasjonsseminar (speiling, reformulering osv) har til hensikt å åpne opp for brukeres tilgang til egne følelser og egen erfaring.

For Killingmo er *bekreftelse* den helt sentrale åpnende intervensjonen. Ved å bekrefte hva pasienter opplever og formidler som *virkelig* og *gyldig* styrker vi pasientens identitet. Dermed virker ikke egen sårbarhet like truende og overveldende, og åpnende krefter kan komme i gang. Bekreftelse ivaretar også to sentrale karakteristika ved godartete intervensjoner; nemlig at de er empatiske og undersøkende på en gang. Undersøkelse (av psyken) uten empati har ikke noe i psykisk helsearbeid å gjøre.

Killingmo er nøye med å skille mellom bekreftelse og vurdering. Vurdering, for eksempel i form av ros, gir bare en kortvarig effekt og endrer ikke de internaliserte forventningssystemene. Noe bekreftelse gradvis kan gjøre. Bekreftelse er til forskjell fra vurdering kjennetegnet ved at man formidler et budskap med følgende innhold: "Jeg skjønner hvordan det er å være deg, det er forståelig og akseptabelt at du føler og opplever som du gjør."

Som med "den gyldne triangel" (se s.23) kan også dette budskapet sies på utallige måter, og det skal være *konkret*, og knyttet til det man faktisk får formidlet. I en gitt situasjon kan man for eksempel si: "Det må være smertefullt at han forlot deg på den måten, og jeg skjønner at du føler deg sveket."

Dette er en bekreftende intervensjon som formidler det ovenstående budskap på en konkret måte. For at det skal virke bekreftende må pasienten oppleve at det du sier stemmer, hvis ikke har det ingen effekt. Det forutsetter derfor at man som hjelper følger nøye med i hva slags *emosjonelt budskap* som formidles. Og det er slett ikke alltid at det

er på sin plass å si noe. Ofte må vi bare registrere hva pasienten strever med. Som med alle andre intervensjoner må også bekreftelse "times".

Med bekreftelse kan vi også hjelpe pasienter til å få tak i det som kalles psykisk realitet. Psykisk realitet er som tidligere beskrevet en emosjonelt ladet tematikk som pasienten strever med. Nedenstående eksempel illustrerer dette:

Astrid har schizofreni og er veldig glad i å strikke. Hun er aktivt psykotisk med mange og fargerike vrangforestillinger. Hun har et sterkt ønske om å gifte seg med kronprins Haakon, og har med fortvilelse innsett at det ikke blir slik. Dette kommer hun stadig tilbake til.

En dag sa hun forbitret og fortvilet: "Jeg strikker og strikker og likevel får jeg ikke kronprins Haakon."

Jeg kjenner Astrid godt, og tok sjansen på å si følgende: "Du strever og strever og likevel får du ikke det du ønsker deg mest."

Astrid bekreftet gråtende at det var slik hun følte det. Med min replikk hadde jeg truffet noe sentralt i hennes *psykiske realitet*: En følelse av å streve livet av seg uten å bli elsket, sett og anerkjent.

Å bekrefte følelser og psykisk realitet er noe vi alltid kan forsøke på. Om vi bommer skader vi som regel ikke.

Jeg har forsøkt å ringe inn noen sentrale elementer i fenomenet relasjonskompetanse, om enn på en fragmentarisk måte. Kanskje kan det inspirere til arbeid med egen kompetanse – og egen refleksjon. Lykke til.

Referanseliste

- Borg, Marit og Topor, Alain: Virksomme relasjoner – om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Kommuneforlaget, Oslo 2003
- Nafstad, H.E., Bastiansen, A., m.fl.: *Det omsorgsfulle menneske, et psykologisk alternativ*, Gyldendal akademisk, Oslo 2004.
- Guntrip, Harry: *Schizoid phenomena, object relations and the self*, The Hogarth Press, 1983
- Killingmo, Bjørn: "Den åpne samtalen", *Tidsskrift for norsk legeforening* nr.1,1999;119:56
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B.: *Perspektiver på psykisk lidelse*, Ad Notam Gyldendal, Oslo 1998.
- Kohut, Heinz: *Selvets psykologi*, Universitetsforlaget, Oslo 1990.
- Kaasa, Stein (red.): *Palliativ behandling og pleie*. Ad Notam Gyldendal, Oslo 1998.
- Laplace, J. og Pontalis, J.B.: *The language of psychoanalysis*, Karnac Books, 1988
- Løgstrup, K.E.: *Den etiske fordring*, Gyldendal, Oslo 1956
- Monsen, Jon: *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi*, Tano, Oslo 1991.
- Rammeplan og forskrift, Videreutdanning i psykisk helsearbeid*. KUF, 1997.
- Schibbye, A.L.L.: "Å bli kjent med seg selv og den andre: Om utvikling av selvrefleksivitet og undring i dialektisk relasjonsteori." I: Anderson, A.J. og Karlsson, B.: *Psykologi i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Ad Notam Gyldendal, Oslo 1998.
- Skumsnes, Anne: *Fokus på klinisk kommunikasjon via refleksjon, øvelse og teori*, HiO-notat 2004
- Studiehåndbok 2004-2005*, Avdeling for sykepleierutdanning, HiO.
- Vetlesen, A.J. (red.): *Nærhetsetikk*. Ad Notam Gyldendal, Oslo 1996
- Zachrisson, Anders: "Terapeutisk holdning" i Gullestad, Siri og Theophilakis, Mary (red.): *En umulig profesjon?*, Universitetsforlaget, Oslo 1997
- Aadland, Einar: *Etikk for helse og sosialarbeidarer*, Det Norske Samlaget, Oslo 1998.