

Psykologisk arbeid med selvaktelse i lys av interpersonlig teori

Psykiske lidelser er ofte forbundet med lav selvaktelse. Arbeid med pasientens selvopplevelse er viktig i psykologisk behandling. Derfor har kunnskap om selvaktelse stor klinisk relevans.

TEKST

Jofrid Bjørkvik

Geir Høstmark Nielsen

PUBLISERT 1. september 2006

ABSTRACT:

Self-esteem and interpersonal theory

Strengthening patients' self-esteem is an important goal in psychotherapy and other forms of psychological treatment. Several studies have shown strong connections between lowered self-esteem and a variety of mental disorders, indicating that self-esteem is an important component in psychological health. However, many questions still remain when it comes to explaining the nature of the relationship between self-esteem and mental health. The literature is replete with conflicting views as regards the adaptive value of self-esteem, including such topics as self-esteem stability, contingencies of self-esteem, and the significance of unconscious self-evaluative processes. The authors discuss how such theoretical controversies may be understood within an interpersonal perspective, and also point to implications for treatment.

EMNER

Interpersonlig teori

Selvaktelse

psykiske lidelser

Prosjektet har mottatt støtte fra Helse Vest og Helse Fonna.

Innledning

Hvordan vi opplever oss selv, er av betydning for vårt mentale, sosiale og fysiske velbefinnende. Dette har sammenheng med at selvopplevelsen, som en vesentlig dimensjon i vår indre, subjektive verden, påvirker våre holdninger og personlige valg. Derigjennom påvirkes også samspillet med andre. Arbeid med pasienters selvopplevelse er, i tråd med dette, et viktig område for psykologisk behandling innenfor både psykisk og somatisk helsevern (Mann, Hosman, Schaalma & de Vries, 2004).

Pasienter i psykoterapi gir ofte uttrykk for en negativ og livsinnsnevrende selvoppfatning, ofte preget av kroniske selvbebreidelser. Det er hevdet at dårlig selvfølelse er et gjennomgående trekk ved mennesker som søker eller blir henvist til psykisk helsevern (Hartmann, 1999) og at psykoterapi i betydelig grad handler om å styrke pasienters selvfølelse (Chrzanowski, 1977). Måten pasienter beskriver seg selv på, kan variere, for eksempel i form av beklagelser over dårlig eller manglende selvtillit. Andre ganger kommer selvkritikken til uttrykk mer indirekte, for eksempel ved at pasienten gjennom samtalen formidler et inntrykk av seg selv som uverdigg, underlegen eller håpløs.

«Søken etter intimitet og fellesskap krever at man samtidig våger stå frem med sine behov og sin personlighet»

Et viktig aspekt ved vår selvopplevelse er *selvaktelse*, som kan defineres som en overordnet evaluering av vår verdi som menneske (Rosenberg, 1965). På tross av dokumenterte sammenhenger mellom lav selvaktelse og psykiske lidelser (for eksempel Silverstone & Salsali, 2003), står mange spørsmål vedrørende disse sammenhenger fremdeles ubesvart.

I denne artikkelen vil vi drøfte begrepet og fenomenet selvaktelse, med vekt på mulige sammenhenger med interpersonlig fungering, symptomer og diagnoser, og hvordan slik kunnskap kan tenkes brukt i klinisk arbeid. Som begrep har selvaktelse sitt opphav i sosialpsykologien, men sosialpsykologer har også gjort det til gjenstand for alvorlig kritikk (se for eksempel Flynn, 2003; Wicklund, 1998). Det vil i artikkelen bli reist argumenter for at begrepet, tross teoretiske og metodologiske utfordringer, kan være klinisk relevant. Et hovedanliggende er at kunnskap om selvaktelsens *nivå* har begrenset klinisk nytteverdi om man ikke også har kunnskap om dens særlige utforming og struktur i det enkelte tilfellet. Kliniske erfaringer blir presentert i form av kasusvignetter.

Artikkelen springer ut fra et pågående forskningsprosjekt ved et distriktpsikiatriske senter innen Helse Fonna HF, der man i en naturalistisk studie systematisk kartlegger blant annet sammenhengen mellom selvaktelse og symptombelastning hos en hel årspopulasjon av henviste pasienter.

Selvaktelse og interpersonlig fungering

Ifølge interpersonlig og relasjonelt orienterte psykodynamiske teorier skjer all menneskelig vekst og utvikling i relasjon til andre (Shafran, 1995). Sullivan (1953) beskriver et vedvarende samspill mellom individet og en helhet av faktorer av betydning for menneskelig liv (andre mennesker, kulturelle, psykososiale og fysiske forhold), og der individets primære og biologisk gitte mål er å søke tilhørighet. Selvet forstås som et åpent system, en prosess der individet uavlatelig definerer seg selv i lys

av sine pågående relasjonelle erfaringer. Selvet kan aldri defineres eller forstås uten i relasjon til et annet selv. Mennesker inngår kontinuerlig i hverandres relasjonelle matriser og er dermed avhengige av hverandre. En forståelse av selvet som en uforanderlig kjerne blir i et slikt perspektiv meningsløs, og betegnes da også av Sullivan som «mytologisk» og «fantomfenomen» (se Chrzanowski, 1977). Det er primært gjennom å observere et individs transaksjoner med andre at man kan fremskaffe klinisk relevant informasjon om ham eller henne. Det gjelder også slike karakteristika som tradisjonelt blir oppfattet som intrapsykiske, for eksempel personlighet og selvaktelse.

Personlighet kan etter vårt syn sies å reflektere individets organisering av interpersonlig erfaring, og kommer til uttrykk gjennom vedkommendes handlingstilbøyelighet og stil i mellommenneskelige relasjoner. Selvaktelse reflekterer, og reflekteres i, kvaliteten på individets nære relasjoner, og da særlig i forhold til opplevelsen av tilhørighet og intimitet.

Behovet for tilhørighet blir i Sullivans interpersonlige teori betraktet som biologisk gitt. Det å søke og å etablere nære og meningsfulle relasjoner blir ansett som overordnede mål for menneskelig streben. Selvaktelsen kan betraktes som en indikator på i hvilken grad individet opplever å ha lykket i sin streben. Høy grad av selvaktelse gjenspeiler individets samhandling i relasjoner preget av åpenhet og gjensidighet, også med hensyn til følelser. Motsatt vil manglende tilhørighet, av individet opplevd som ensomhet, virke negativt inn på selvaktelsen. Det samme gjelder vanskelig og konfliktfull samhandling med andre over tid.

Sullivans teori har paralleller til sosiometriteori (Leary & Baumeister, 2000), som også knytter selvaktelse til interpersonlig fungering. Denne teorien tar utgangspunkt i evolusjonstenkning og hevder at tilhørighet til gruppen bidrar til overlevelse og reproduksjon. Høy selvaktelse reflekterer at individet opptrer på måter som fremmer opplevelsen av tilhørighet. Lav selvaktelse signaliserer at individet står i fare for å bli avvist eller utstøtt. Interpersonlig teori vektlegger ikke i samme grad overlevelse, men betoner spesielt frykten for ensomhet. Ensomhet frarøver i denne sammenheng individet mening og utviklingsmuligheter, og utgjør en trussel mot selvaktelsen (Sullivan, 1953).

Chrzanowski (1977) antar at individets grunnleggende selvaktelse etableres tidlig i barndommen, på bakgrunn både av barnets interpersonlige erfaringer og medfødte og miljømessige faktorer. Chrzanowski peker videre på at selvaktelsen bare delvis er tilgjengelig for bevisstheten, da den på sett og vis kan sies å utgjøre en linse som annen informasjon blir tatt inn og tolket gjennom. Han anser den dermed som relativt uforanderlig. McWilliams (1999) påpeker, tilsvarende, at selvaktelsen alltid er egosynton, som «vann for fisken». At selvaktelsen er egosynton, innebærer at vi opplever den som sann og at vi tar den for gitt. Selvaktelsen blir dermed en viktig bestanddel i vår indre, subjektive verden. Den genererer, mer eller mindre ubevisst, implisitt kunnskap om oss selv og vårt forhold til andre. Pasienter gir gjerne uttrykk for at deres dårlige selvtillit er rimelig, fordi de opplever seg selv som uverdige. Overfor pasienter i en slik posisjon vil direkte oppmuntring og ros sjelden føre til varig endring

av selvaktelsen, nettopp fordi budskapet står i kontrast til pasientens «sannhet» om seg selv. Han eller hun vil lett kunne tenke at «du skulle bare visst hvordan jeg egentlig er».

Det er forskningsmessig belegg for antakelsen om at personer med lav selvaktelse tenderer mot å søke å få denne bekreftet, fremfor å søke erfaringer som kan bidra til positiv endring (Swann, Kwan, Polzer & Milton, 2003; Swann, Wenzlaff & Tafarodi, 1992). Ifølge Swanns (1990) selvbekreftelsesteori er man avhengig av et stabilt selvilde, positivt eller negativt, for å kunne forutsi og kontrollere sine omgivelser. Vi ønsker at andre skal oppfatte oss mest mulig slik vi oppfatter oss selv (Swann et al., 2003). Personer med lav selvaktelse vil ha en tendens til å knytte seg til mennesker som også har et negativt syn på dem, fremfor mennesker som liker dem og gir positive tilbakemeldinger. Slik får individet opprettholdt sitt selvilde, og unngår også å måtte skuffe andre som kunne gi dem positive tilbakemeldinger, da de selv «vet» at dette ikke stemmer (McWilliams, 1999; Swann et al., 1992).

Psykiske lidelser i lys av interpersonlig teori

Sullivan (1953) forstår psykiske lidelser som uhensiktsmessige og problemskapende måter å relatere seg til andre på. Han påpeker videre at det vi i dag kaller psykisk helsevern, i hovedsak befatter seg med livsmønstre som på ulike vis fører til tap av selvaktelse. Slike mønstre omfatter for eksempel en rigid væremåte med liten toleranse for flertydighet, usikkerhet, uforutsigbarhet og angst, samt krav om konformitet. Derigjennom innsnevres individets muligheter til videre utvikling og vekst.

Problemskapende måter å relatere seg til andre på er nær knyttet til behovet for nærhet og intimitet. Den følelsesmessige komponenten ved manglende tilhørighet er ensomhet. Individet søker tilhørighet, men frykter samtidig avvisningen dersom ens søken ikke blir tatt imot. Angsten for å feile eller bli avvist blokkerer likevel ikke vår vedvarende trang til å strekke oss mot andre. Om frykten blir for stor, eller angsten ikke kan tolereres, vil mennesker kunne velge følelsesmessig ensomhet som en strategi for å unngå angst. Dette er et sentralt kjennetegn ved psykisk uhelse (Chrzanowski, 1977). Psykisk helse kjennetegnes på sin side av evnen til å akseptere andre og seg selv som man er, ha toleranse for angst og usikkerhet og å utvise fleksibilitet i samhandling med andre.

Tilhørighet betegnes i interpersonlig teori som intimitet, og kjennetegnes ved tilgang til positive følelsesmessige kvaliteter og relativ frihet fra angst (Chrzanowski, 1977). Opplevelsen av tilhørighet er også kjennetegnet av trygghet til å uttrykke egne ønsker og basale og ofte ukjente behov, og fremmer utvikling hos begge parter som inngår i samhandlingen. Gjennom slik samhandling blir mennesker ufravikelig aktører i egne og hverandres liv. I virkeligheten er den gjensidige forståelsen og utvekslingen sjelden optimal. Resultatet er snarere en tilpasning, der grad av søken og åpenhet balanseres og avgrenses for å bevare selvaktelse og unngå angst. Individets karakteristiske tryggingsoperasjoner vil, dersom de over tid blir gjentatt tilstrekkelig ofte, ta form av mer eller mindre fastlåste måter å relatere seg til andre på, noe som hemmer ny læring og utvikling av positiv selvaktelse (Chrzanowski, 1977).

Horney (1945) identifiserte tre kategorier av interpersonlig atferd som er knyttet til psykopatologi: Atferd der personen henholdsvis (1) beveger seg bort fra andre mennesker, (2) søker andre for støtte eller (3) imøtegår andre på en kritisk eller aggressiv måte. Mens de fleste mennesker fleksibelt anvender alle tre atferdstyper i ulike samhandlingssituasjoner, vil pasienter med utpreget psykopatologi oftere omfavne og overdrive bruken av én, i den hensikt å unngå angst og ydmykelse. Det gjør seg med andre ord gjeldende en uhensiktsmessig stereotypi og rigiditet i pasientens måte å forholde seg til andre på. Horneys forståelse reflekterer Sullivans (1953) definisjon av personlighet som handlingspotensial i mellommenneskelige relasjoner.

Horowitz (2004) har videreutviklet interpersonlig teori og bidratt til å konkretisere og operasjonalisere vesentlige begreper. Han tar utgangspunkt i grunnleggende antakelser om at mellommenneskelig atferd er motivert og har mening, knyttet til behov for henholdsvis tilhørighet («communion») og mestring/egenkontroll («agency»). Tilhørighet og mestring forstås som to hovedkategorier av emosjonelle behov og motivasjonsforhold (Horowitz, 2004). Tilhørighet omfatter behovet for å knytte seg til andre, føle samhørighet og fellesskap. Mestring omfatter det å fremstå som eget, handlende individ og er forbundet med opplevelsen av autonomi og kompetanse (Harter, 1999; Horowitz, 2004). Personligheten utvikles i samvirket mellom to utviklingslinjer: en som fører til tilfredsstillende intimitet med andre, og en som fører til en stabil, realistisk og i hovedsak kompetent opplevelse av seg selv. Utvikling langs den ene dimensjonen fordrer det samme på den andre, idet søken etter intimitet og fellesskap krever at man samtidig våger å stå frem med sine behov og sin personlighet. Tilsvarende fordrer sunne mestringsbestrebelse trygge relasjoner, hvor man ikke risikerer avvisning om man mislykkes. Ifølge Horowitz (2004) kan personlige problemer og psykopatologi oppstå som følge av mangelfull tilhørighet, utilstrekkelig individuering, eller begge deler.

Også innenfor utviklingspsykologisk forskning vektlegges barnets iboende behov for og streben etter å søke tilhørighet og mestring, for derigjennom å oppleve mening og sammenheng i tilværelsen. Bowlby (1973) hevder at barnet fra fødselen av er innstilt på å søke kunnskap om seg selv og sitt forhold til andre. Dette må sees i sammenheng med at barnet er prisgitt sine omgivelser for å overleve. Barnet søker visshet for at det selv er verd å elske og bli tatt hensyn til, og en som de nære i hovedsak er støttende og positivt innstilt til. Trygg tilknytning er kjennetegnet ved et positivt svar på begge disse formene for streben. Utrygg tilknytning kjennetegnes ved en negativ vurdering av seg selv, andre eller begge parter. Forskning tyder på at barn med en utpreget negativ vurdering av sin egenverdi er ekstra sårbare for psykiske lidelser og interpersonlige problemer (Horowitz, 2004). Hvilke særlige strategier barnet på et ubevisst plan velger for å tilpasse seg sine omgivelser, er avhengig av om det også har en negativ opplevelse av andre. For eksempel vil barn som opplever andre som støttende, men seg selv som uverdige, ha en tendens til å holde frem med å søke støtte og fortsette å innordne seg som best de kan for å oppnå dette. Barn som derimot opplever andre som avvisende, vil oftere trekke seg tilbake og unngå (Bartholomew, 1990). Gruppen barn som har et i

hovedsak negativt syn på både seg selv og andre, korresponderer med gruppen som omtales å ha vansker med både nærhet og mestring (Horowitz, 2004).

Selvaktelse i klinisk arbeid

Vi vil i det videre gjøre rede for noen aspekter ved begrepet selvaktelse som blir aktualisert i både klinikk og forskning. Kritikken mot begrepet retter seg særlig mot at det er flertydig og dårlig avgrenset, noe som kommer til uttrykk ved at det både finnes flere ulike definisjoner og ulike måleinstrumenter, med bakgrunn i ulike teoretiske ståsteder. Rosenberg (1965) vektlegger i sitt begrep om global selvaktelse de affektive komponenter, og knytter begrepet til «følelsen av å være god nok». Denne definisjonen ligger etter vår vurdering nær Sullivans (1953) og Chrzanowskis (1977) oppfatninger. Følelsesmessige kvaliteter står også sentralt i annen psykodynamisk teori, sammen med blant annet betydningen av implisitt og ubevisst motivasjon (se for eksempel Jordan, Spencer, Zanna, Hoshino-Browne & Carrol, 2003).

Selvaktelse som avhengig og uavhengig variable

I empirisk sosialpsykologisk forskning blir selvaktelse dels behandlet som avhengig, dels som uavhengig variabel. Som avhengig variabel er selvaktelse å betrakte som influert av ytre omstendigheter, miljø og hendelser, mens selvaktelse som uavhengig variabel fortrinnsvis forstås som en indre egenskap som påvirker individets holdninger og atferd. Avgjørende er forskerens teoretiske tilnærming og forståelse av begrepet.

I klinisk psykologi vektlegges oftere en forståelse som innebærer sirkulær kausalitet. Lav selvaktelse og psykiske lidelser forstås som knyttet sammen i en ond sirkel (Silverstone & Salsali, 2003). Lav *global* selvaktelse gjør individet ekstra mottakelig for å utvikle psykiske lidelser, samtidig som tilstedeværelse av slike lidelser på ulike måter bidrar til å redusere selvaktelsen ytterligere. Det er med andre ord ingen enkle og lineære årsakssammenhenger mellom de to fenomenene.

En slik forståelse er også i tråd med beskrivelser av *syklisk psykodynamikk* (Strupp & Binder, 1984; Wachtel, 1993), der indre og ytre betingelser sies å påvirke hverandre i gode eller onde sirkler. Selvaktelsen er, i tråd med en slik forståelse, ikke *enten* intrapsykisk *eller* relasjonell, men begge deler. Syklisk psykodynamikk beskriver hvordan individets tidligere interpersonlige erfaringer nedfeller seg i form av intrapsyriske erfaringsskjemaer, som skaper kontinuitet mellom fortid og fremtid og bidrar til identitetsfølelse og kontinuitet (Nielsen, 2000). Nye erfaringer vil langt på vei forstås i lys av eksisterende erfaringsskjemaer, noe som for individet kan kjennes trygt og forutsigbart, men som på grunn av sin innebygde rigiditet hemmer tilhørighet og fører til ensomhet og svekket selvaktelse. Alternativt kan nye erfaringer åpne for ny atferd som igjen kan gi opplevelser som påvirker og endrer eksisterende strukturer og skjemaer. Mer nyanserte og fleksible strukturer fasiliterer gjensidighet og oppriktighet i mellommenneskelige relasjoner. Menneskets organisering av interpersonlige erfaringer består av både assimilasjon og akkomodasjon, prosesser som forutsetter hverandre, men som kan virke i ulik takt (jf. Piaget, 1972).

Eksplisitt og implisitt selvaktelse

Empiriske studier innenfor både klinisk og sosialpsykologisk forskning bygger i høy grad på en forståelse av selvaktelse som en *egenskap* ved individet, introspektivt tilgjengelig for individet selv (eksplisitt selvaktelse). Måling blir gjerne gjort ved selvrappotering, hvor Rosenbergs selvaktelsesskala (RSES, Rosenberg, 1965) er den mest brukte internasjonalt. En begrensning ved slike skalaer er, som flere har påpekt, at enkelte respondenter har en tendens til å ville fremstille seg i et overdrevent positivt lys, og dermed fordreie resultatet (Wicklund, 1998). Det blir også pekt på at ikke alle sider ved vår selvoppfatning er like bevisst, og at direkte, eksplisitte målemetoder derfor i bare begrenset grad vil makte å fange opp selvaktelsens mer implisitte eller ubevisste aspekter (Jordan et al., 2003).

«Kompensasjonshypotesen, der opplevd svakhet ligger under en streben etter å manifestere styrke»

Tanken om selvopplevelsen som bare delvis tilgjengelig for individets bevissthet har en lang historie innenfor psykoanalysen og psykoanalytisk psykologi (Weiss & Sampson, 1986). I de senere år er ubevisst kognisjon blitt viet betydelig oppmerksomhet også innenfor den sosialpsykologiske tradisjonen, og gjerne da omtalt som implisitt selvaktelse (Bosson, Swann & Pennebaker, 2000; Devos & Banaji, 2003; Greenwald & Banaji, 1995). Implisitt selvaktelse er definert som individets automatiske, overlærte og ubevisste evaluering av det egne selv (Greenwald & Banaji, 1995). Det er utviklet flere metoder og instrumenter som er ment å måle implisitt selvaktelse (Bosson et al., 2000). En svakhet ved flere av disse instrumentene og målemetodene er at deres psykometriske kvaliteter er lite tilfredsstillende, idet de korrelerer dårlig med hverandre og har liten prediksjonsverdi i forhold til relevante kriterievariabler (Bosson et al., 1998; Heatherton & Wyland, 1999).

Med henblikk på klinisk arbeid er det verd å merke seg hvordan distinksjonen eksplisitt–implisitt selvaktelse kan bidra til å tydeliggjøre særlige karakteristika ved individet. Jordan et al. (2003) peker for eksempel på at enkelte mennesker kan gi uttrykk for høy selvaktelse i et selvrappoteringsskjema, men at dette kan være forsvarsbetont for å dekke over en mer ubevisst lav selvaktelse. En slik tankegang kan knyttes opp mot Adlers klassiske kompensasjonshypotese, der han hevder at opplevd svakhet ligger under en persons streben etter å manifestere styrke (Adler, 1912) og til Horneys (1945) synspunkter, da spesielt hennes beskrivelse av menneskelig streben etter perfektjonisme som en nevrotisk prosess som omfatter fremmedgjøring fra eget selv.

Høy grad av defensivitet er også blitt nevnt som et mulig kjennetegn hos mennesker med ustabil selvaktelse (Kernis, Cornell, Sunn, Berry & Harlow, 1993). Man tenker seg da at individet etter beste evne prøver å beskytte et skjørt og lite robust selvbilde, og at

konsekvensen er hyppige fluktuasjoner. Slike fluktuasjoner forstås av enkelte som et trekklikt kjennetegn ved individet som kan disponere for depresjon (Butler, Hokanson & Flynn, 1994).

Fluktuasjoner og manglende stabilitet står også sentralt hos Kernis et al. (1993) som setter dette i sammenheng med usikre indre modeller av selv og andre, med den konsekvens at andres reaksjoner og gjensvar får overdrevent stor betydning for individets selvvurdering. I tråd med dette fant de blant annet at ustabil selvaktelse var knyttet til lavere indre motivasjon og sterkere vektlegging av spesifikk evaluering informasjon fra andre.

Selvaktelsens grunnlag

I tradisjonen fra William James (1890) har flere vært opptatt av *hvor*, dvs. fra hvilke kilder, mennesker søker erfaringer som kan bidra til å bekrefte, opprettholde og helst øke selvaktelsen. For eksempel poengterer Harter (1999) at global selvaktelse, i tråd med Rosenbergs (1965) definisjon, har flere aspekter og er forankret i ulike domener. Global selvaktelse beskrives som en enhetlig dimensjon, men med individuelle forskjeller med hensyn til hva den bygger på og hvordan den er utformet. Den globale selvaktelsen kan således ha ulikt grunnlag og ulik «anatomisk» fra person til person. Vi knytter gjerne selvverd til nærmere definerte livsområder, mens andre områder får mindre betydning. For eksempel kan svake skoleprestasjoner bidra til svekket selvaktelse hos individ A, men ikke hos individene B og C. Det avgjørende er med andre ord hvor viktig det å prestere i skolesammenheng er for den enkelte, og om selvaktelsen er forankret i akkurat dette domenet (Harter, 1999).

«I Østen vektlegges verdier knyttet til fellesskap og tilhørighet, mens man i Vesten har vært opptatt av autonomi og individuering»

I en omfattende studie av kilder til selvaktelse hos unge mennesker fant Crocker, Luhtanen, Cooper og Bouvette (2003) at indre kilder er forbundet med høyere grad av psykologisk velvære enn ytre kilder, som i større grad er relatert til andres oppfatning. Eksempler på ytre kilder er utseende og skolekarakterer. Dette er i tråd med Kernis et al. (1993), som knytter ustabil selvaktelse til vektlegging av ytre kilder og til andres evaluering, og til Jordan et al.s (2003) beskrivelse av individer med høy eksplisitt, men lav implisitt selvaktelse.

Innenfor ulike kulturer vil man også finne felles, delte verdier som for store grupper av befolkningen er forbundet med selvaktelse. I vestlige land kan det for eksempel handle om ungdom og skjønnhet, noe som blant annet gir seg utslag i at mange velger kosmetisk kirurgi heller enn å akseptere naturlig aldring. I en kultur med sterk vektlegging av karrieremessig fremgang og status vil det å forlate arbeidsmarkedet, eller

å skifte til mindre prestisjefylt arbeid, kunne innebære fall i global selvaktelse. Det foreligger også empiriske studier som demonstrerer hvordan kulturforskjeller gir seg utslag i ulike verdier som grunnlag for selvaktelse i østlige og vestlige land (Markus & Kitajima, 1997). I Østen vektlegges generelt verdier knyttet til fellesskap og tilhørighet, mens man i Vesten tradisjonelt har vært opptatt av autonomi og individuering. Innen vestlig kultur er det også funnet betydelige forskjeller mellom kjønnene når det gjelder selvaktelsens struktur og grunnlag, for eksempel ved at kvinner i større utstrekning knytter selvaktelse til samhørighet og sosial tilknytting, mens menn legger mer vekt på prestasjoner (Josephs, Markus & Tafarodi, 1992). I en interpersonlig referanseramme vektlegges basale emosjonelle behov for både tilhørighet og individuering (Horowitz, 2004), der psykisk helse innebærer en relativt fleksibel fungering innenfor begge områder.

Diskusjon

Et overordnet mål for psykoterapi innen en interpersonlig psykodynamisk tilnærming er å bryte onde sirkler og dysfunksjonelle måter pasienten relater seg til andre på (Nielsen, 2000; Wachtel, 1993). Dette kan skje ved at pasienten hjelpes til å bryte ut av fastlåstheten i sin typiske relateringsmåte og våger å åpne for nye opplevelser og ny atferd. For å fasilitere denne type terapeutiske endringer må terapeuten innrette terapien mot hver enkelt pasients psykodynamikk. Her vil karakteristika som personlighet og interpersonlig fungering ofte være viktigere enn pasientens psykiatriske diagnose. Vår erfaring er at kjennskap til pasientens selvaktelsesdynamikk vil være særlig sentral. Manglende kunnskap om, eller hensyntagen til, pasientens selvaktelse vil kunne føre til at terapeutiske intervensjoner ikke når frem fordi de ikke oppleves relevante eller nyttige for pasienten, eller pasienten føler seg truet eller misforstått.

En mulig innfallsvinkel til å hjelpe frem en i utgangspunktet lav og skrøpelig selvaktelse ligger etter vårt syn i å arbeide med selvaktelsens struktur. Med struktur menes i denne sammenheng blant annet hvilke domener og erfaringer pasienten typisk baserer sin selvaktelse på. Er selvaktelsen, i forhold til de ulike domener, grunnleggende trygg eller snarere defensiv? Hvor rimelige er pasientens idealer og aspirasjonene på aktuelle områder i forhold til hans eller hennes erfaringshistorie og aktuelle livssituasjon? Hvori ligger de største truslene mot pasientens selvaktelse, dvs. hans eller hennes særlige sårbarhet? Hvordan kommer endringer/forskyvninger i selvaktelsen til syne (for eksempel skam, skyldfølelse eller utagering), og hva er pasientens karakteristiske måter å gjenopprette svekket selvaktelse på?

Det kan synes motsetningsfylt at selvaktelse dels fremstilles som stabil og relativt uforanderlig (Banaji & Prentice, 1994; Chrzanowski, 1977), dels som flyktig og ustabil (Butler et al., 1994; Kernis et al., 1993). Dette spenningsforholdet trenger ikke nødvendigvis å være paradoksalt, men heller være uttrykk for at det handler om ulike sider ved samme sak. Empirisk kan det synes som om distinkte motsetninger mellom eksplisitt og implisitt selvaktelse, og en markant ustabil selvaktelse, er forbundet med

sterk defensivitet og kliniske tilstandsbilder som narsissisme og depresjon (Butler et al., 1994; Jordan et al., 2003; Kernis et al., 1993).

Kliniske eksempler Pasienteksemplene er, etter vanlige prinsipper, noe omskrevet for å sikre konfidensialitet.

To pasienthistorier blir presentert der lav selvaktelse har vært en sentral problemstilling i behandlingen. Ved innkomst hadde begge pasientene høy skåre på RSES (høy skåre indikerer lav selvaktelse), og de rapporterte begge høy grad av interpersonlige problemer (IIP-64-C) og psykiatrisk symptombelastning (SCL-90-R). Det terapeutiske arbeidet ble forskjellig, selv om selvaktelse ble et sentralt tema i begge forløpene og begge pasientene ble vurdert som moderat deprimerte.

Aldri skuffe noen

Pasient A kom til poliklinisk behandling etter påtrykk fra sin fastlege. Hun var blid og smilende, prøvde etter beste evne å holde igjen, men fikk etter hvert problemene på bordet; hun var nedfor, fortvilet og redd for å miste en datter, som i økende grad søkte kontakt med faren og valgte henne bort. Pasienten forklarte problemene med sitt høye forbruk av rusmidler og ba om hjelp til å stoppe misbruket. Det var vanskelig å få henne med inn i en dialog for å utforske både misbruksmønsteret og mulige mønstre for utløsende og opprettholdende faktorer. Hun var rett og slett ikke klar for å se sine nære mellommenneskelige relasjoner utenfra. Derimot tegnet det seg snart ut et livsmotto som hun hadde prøvd å leve etter så lenge hun kunne huske: «Jeg skal aldri skuffe noen.» Dette var også blitt den dominerende basis for selvaktelsen – å aldri skuffe noen, og helst gjøre folk glade. Hennes egosyntone «sannhet» om seg selv var at hun ikke var noe verd uten at hun ble likt av alle og unnlot å skuffe noen. Derfor ble hun et menneske som sjelden gav uttrykk for egne meninger, som aldri stilte krav, og som alltid fant seg i.

Dette fungerte bra lenge. Hun levde i flere forhold og fant seg i å bli dårlig behandlet, søkte trøst i rusen innimellom. Hun bestemte seg for å søke hjelp først da det gikk opp for henne hvor dypt hun skuffet datteren, som vendte seg fra henne fordi hun ble irritabel og uforutsigbar når hun var ruset. Hun klarte ikke lenger å være alle til lags: sjefen på jobben som satte pris på hennes effektivitet, den krevende kjæresten og datteren som ble stor og som ønsket henne som en stødig voksenperson på kveldstid. Det var et langvarig og smertefullt terapeutisk arbeid hun gikk inn i, der hun gradvis våget å åpne opp og se hvor høy pris hun betalte for å være snill og føyelig. Etter hvert kunne hun fortelle fra oppveksten – om hvordan problematiske forhold i familien satte i gang tanker i henne om at bare hun var snill nok og ikke skuffet foreldrene, så ville alle være glade og friske. Hun baserte sin selvaktelse på å søke tilhørighet og tilpasse seg, mens behovet for mestring og autonomi ble neglisjert. Veien mot en mer fleksibel selvaktelsesstruktur, med rom for både tilhørighet, selvstendighet og mestring på flere områder var ikke lett, men preget av både sorg og desillusjonering. Diagnostisk ble pasienten vurdert å ha en avhengig personlighetsstruktur.

Aldri be om hjelp

Pasient B var svært tilbakeholden og ordknapp. Også han kom motvillig, følte seg mer eller mindre tvunget etter å ha vært innlagt grunnet suicidforsøk. Han hadde et slags motto i livet om aldri å be om hjelp, aldri å være avhengig av andre mennesker, og baserte i stor grad av sin selvaktelse på nettopp disse sidene ved seg selv. Han hadde vært frisk og sterk, fysisk aktiv inntil han ble skadet og liggende på sykehus i flere måneder. Han holdt andre på avstand, ikke fordi han følte seg overlegen, men fordi han følte seg underlegen. Han hadde en opplevelse av at andre ikke ville eller kunne forstå og hjelpe, og beskyttet seg dermed mot forventet avvisning. Hans «sannhet» om seg selv og verden var at han var uverdigg og andre fiendtlige, og at det å vise egen sårbarhet ville frata ham all selvrespekt. Samtidig avskar han seg selv fra tilhørigheten han også savnet. Diagnostisk ble han vurdert å ha en personlighetsstruktur med tendens til unnvikning.

«Hvordan skal jeg kunne endre meg og samtidig bevare siste rest av min selvaktelse?»

Det smertefulle spørsmålet hos begge pasientene ble: Hvordan skal jeg kunne endre meg og samtidig bevare siste rest av min selvaktelse? Både det å våge å si nei og å erkjenne eget behov for hjelp er grenseoverskridende for mennesker som gjennom et liv har basert store deler av sin verdi på nettopp å ikke gjøre dette. Når pasienten fornemmer uoverenstemmelser mellom sine erfaringer i samvær med andre og de interpersonlige erfaringskjemaene han eller hun har, oppstår en spenning som befordrer ny læring og nye erfaringskjemaer. Pasienten har på sett og vis et valg mellom å fordreie nye erfaringer for å tilpasse dem til tidligere skjemaer, eller ta steg i retning av å utvide og endre indre erfaringsmodeller slik at de på en bedre måte passer den virkelighet man opplever og erfarer (jf. assimilasjon og akkomodasjon).

Vår selvaktelse tenderer til å opprettholdes på eksisterende nivå fordi den er egosynton (Banaji & Prentice, 1994; Chrzanoski, 1977; McWilliams, 1999) og fordi den bidrar til forutsigbarhet og kontroll i interpersonlige forhold (Swann et al., 1992). Innenfor en syklisk dynamisk referanseramme vil man kunne si at selvaktelsen opprettholdes av pasientens intrapsykiske erfaringskjema og pasientens interpersonlige atferd i det daglige. En vesentlig del av terapeutisk arbeid med selvaktelsesproblematikk handler etter vår erfaring om å gjøre det implisitte mer tydelig. Når pasienten får innblikk i hvordan hans eller hennes karakteristiske atferd og handlingsmønstre bidrar til å svekke egen selvaktelse, kan disse særlige væremåter og interpersonlige mønstre i økende grad bli opplevd som uønskede. Gjennom en felles undersøkende prosess, innenfor en trygg terapeutisk allianse, vil pasient og terapeut gradvis kunne vinne større forståelse av pasientens selvaktelsesdynamikk, av potensielle trusler mot selvaktelsen og av hvordan selvaktelsen i sin tur påvirker og påvirkes av interpersonlige erfaringer (adaptive vs maladaptive interpersonlige mønstre). Et viktig mål kan være at

pasienten i større grad skal kunne godta seg selv som han eller hun er. Å oppleve seg akseptert av terapeuten, også etter å ha blitt stilt egne nederlag, tilkortkomming eller andre såre og skambelagte temaer, vil kunne bidra til en mer aksepterende holdning overfor ens eget selv. Et annet mål er at pasienten etter hvert føler seg trygg nok til å gjøre noen nye valg, å prøve ut nye måter å forholde seg til andre mennesker på, og derved bryte onde sirkler og maladaptive interpersonlige mønstre (Nielsen, 2000; Wachtel, 1993).

Den terapiforståelse vi her beskriver, betoner psykoterapi som en prosess av ny diskriminativ innlæring, der pasienten under gunstigere omstendigheter blir eksponert og reeksponert for følelsesmessige situasjoner han eller hun tidligere ikke har mestret. Slik kan pasienten oppleve korrigerende emosjonelle og relasjonelle erfaringer (Alexander & French, 1946; Nielsen, 2000) som kan integreres i pasientens indre liv og bidra til endring i interpersonlig fungering. Den psykoterapeutiske behandlingen er i mindre grad rettet direkte mot symptomene, men mer mot de interpersonlige mønstrene som regulerer og fastholder den lave selvaktelsen.

En interpersonlig tilnærming til psykoterapi vektlegger det aktuelle samspillet mellom aktørene i terapirommet. I tråd med dette vektlegger McWilliams (1999) betydningen av at vi som terapeuter holder et kontinuerlig våkent blikk også på vår egen selvaktelsesdynamikk og selvfølelsesregulering. Likesom pasienten, har også terapeuten sin implisitte selvaktelse, tett sammenvevd med egen personlighet og interpersonlig stil. Hvordan vil for eksempel en terapeut som baserer mye av sin selvaktelse på det å være uavhengig og selvstendig, møte en pasient som knytter selvaktelse til det å oppnå støtte fra andre? McWilliams (1999) reiser spørsmålet fordi de fleste har en tendens til å tro at det som gir en selv positive opplevelser, også fungerer slik for andre.

Avsluttende kommentarer

Det er grunn til å anta at interpersonlige erfaringer og interpersonlig stil gjenspeiler seg i individets selvaktelse. For det første synes lav selvaktelse å være forbundet med høy grad av interpersonlige problemer. For det andre kan man anta at et individs særlige måter å nærme seg andre mennesker på gir holdepunkter for hva slags interpersonlige erfaringer selvaktelsen forankres i. En som har vansker med nærhet og tilhørighet og som distanserer seg fra intim kontakt med andre, kan for eksempel tenkes å bygge deler av sin selvaktelse på det å være selvstendig og uavhengig. Et terapeutisk mål kan da være å bistå pasienten med å utvide spekteret av domener, dvs. å gi selvaktelsen «flere ben å stå på». En som strever med både nærhet og mestring og selvhevdelse, kan tenkes å bygge selvaktelsen (implisitt og eksplisitt) på å unngå konflikt, og vil i tråd med dette gjerne velge strategier som handler om å trekke seg passivt tilbake. Dette kan ha sammenheng med at personen gjentatte ganger er blitt møtt med avvising, og påfølgende skamfølelse. Ny selvforståelse hos pasienten skjer best i en prosess der terapeuten ut fra sin førstehåndskunnskap om pasientens dysfunksjonelle mønstre kan skape trygghet og rom for emosjonell og relasjonell opplevelse og læring.

Jofrid Bjørkvik

Stord DPS, Psykiatrisk poliklinikk

Pb. 4000, 5409 Stord

E-post jorid.bjorkvik@helse-fonna.no

Tlf 53 49 12 10

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 9, 2006, side 932-939

TEKST

Jofrid Bjørkvik

KONTAKT: jofrid.bjorkvik@hfk.no

Geir Høstmark Nielsen, Institutt for klinisk psykologi, UiB

+ Vis referanser

Referanser

Adler, A. (1912). Über den nervösen Charakter: Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Wiesbaden, Germany: Bergmann.

Alexander, F., & French, T. M. (1946). Psychoanalytic therapy. New York: Ronald Press.

Banaji, M. R., & Prentice, D. A. (1994). The self in social contexts. *Annual Review of Psychology*, 45, 297-332.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.

Bosson, J. K., Swann, W. B., & Penebaker, J. W. (2000). Stalking the perfect measure of implicit self-esteem. The blind man and the elephant revisited? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 631-643.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2. Separation. New York: Basic Books.

Butler, A. C., Hokanson, J. E., & Flynn, H. A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of Social Psychology*, 66, 166-177.

Chrzanowski, G. (1977). Interpersonal approach to psychoanalysis. Contemporary view of Harry Stack Sullivan. New York: Gardner Press.

Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, L. M., & Bouvrette, A. (2003). Contingencies of self-worth in college students: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 894-908.

Devos, T., & Banaji, M. (2003). Implicit self and identity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 177-211.

Flynn, H. K. (2003). Self-esteem. Theory and measurement: a critical review. *Thirdspace*, 3/1 (november 2003). Publisert på <http://www.thirdspace.ca/articles/kohlflyn.htm>

Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.

Harter, S. (1999). The construction of the Self. A developmental perspective. New York: Guilford Press.

- Hartmann, T. (1999). Selvfølelse og psykoterapi. I E. D. Axelsen & E. Hartmann (red.), *Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi* (ss. 92-118). Oslo: Cappelen Akademisk.
- Heatherton, T. F. & Wyland, C. L. (2003). Assessing self-esteem. I S. Lopez, & C. R. Snyder, (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (ss. 219-233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Dover Publications.
- Jordan, C. H., Spencer, S. J., Zanna, M. P., Hoshino-Browne, E., & Correll, J. (2003). Secure and defensive high self-esteem. *Journal of Personal and Social Psychology*, 85, 969-978.
- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 391-402.
- Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1190-1204.
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. I M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (ss. 1-62). San Diego, CA: Academic Press.
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372.
- Markus, H. R., & Kitajima, S. (1997). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press.
- Nielsen, G. (2000). Dynamisk psykoterapi ved angst og angstlidelser. I E. Hougaard, R. Rosenberg & T. Nielsen (Red.), *Angst og angstbehandling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Piaget, J. (1972). *Psykologi og erkendelsesteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent child*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Shafran, R. B. (1995). Infancy. I M. Lionelli, J. Fiscalini, C. H. Mann & D. B. Stern (Eds.), *Handbook of interpersonal psychoanalysis* (ss. 235-251). Hillsdale, NY: The Analytic Press.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I - the relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry* 2:2. Publisert på <http://www.general-hospital-psychiatry.com/content/2/1/2>
- Strupp, H. H., & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key: Time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Swann, W. B. Jr. (1990). To be adored or to be known: The interplay of self-enhancement and self-verification. I R. M. Sorrentino, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition* (ss. 408-448). New York: Guilford Press.
- Swann, W. B. Jr., Kwan, V. S. Y., Polzer, J. T., & Milton, L. P. (2003). Fostering group identification and creativity in diverse groups: The role of individuation and self-verification. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1396-1406.
- Swann, W. B., Wenzlaff, R. M., & Tafarodi, R. W. (1992). Depression and the search for negative evaluations. More evidence of the role of self-verification strivings. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 314-317.
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication*. New York: Guilford.

Weiss, J., & H. Sampson, H. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford.

Wicklund, R. A. (1998). Self-esteem. *Encyclopedia of mental health*, 3, 433-439.