



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan jeg, som psykisk helsearbeider i et bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser med utgangspunkt i klientsentrert terapi, bidra til å styrke brukermedvirkningen / myndiggjøringen hos mennesker med schizofreni ?

Vibeke Stølen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 26

Molde, 14.04.10



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Hvordan kan jeg, som psykisk helsearbeider i et bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser med utgangspunkt i klientsentrert terapi, bidra til å styrke brukermedvirkningen / myndiggjøringen hos mennesker med schizofreni ?

Tittel på engelsk: How can I, as a mental health worker in communities for people with mental illness based on clientcentered therapy, help to strengthen the empowerment of people with schizophrenia?

Forfatter(e): Vibeke Stølen

Fagkode: VPH705

Studiepoeng: 60

Årstall: 2010

Veileder: Kjell Erik Tveten

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 12.04.2010

Antall ord: 8217

Sammendrag

Jeg har i denne oppgaven prøvd å belyse problemstillingen: Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider i et boligfellesskap for mennesker med psykiske lidelser med utgangspunkt i klientsentrert terapi, bidra til å styrke brukermedvirkningen / myndiggjøringen for mennesker med schizofreni? Jeg vil presentere teori om schizofreni, brukermedvirkning, humanistisk perspektiv og klientsentrert terapi. Pasients opplevelse av sin egen lidelse vil være sentralt ved schizofreni. Klientsentrert terapi er terapi som retter seg mot å styrke klientens selvfølelse og tro på seg selv, og er opptatt av opplevelse og følelser hos den enkelte. Målet er å frigjøre de evner og krefter individet har. Den subjektive opplevelsen individet har av egen situasjon, står i fokus for terapien. Selv om klientsentrert terapi i den rendyrkede ikke-dirigerende form ikke har stor plass lenger, er de grunnleggende terapeutiske holdninger viktig. Her vektlegges spesielt empati, varme, trygghet, akseptering, bekreftelse og forståelse i relasjonen. Empirien har jeg innhentet gjennom observasjon og klinisk erfaring fra min egen arbeidsplass. Først presenterer jeg en kasusillustrasjon, så en dialog/narrativ som diskusjonen tar utgangspunkt i. Min erfaring er at klientsentrert terapi er en komplisert og krevende terapi form som krever at den gjøres med klinisk kunnskap og varsomhet. I motsatt fall vil lett klientsentrert terapi miste sin hovedforankring, altså brukerens subjektive opplevelse og målsetning om en aktiv og medbestemmende bruker.

Min hovedkonklusjon er at vi må spørre dem dette angår. Det vil si de psykisk syke selv. For eksempel å intervju disse og få frem hva de mener er viktigst for å få "et enda bedre liv". Slik jeg ser det, er det å spørre brukerne selve essensen i brukermedvirkning og myndiggjøring. Da vil vi få frem brukerens stemme og får muligheter til å ta denne på alvor. Brukeren selv opplever at egne meninger blir vektlagt betydning - vel og merke hvis de blir tatt på alvor / fører til forandring.

Innhold

Sammendrag

Kapitel 1.0	1
1.1 Bakgrunn / hensikt for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Avgrensing av problemstilling	2
1.3 Metode	2
1.4 Oppgavens oppbygning	2
Kapitel 2.0	3
2.1 Vitenskapsteori	3
2.2 Psykose	4
2.3 Schizofreni	4
2.4 Brukermedvirkning	6
2.5 Det anerkjennende perspektiv og recovery	7
2.6 Humanistisk perspektiv	8
2.7 Klientsentrert terapi	9
2.7.1 Sentrale punkter i det terapeutiske samarbeidet	10
2.9 Empati	12
2.10 Sokratiske dialog /spørreteknikk	12
3.0 Empiri	12
3.1 Kasusillustrasjon	13
4.0 Diskusjon/ drøftingsdelen	13
4.1 Samtalen/ dialogen	14
4.1.1 Generelle betraktninger - brukermedvirkning	15
4.1.2 Samtalen i lys av klientsentrert terapi	16
4.2 Konklusjon	20
5.0 Referanseliste	22

Kapitel 1.0

1.1 Bakgrunn / hensikt for valg av tema og problemstilling.

Formålet med denne fordypningen er å belyse hvordan jeg som miljøterapeut i et bofellesskap kan anvende klientsentrert terapi som et redskap for å fremme brukervedvirkning / myndiggjøring i møte med en kvinnelig beboer med diagnosen schizofreni. Jeg håper og tror at det å skrive en slik oppgave skal føre til at jeg får tilegnet meg ny kunnskap på disse områdene. I forbindelse med min praksisperiode ved et distriktpsykiatrisk senter, fikk jeg delta i forberedelser og utflytting av kvinnen til et bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Kvinnen har bodd mesteparten av sitt liv på ulike institusjoner. Under praksisen observerte jeg blant annet at brukervedvirkning / myndiggjøring kan være spesielt vanskelig å få til, da denne kvinnen over tid har utviklet en passiv rolle og at hjelperne har lave forventninger til funksjon og deltagelse. Jeg stilte meg spørsmål om hvordan jeg kan fremme brukervedvirkning / myndiggjøring i mitt møte med kvinnen. Brukervedvirkning er lovfesta i blant annet i helsepersonell- og sosialtjenesteloven. Da jeg skulle finne en psykoterapeutisk retning, falt valget på klientsentrert terapi, og spørsmålet jeg da stilte meg var hvordan kan denne terapi- retningen anvendes i min kliniske hverdag som miljøterapeut. Temaet i oppgaven er brukervedvirkning / myndiggjøring av personer med diagnose schizofreni og problemstillingen er:

Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider i et bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser med utgangspunkt i klientsentrert terapi, bidra til å styrke brukervedvirkningen / myndiggjøring for mennesker med schizofreni?

Ekeland og Heggen (2007) skriver at brukervedvirkning kan defineres som at det handler om en persons rett og mulighet til å delta i alle sammenhenger som angår han eller hennes liv, som pasient eller bruker eller som innbygger i en kommune. I følge Snoek og Engedal (2002) blir schizofreni ofte beskrevet som ”sprukken sinn”. Videre skriver de at begrepet prøver å beskrive tankeprosesser og følelsesreaksjoner som ikke henger sammen som det gjør i en normal tilstand. Schizofreni er en psykisk lidelse som i mange tilfeller kan ha et livslangt forløp. Bofellesskap kan defineres som en boenhet som består av flere separate leiligheter og som forenes av en felles organisasjon for hjelp og tilsyn.

1.2 Avgrensning av problemstilling

Jeg har i min oppgave valgt å fokusere på brukermedvirkning og klientsentrert terapi i min arbeidssituasjon knyttet til en kvinne som har diagnosen schizofreni. Ut ifra at mitt hovedfokus er på individnivå, velger jeg derfor ikke å skrive om brukermedvirkning på gruppe og systemnivå i denne oppgaven. Dette ikke fordi jeg anser brukermedvirkning på gruppe og systemnivå som mindre sentrale, men pga oppgavens begrensede omfang. Definisjoner av begreper innen klientsentrert terapi vil bli belyst i teoridelen av oppgaven der jeg belyser de sentrale prinsippene innenfor klientsentrert terapi.

1.3 Metode

Metoden forteller oss ifølge Dalland (2000) noe om hvordan vi bør gå fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Denne oppgaven bygger på en litteraturstudie og et narrativ hentet fra min miljøterapeutiske kontekst. Et narrativ er tatt med som en klinisk illustrasjon, dette fordi formålet med denne fordypningen er at oppgaven skal være klinisk forankret. Eksempler blir anonymisert ved at jeg anvender fiktivt navn og alder. Måten jeg har gått frem på er å benytte meg av biblioteket, fagbøker og pensumlitteratur. Underveis i teksten henviser jeg til kildene. Fordelen ved valg av metode er at det er mye aktuell litteratur.

1.4 Oppgavens oppbygning

Etter innledningskapitlet følger teoretisk referanseramme. Her vil jeg først presentere vitenskapsteori og deretter sentral teori med relevans til min problemstilling. Her har jeg valgt å redegjøre for psykose og schizofreni først, deretter brukermedvirkning. Videre presenterer jeg humanistisk filosofi, klientsentrert terapi og kommunikasjon på individnivå, sokratiske dialog / spørreteknikk og empati. Deretter vil jeg forsøke å diskutere et møte med en schizofren kvinne som er forankret i klientsentrert terapi. Avslutningsvis i denne oppgaven vil jeg forsøke å trekke en konklusjon hvor jeg vil presentere det viktigste jeg har kommet frem til jfr. problemstillingen min, og hva dette kan innebære for videre fagutøvelse /utvikling og forskning.

Kapitel 2.0

Dette kapittelet har til formål å belyse sentrale og relevante teoretiske perspektiver, sett i lys av problemstillingen.

2.1 Vitenskapsteori

Thornquist (2006) skriver at et vitenskapsteoretisk perspektiv inneholder filosofiske oppfatninger om hva en mener er vitenskap eller forskning. Min forankring i denne oppgaven er basert på en hermeneutisk/ fenomenologisk tradisjon. Jeg er i denne fordypningsoppgaven bedt om å tolke en case relatert til egen praksis jf fagplanen. På bakgrunn av dette vil jeg forsøke å diskutere/tolke et møte med en schizofren kvinne og disse tolkningene er forankret i et fenomenologisk / hermeneutisk perspektiv: klientsentrert terapi. Haugsgjerde mfl (2009) skriver at i psykisk helsearbeid er det viktigste arbeidsredskapet oss selv som menneske og metoden er kommunikasjon. Vi kan kommunisere både verbalt og non – verbalt. Det er umulig ikke å kommunisere. For å forstå kommunikasjonssituasjonen må jeg både se på budskapet og samspillet i situasjonen, konteksten.

Jeg skriver kort om hermeneutikk og fenomenologi for å begrunne og klargjøre metodevalg. Thommasen (2007) skriver at hermeneutikken kom som en reaksjon mot en naturvitenskaplig virkelighetsoppfatning og et empirisk vitenskapssyn og fremhever det særegne ved mennesket og den menneskeskapte virkelighet. Videre skriver hun at i dag er det vanlig å definere hermeneutikk som ”*det å fortolke og forstå meningsfulle fenomener*”. Hun påpeker også at hermeneutikken fokuserer på sammenhengen mellom forståelse og tolkning og mellom handling og mening. Avslutningsvis skriver hun at innenfor det hermeneutiske perspektiv blir mennesket betraktet som et handlende subjekt der handlingene er tillagt mening.

Ifølge Thommasen (2007) innebærer fenomenologi å se på det som ”*trer frem og viser seg*” for noen. Dette begrunner hun med at det er en relasjon mellom fenomenet som viser seg og den som fenomenet viser seg for. Videre skriver hun at den verden vi lever i til daglig, som vi har fortrolighet og erfaring med, kalles for livsverden innenfor den fenomenologiske tradisjon. Hun er inne på at dette ansees som vår primære erkjennelsesform, og danner forutsetningen for all kunnskap og vitenskap. Videre sier hun

at livsverden kan beskrives slik det fremstår fra et subjektivt perspektiv. Et subjektivt perspektiv betyr ikke nødvendigvis et rent individuelt eller privat perspektiv. Dette begrunner hun med at gjennom erfaringer av andre menneskers perspektiv kan våre egne perspektiver både klargjøres og utfylles. Avslutningsvis skriver hun at vi erfarer alltid fra et eller annet perspektiv, vi kan aldri erkjenne verden slik den er i seg selv, uavhengig av oss. Vatne (2003) skriver at livsverdenbegrepet oppstod med utgangspunkt i Edmund Husserls filosofi, og som en kritikk mot naturvitenskapen. Videre skriver hun at med livsverden mener Husserl verden slik den fremstår for oss i vår praktiske omgang med tingene, i våre daglige og mellommenneskelige aktiviteter. I følge Vatne (2003) er: ” *å la den andre stige frem så fordomsfritt og forutsetningsløst som mulig* ” et viktig prinsipp innenfor fenomenologien. Haugsgjerde m.fl (2009) skriver at klientsentrert terapi forsøker å anvende verstehende (forstående) i psykologi og fenomenologi i klinisk praksis. Dette innebærer at terapeuten møter klienten som et subjekt motsetning til å behandle klienten som et objekt skriver de avslutningsvis.

2.2 Psykose

Hummelvoll (2001) skriver at psykose er et samlebegrep for en rekke alvorlige sinnslidelser, og i enkleste forstand kan psykose forklares som ” mareritt i våken tilstand”. Videre er han inne på at et sentralt moment ved psykosen er at pasienten i stor grad går inn i en tilbaketrekning fra en felles menneskelig virksomhet. Dette å ha begrenset evne til å delta i en sosial setting, dele seg selv med andre og samtidig være en del av andres liv, er en beskrivelse som til dels kan være dekkende skriver han avslutningsvis.

2.3 Schizofreni

Snoek og Engedal (2002) hevder at den enkelte pasients opplevelse av sin egen lidelse vil være sentralt ved schizofreni. Videre skriver de at schizofreni som lidelse dreier seg om mennesker som i en eller annen form har vansker i forhold til en generell virkelighetskontakt. Dette begrunner de med at den schizofrenes tolkning av omverdenen er strekt preget av egne tanker og ideer. Denne tolkningen har fått en så privat karakter at det ofte vil være vanskelig, om enn ikke umulig for andre mennesker å forstå. Holme m.fl (2006) skriver at lidelsen vil, på tross av store individuelle forskjeller, kunne beskrives

nærmere ved hjelp av et noe mer generelt symptombilde. Det er ikke slik at samtlige beskrevne symptomer finnes hos alle pasienter med denne lidelsen, snarere tvert i mot skriver de. Den enkelte pasient har sitt eget symptombilde, ofte med utgangspunkt i en beskrevet symptomrekke, men hvor graden og innholdet av symptomene vil variere hevder de. Avslutningsvis skriver de at man ofte ser symptomene ved schizofrenilidelse delt inn i primærsymptomer og sekundære symptomer.

I følge Holm m.fl (2006) er de primære symptomene: autisme, assosiasjonsforstyrrelser, ambivalens og affektiv forstyrrelse. Autismen beskriver pasientens grad av innadvendthet, opptatthet av sin egen, private verden. Dette medfører isolasjon fra et vanlig sosialt liv og vanskeligheter knyttet opp i mot det å delta i fellesskapet. Dette kan utvikle seg til det som kalles et depersonaliseringsfenomen skriver Holme m.fl (2006). Videre skriver de at assosiasjonsforstyrrelse gir seg utslag i tanker og tankerekker som blir vanskelige å oppfatte og forstå for utenforstående. Sprang fra den ene tanken til den andre er fremtredende og pasienten har eksempelvis vansker med å "følge en rød tråd" i felles kommunikasjon og gjøremål. Pasientens fortsettelse og forsøk på sammenheng kan virke uforståelige. Språket kan forandres, og kan bli oppfattet som koder. Nye orddannelser repeteres ofte. Det kan finnes skjulte sammenhenger og mønstre i dette. Ambivalens relaterer seg til vanskeligheter med å ta og gjennomføre valg. Dette kan være enkle valg i hverdagen, eksempelvis hva man skal velge av pålegg til brøskiva si. Pasienten kan ha så store problemer knyttet til slike enkle valg at ting går i stå. Det kan også bli et spørsmål om liv eller død. Pasienten føler seg utsatt for motstridende behov og impulsretninger. Dette kan medføre tvangshandlinger. Det siste primære symptomet er affektive forstyrrelser. Disse gir seg uttrykk i følelsesmessige reaksjoner som er dårlig tilpasset gitte situasjoner, og som avviker fra det som vanligvis forventes. Eksempelvis kan situasjoner som naturlig ville medføre følelser av sorg kunne føre til latterutbrudd eller annen upassende atferd. De sekundære symptomene ved lidelsen er ifølge Holm m.fl (2006) ikke like spesifikke som primærsymptomene. De forekommer også ved mange andre typer av psykiske lidelser. Likevel er det disse symptomene som generelt forbindes med schizofreni og psykose. Dette inneholder tankeforstyrrelser, hallusinasjoner / sanseforstyrrelser, forfølgelse - og påvirkningsideer, bisarre vrangforestillinger, motoriske symptomer og atferdsforstyrrelser samt tvangsfenomener hevder de avslutningsvis.

Snoek og Engedal (2002) skriver at når det gjelder årsaksforholdene rundt schizofreni og psykose finnes det ikke en fullgod oversikt over dette. Videre hevder de at det eksisterer flere forskjellige forståelse og forklaringsmodeller, som ofte kan være på motstridende. Disse omfatter både biologiske-, psykologiske- og sosiale forhold som blir brukt for å beskrive årsaksforhold til schizofreni og psykose. Videre skriver de at det eneste man med sikkerhet kan enes om er at schizofreni og psykoselidelse har et multifaktorielt årsaksbilde, og at de faktorer som ligger til grunn for utviklingen vil variere i de enkelte tilfeller. I følge Snoek og Engedal (2002) er det vanlig å relatere utviklingen av schizofreni og psykose opp i mot en stress-sårbarhets modell. Modellen beskriver sårbarhetsfaktorer som må ligge i bunn for at en psykoseutvikling skal finne sted skriver de. Videre hevder de at disse sårbarhetsfaktorene knyttes opp i mot genetiske, biologiske, psykologiske og sosiale forhold. I tillegg må det være en viss mengde utløsende faktorer til stede for at psykosen skal kunne oppstå. Disse kalles stressfaktorer. De beskriver elementer som har sammenheng med livshendelser og selvstendighetsprosesser i overgang fra ungdom til voksen. Avslutningsvis påpeker Snoek og Engedal (2002) at forandringer rundt relasjonelle forhold ofte er sentralt.

2.4 Brukermedvirkning

Ekeland og Heggen (2007) skriver at brukermidvirkning handler om at brukerne skal kunne ta i bruk egne ressurser og være aktiv deltagende i egen behandling, samt ha medbestemmelse når det gjelder tjenester og omsorg som blir ytt dem. Vatne (2003) skriver at brukermidvirkning forutsetter at hjelperelasjonen bygger på samtale / dialog. Videre skriver hun at ut ifra et slikt ståsted kan en si at brukermidvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å yte best mulig hjelp. Deretter sier hun at kvalitetsforbedringen ligger i samtalen / dialogen og samspillet mellom bruker og bistandsyter. I følge Vatne (2006) oppfattes relasjonen som det sentrale både i utvikling og bedring av psykisk lidelse og at det er dette psykisk helsearbeid må forankres i. Videre går hun inn på at et relasjonelt perspektiv vil si at en forsøker å forstå relasjonen i lys av hvordan begge parter tenker og handler, og at en anvender et anerkjennende perspektiv. Dette begrunner hun med at en bistandsyter som arbeider innenfor et relasjonelt perspektiv vil fokusere på hvordan vedkommende kan forstå brukerens adferd i samspill med andre

og seg selv. Og hvordan vedkommende gjennom relasjonen kan skape lindring av lidelsen og oppleve økt grad av brukermedvirkning og livskvalitet hos brukeren.

2.5 Det anerkjennende perspektiv og recovery.

I følge Vatne (2006) handler det anerkjennende perspektivet om å bekrefte pasienten som et selvstendig individ til tross for sin lidelse. Samtalen som verktøy vektlegges som vesentlig. Videre påpeker hun at det er nødvendig å finne fram til noe som er trygt og kjent for pasienten å snakke om for å kunne skape en god relasjon og dialog. Dialog synes å være det pasienten trenger mest, men frykter mest skriver hun. Videre skriver hun at det er viktig å forsøke på å opprette dialog som gir muligheter til å dele indre konflikter. Det er derfor en viktig terapeutisk tilnæringsmåte, samt en forutsetning for å prøve å forså, bekrefte og anerkjenne. Haugsgjerde m.fl (2009) hevder at samtalens plass og betydning i møte og i samarbeidet mellom bistandsyter og pasient anses som en hjørnestein i psykisk helsearbeid.

I følge Vatne (2006) betyr recovery å komme seg etter sykdom. Hun sier at pasienter som har fått en alvorlig diagnose som schizofreni har beskrevet egen bedring som en prosess som skaper ny mening og identitet, på tross av begrensingene de psykiske symptomene forårsaker. Hun poengterer at et viktig kjennetegn ved bedring er at pasienter begynner å bevege seg fra en passiv tilpassing til lidelsen og symptomene, til å gjøre forsøk på en mer aktiv mestring av hverdagen. Det begrunner hun med at personen prøver å ta personlig ansvar for sin situasjon, og kan ta beslutninger som også kan føles risikofyllt. Det vil si at de prøver å flytte grenser. Hun skriver at pasienter utvikler egne måter å mestre lidelsen på som kan oppfattes som at pasienten lærer å leve med personlig sårbarhet i hverdagslivet. I løpet av prosessen vil personen utvikle et personlig sett av selvhjelpstrategier, ressurser og mestringsstrategier. Dette medfører en økt grad av livskvalitet/ livsutfoldelse for den schizofrene. Videre hevder hun at det som går igjen i pasientbeskrivelsen er de mange merkelappene som psykiatrien setter på pasientene, f.eks diagnosene. Dette fører til at de blir dømt til å ha en langvarig sykdom eller være psykiatrisk pasient resten av livet. Hun er også inne på at diagnosen kan gi pasienten en følelse av å være en mindreverdige person, samtidig som de tar fra pasienten håpet om en fremtid. På en annen side kan en diagnose også gi de psykisk syke og andre en bekreftelse på de vansker de kjenner på. Borge og Topor (2003) skriver at recovery eller bedring ikke er entydig beskrevet, og det er behov

for klargjøring av hva en legger i bedring ved alvorlige psykiske lidelser. De skriver at bedring er en menneskelig prosess og innebærer at pasienten utvikler en tilfredsstillende måte å leve på, tross vansker/ symptomer som lidelsen medfører. De har oversatt recovery som bedringsprosesser eller ”å komme seg”.

2.6 Humanistisk perspektiv

Haugsgjerde m.fl (2009) skriver at humanistisk teori har fokus på menneskets iboende krefter til utvikling og hvor respekten er sentral. Videre hevder de at humanistisk psykologi legger vekt på forståelse av enkeltmennesket på dets egne premisser, og at samtalen fremstår som kanskje det mest vesentligste kliniske hjelpemidlet innenfor det humanistiske perspektivet. Dette begrunner de med at den muliggjør et ekte møte med pasienten, og derved kan bidra til at ærlighet og tillit etableres i relasjonen. Samtalen mellom pasient og bistandsyter danner grunnlaget for utvikling av en felles forståelse og terapeutisk samarbeid. Videre skriver de at samtalen starter en felles leting etter forståelse og utforskning av livsproblemer. Samtalen er likeverdig i den forstand at bistandsyter og pasient snakker med hverandre, ikke til hverandre. Avslutningsvis skriver de at bistandsyter kunnskaper skal bidra til et fritt samtalerom, der nye forståelser og perspektiver er det sentrale målet. Det å kunne fortelle sin historie usensurert gir en opplevelse av å bli respektert og verdsatt av andre. Samtidig gir samtalen personene muligheter til å stoppe opp og reflektere over selve samtalen og over det de selv uttrykker.

Haugsgjerde m.fl (2009) skriver at den norske psykologen Schibbye vektlegger samtalsform foreslått som et forum for terapeutisk undring. Med dette menes det at det ligger en forutsetning om at bistandsyter tåler uklarheter, manglende oversikt og våger å stole på sine egne følelser og intuisjon. Målet er ikke å trekke konklusjoner, finne sannheter eller å gjøre pasienten frisk. Pasientens opplevelse av å ikke bli møtt i samtalen kan være forankret i at bistandsyter ikke evner å innta en terapeutisk undring. Avslutningsvis skriver de at noen bistandsytere opplever at det er en kunst å samtale. Det gjelder både å kunne treffe følelsesmessig og stemningsmessig og å kunne være ærlige og oppriktige i forhold til hverandre.

2.7 Klientcentrert terapi

Haugsgjerde m.fl (2009) skriver at klientcentrert terapi er utviklet av den amerikanske psykolog Carl Rogers. De skriver at Carl Rogers var kjent for sin varme, oppmerksomme, omsorgsfulle, empatiske og tilstedeværende holdning i terapien. Videre skriver Haugsgjerde m.fl (2009) at klientcentrert terapi forsøker å anvende verstehende (forstående) psykologi og fenomenologi i klinisk praksis. De skriver at dette innebærer at terapeuten møter klienten som et subjekt i motsetning til å behandle klienten som et objekt. Videre skriver de at Carl Rogers var opptatt av å forstå og bekrefte sin pasient, og tenkte at bedringsprosessen skjer gjennom empatisk bekreftelse av pasienten. Haugsgjerde m.fl (2009) hevder at blant de grunnleggende terapeutiske holdningene i klientcentrert terapi er ubetinget aksept av klienten, empatisk innlevelse i klientens opplevelse og formidling av håp for fremtiden. Videre skriver de at moderne forskning har vist at disse holdningene er blant de grunnleggende forutsetninger for at psykoterapi skal være virksom, uansett teknikk og teoretisk retning. Nielsen og Lippe (1993) skriver at selv om klientcentrert terapi i den rendyrkede ikke-dirigerende form ikke har stor plass lenger, er de grunnleggende terapeutiske holdninger å finne i alle former for psykoterapi. Videre mener de at målet med terapien er å styrke klientens selvfølelse og tro på seg selv, og å frigjøre de evnene og kreftene klienten har. Nielsen og Lippe (1993) skriver at terapiformen er fenomenologisk i betydningen at den tar utgangspunkt i at klienten selv vet best om seg selv og sine motiver. De generelle faktorer ved all psykoterapi vektlegges derfor spesielt (empati, varme, trygghet, akseptering, bekreftelse og forståelse), og teori om klientens problemer vektlegges ikke skriver Nielsen og Lippe (1993).

I følge Nielsen og Lippe (1993) bygger terapien på et positivt syn på menneskets evne til vekst og selvutvikling. De mener at det derfor er naturlig å overlate en stor del av ansvaret og initiativet for den psykoterapeutiske prosess til klienten selv. Terapeuten er med andre ord ikke-dirigerende og følger pasientens valg av tema i terapien. Terapeuten anser sin hovedoppgave som å reflektere tilbake og tydeliggjøre for klienten hennes egen opplevelse skriver Nielsen og Lippe (1993) avslutningsvis.

2.7.1 Sentrale punkter i det terapeutiske samarbeidet

Empati

Haugsgjerde m.fl (2009) skriver at Carl Rorgers understreket skillet mellom empati og identifikasjon. De skriver at når terapeuten identifiserer seg med den andre, går han helt opp i og blir oppslukt av klientens følelser eller opplevelse. De poengterer at dette ikke er til hjelp for klienten. De hevder at det sentrale innenfor klientsentrert terapi er at terapeuten både opplever og gjenkjenner klientens følelser og viser samtidig mulighetene for å komme videre.

Ekthet

Haugsgjerde m.fl (2009) skriver at terapeuten må kunne vise alle sine følelser som har med klienten å gjøre, slik de virkelig er. Når en reagerer på følelser om for eksempel egoisme hos klienten må man kunne uttrykke det. De hevder at hvis terapeuten ikke greier å gi tilbakemeldinger, vil klienten intuitivt oppleve mangel på ekthet i forholdet. Avslutningsvis skriver de at dette kan medføre at klienten opplever det som en usikkerhet og en faktor som forstyrrer tilliten til terapeuten.

Kongruens

Haugsgjerde m.fl (2009) skriver at i begrepet kongruens vektlegges det at det må være samsvar mellom det terapeuten sier og det terapeuten gjør i forhold til andre mennesker. Videre hevder de at samstemtheten mellom adferd og følelser hos terapeuten vil også bidra til at terapeuten selv også opplever en menneskelig vekst. Dette begrunner de med at terapeuten lærer seg selv å kjenne og øver seg i å se seg selv og andre. Terapeuten må både gi uttrykk for egne følelser og ta imot andres følelser, dette vil medføre at brukeren blir influert og inspirert i egen modningsprosess skriver Haugsgjerde m.fl (2009).

Avslutningsvis skriver de at terapeuten legger tilrette for en modningsprosess for brukeren ved at brukeren lærer det samme som terapeuten. Det begrunner de med en trygg og aksepterende atmosfære i den terapeutiske relasjonen.

Bevissthet om følelser

Haugsgjerde m.fl (2009) skriver at i terapiprosessen skjer det en følelse av befrielse ved å endelig tørde å oppleve egen situasjon hos klienten. Dette på bakgrunn av at klienten ser egen situasjon fordi han selv har uttrykt den, og fordi terapeuten har gjengitt / speilet den i

en klarere utgave. Terapeuten gir tilbake det klienten nettopp har sagt, på en tydeligere måte, med ei mer bevisst fremstilling av følelser. I følge Haugsgjerde m.fl (2009) vil dette medføre at klienten tør å se og erkjenne det han tidligere ikke har villet vedkjenne seg.

Frigjøring og vekst

Haugsgjerde m.fl (2009) skriver at elementene empati, ekthet, kongruens og bevissthet om følelser skaper en helhet. Helheten skapes jevnt og trygt gjennom terapiprosessen når klienten opplever en vekst og utvikling. De er inne på at gjennom terapien evner klienten å kvitte seg med følelser av isolasjon, tilbakeholdenhet og tristhet. Dette medfører at klienten opplever mindre forsvarsholdninger og mindre av psykisk og fysisk smerte og spenning. Videre skriver de at miljøet i terapiprosessen er et eksempel på et vekstfremmende miljø. De mener dette kan bli belyst ut ifra at det finnes noen som interesserer seg for kontakt. Samt tar initiativ til at problemer blir belyst og kan bli bevisste. I et slikt miljø er det en grunnleggende tro på at følelser og impulser i et menneske er til å hankses med, og de kan brukes til å bli en ”helhetlig” person skriver Haugsgjerde m.fl (2009) avslutningsvis.

2.8 Kommunikasjon

I følge Haugsgjerde m.fl (2009) er samtalens plass og betydning i møte mellom helsearbeider og bruker en hjørnestein i psykisk helsearbeid. Språket er et middel til kommunikasjon. I følge Haugsgjerde m.fl (2009) er dette et av språkets to hovedfunksjoner. Den andre funksjonen er å ordne erfaringer og styre tanken. Dette anses som et grunnleggende trekk ved språket. Vi setter navn på følelser, ting, handlinger og abstrakte begreper. Avslutningsvis skriver de at gjennom språket lærer vi hvordan vi skal oppfatte verden og alt som er i den, og med språket beskriver, kategoriserer, sorterer og klassifiserer vi fenomener på en bestemt måte. Thornquist (2003) skriver at språket knytter oss sammen i sosiale fellesskap. Videre skriver hun at det bryter bindingen til vår egen subjektive erfaring. Hvis vi skal kunne forstå en annen persons livsverden, må vi bruke språket. Vi snakker hele tiden med hverandre om den verden vi lever i, eller mer presist om den verden vi føler, sanser og forestiller oss. Språket fungerer fordi det er knyttet mening til ordene skriver Thornquist (2003) avslutningsvis.

2.9 Empati

Tveiten (2007) skriver at empati er evnen til å lytte og sette seg inn i andres situasjon. I helsefaglig kommunikasjon er det viktig med både empatisk innlevelse og respekt for at andre er forskjellig fra en selv. I følge Tveiten (2007:63) kan empati definere som: ” *en ser situasjonen fra den annens ståsted og ut ifra dennes norm, vurderinger og oppfatninger*”.

2.10 Sokratiske dialog /spørreteknikk

Bråten (2004) skriver at den sokratiske dialog foregikk ved at Sokrates stilte spørsmål i den hensikt å hjelpe den han spurte, å finne svarene. Ifølge Tveiten (2007) representerte dialogen en slags «veilederfunksjon», svarene er i den som ble spurt, men denne vet ikke nødvendigvis om det. Den sokratiske dialogen kjennetegnes ved at terapeuten vet at han ikke vet og derfor forsetter å spørre, ikke for å avdekke fakta men for å danne seg og prøve ut hypoteser i en utforskende prosess med klienten. I klientsentrert terapi er den sokratiske dialogen en undersøkende prosess. Terapeuten gjentar klientens perspektiv først, for eksempel ved å si: slik det høres ut for meg, tenker og føler du, og deretter invitere til diskusjon av fordeler og ulemper ved resonnementet og slutninger, frigjøre informasjon og skape ny forståelse. Vatne (2006) skriver at spørsmålene kan være i form av sirkulære spørsmål som forskjellsspørsmål det vil si forhold som dreier seg om størst, mest, minst og lignende. Og adferds spørsmål som f.eks dreier seg hvilke følger en bestemt type adferd har. Videre skriver hun at de sirkulære spørsmålene kan ha en frigjørende effekt på klienten, fordi de er åpne uten å låse fast. Det skjer en frigjøring hvis spørsmålene fører til at klienten oppdager mønstre i egen adferd. Tveiten (2007) skriver at dialogen har som formål å komme frem til en felles forståelse av brukerens anliggende, uten å overtale. Dialogen har egentlig ingen slutt, det er alltid mulig å gå videre med nye spørsmål, nye svar og nye argumenter. Avslutningsvis hevder hun at denne form for dialog er forankret i brukermedvirkning « brukeren er ekspert på seg selv».

3.0 Empiri

Jeg vil her presentere kasusillustrasjon / narrative og deretter belyse noen av begrepene jeg her nevnt, og illustrere de ved hjelp av eksempler hentet fra praksis. Konteksten er hentet fra praksis / bofellesskap og jeg velger å kalle kvinnen vi møter i fortellingen for Liv. Hun

er en kvinne i slutten av 50 årene. Dette for å sikre kvinnen anonymisering. Jeg velger å kalle søsteren til Liv for Sol, dette for å sikre søsteren anonymisering.

3.1 Kasusillustrasjon

Liv er i slutten av 50 årene og har nylig flyttet til et bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Hun har bodd mesteparten av sitt liv på ulike institusjoner. Liv har lenge ytret et ønske om å få sin egen bolig. Endelig i en av de siste månedene i 2009 kunne Liv flytte i egen bolig. Liv har hatt psykisk lidelse helt siden hun var ung. Hennes lidelse kan betegnes som langvarig schizofren tilstand. Dette gjør at hun blant annet kan ha opplevelser / forestillinger / oppfatninger av at omverden som kan virke skremmende på henne og gjør henne mistenksom ovenfor andre mennesker. Liv har invalidiserende angst som blant annet gjør det vanskelig for henne å handle i butikker, forholde seg til nærhet med andre personer, benytte offentlig transport og hun føler seg utrygg i forhold til ukjente mennesker. Det antas at Liv hører stemmer, hun snakker ofte høyt med seg selv. Liv er ofte psykotisk, men er tydelig i sin kommunikasjon om hun ønsker kontakt eller ikke kontakt. I kommunikasjonen med Liv kan vi ofte oppleve at hun projiserer sine følelser som kjennes vanskelig for henne over på omgivelsene. Hun kan for eksempel si at du trenger ikke være redd, utrygg og lignede. Liv har flere søsken, men det er spesielt en søster hun har hatt god kontakt med. De gikk ofte i kirken sammen. Sol døde for 7 år siden, etter kort tids sykeleie. Når Liv er i god psykisk form er hun humoristisk og ønsker gjerne å prate om ting hun er opptatt av. Hun liker å snakke om hverdagslige fenomener. Hun er også ganske klar på hva hun trenger hjelp til i forhold til praktiske gjøremål. Hennes interesseområder er blant annet knyttet til religion, musikk og huslige sysler.

4.0 Diskusjon/ drøftingsdelen

I denne drøftingsdelen vil jeg ta utgangspunkt i en samtale / dialog mellom Liv og meg, og diskutere disse i lys av teori som jeg har belyst / presentert i ovennevnte kapitler.

4.1 Samtalen/ dialogen

Det er mandags morgen og jeg banker på Livs dør. Ingen respons, jeg lener meg mot Livs dør og sier: *Liv det er som banker på, jeg lurte på om du trenger hjelp til noe på formiddagen?* Ingen respons. Jeg trekker meg tilbake til personalbasen og beslutter å avvente. Ca en halvtime senere banker det på basens dør. Jeg åpner døra og Liv står der.

L: *Hva ville du istad?*

J: *Jeg lurte på om du trengte hjelp til noe på formiddagen i dag?*

L: *Jeg får nå aldri hjelp her på dette galehuset, «lat-pakk» hele gjengen.*

J: *Jeg synes det er trist at du opplever det slik, men nå synes jeg at du er urettferdig i dine uttalelser til meg! Jeg spurte deg nettopp om du ønsket hjelp.*

L: *Ingen forstår meg.*

J: *Så du føler deg ikke forstått av noen her? Vi ser på hverandre i ca et halvt minutt. Liv avbryter stillheten.*

L: *Jeg trenger melk.*

J: *Det kan vi handle, er det mere du ønsker å kjøpe?*

L: *Kan du ikke være med inn og se. Jeg nikker og vi går inn i Livs leilighet.*

J: *Skal vi se i kjøleskapet ditt?*

L: *Ja.*

J: *Jeg ser at du har ost og leverpostei, skal vi kjøpe med noe annet?*

L: *Jeg vet ikke hva de har i butikken.*

J: *Det burde ikke vært slik, er det lenge siden du har vært i butikken?*

L: *Jeg satt i bilen mens handlet brus og røyk for meg (En av DPS ansatte). Han var borte så lenge.*

J: *Det var kjempebra at du greide å sitte i bilen å vente, og jeg skjønner at du ble utrygg av å sitte å vente så lenge på han. Liv svarer meg ikke på det.*

J: *Hvor hentet du kreftene til å vente?*

L: *Vårherre.*

J: *Det er godt for deg å ha Vårherre. Liv nikker.*

J: *Jeg husker du sa at du brukte å gå i kirka sammen med Sol.*

L: *Å... det er mange år siden. Liv begynner å synge: Nærmere deg, min Gud... nærmere deg. Jeg nynner med.*

L: *Jeg tror Gud er med meg og vil gi meg styrke til å leve et aktivt liv igjen.*

J: *Jeg undres på hva du mener er et aktivt liv for deg Liv?*

L: *Jeg må vel prøve å bli sosialisert, det sa ho Sol å!*

J: *Det høres ut for meg som du savner Sol.*

L: *Du må gå nå.*

J: *Jeg skjønner at det å snakke om Sol nå oppleves vanskelig for deg, kan vi snakke om det i morgen?*

L: *Vi kan snakke om det imorra vi.*

J: *Passer det at jeg kommer kl 11 i morgen?* Liv bekrefter med et nikk.

J: *Takk for praten Liv.*

4.1.1 Generelle betraktninger - brukervedvirkning

Det å dele opplevelse med den andre, forutsetter at terapeuten evner å sette seg inn i og ser situasjonen fra den andres ståsted, samt føle med og leve seg inn i at man er bevisst på at det er den andre det handler om. *Empati* gir mulighet for å komme innenfor den andres opplevelsesverden. Vatne jf pkt 2.4 understreker noen sentrale forhold i møte med den andre. Først og fremst behovet for å bli møtt som en aktør i sitt eget liv, å bli sett som en person i en hverdagsammenheng, og der omgivelsene vies oppmerksomhet. Hvordan aktivere Livs egne valg, muligheter, tro, håp, mening i retning av at livet etter hvert kan bli bedre? Hva innebærer det i praksis? Slik jeg ser det vil graden av bedring og brukervedvirkning være avhengig av flere elementer. Et av elementene jeg tenker på er at vi må få menneskerettsaspektet inn i hver eneste samtale. At den personen som samtaleterapien faktisk er til for, må bli sett, hørt og spurt mer omhyggelig enn det som har vært praksisen før. Og den som må høre, se og spørre mer omhyggelig er den andre parten, nemlig jeg/miljøpersonalet. Hvordan få dette til? Hvordan lytte til den det gjelder, lytte til både ordene og kroppsspråk, hele budskapet?

Tveiten skriver jf pkt 2.10 at dialogen har som formål å komme frem til en felles forståelse av brukerens anliggende, uten å overtale. Utdrag fra samtalen. L: *Ingen forstår meg.*

J: *Så du føler deg ikke forstått av noen her?* Når jeg klargjør det jeg ser og hører i situasjonen, vil dette muligens hjelpe Liv til å uttrykke og klargjøre egen mening. Liv valgte å ikke svare meg verbalt. Spørsmålet jeg da stilte meg: Føler ikke Liv seg trygg nok til å svare? Eller ønsker hun ikke å svare? Hvorfor spurte jeg henne ikke om hun følte seg

utrygg i møte med meg? Eller: Ønsker du ikke å svare? Dette for å prøve ut hypoteser i en utforskende prosess med Liv, noe som ville ha vært i tråd med en ikke vitende posisjon hos terapeuten jf pkt 2.10. Når jeg tenker på de mulige svar Liv ville ha gitt, tror jeg Liv ville ha svart: *Jeg er ikke helt trygg på deg fordi jeg kjenner deg ikke så godt.* Da ville jeg ha fått en erkjennelse om at utryggheten er knyttet til at hun ikke kjenner meg så godt. Videre ville det vært naturlig for meg å bekrefte Liv på at vi kjenner ikke hverandre så godt. Jeg ville da sagt: *Nå sier du noe som er riktig og viktig vi har jo kun kjent hverandre i 5 måneder, og jeg lurer på hva du mener vi skal gjøre for å bli bedre kjent med hverandre?* Dette spørsmålet kunne muligens bidratt til at Liv vil få en opplevelse av at hun i større grad kunne styre eget liv. I tillegg kunne spørsmålet ha bidratt til mer ærlighet og tillit i relasjonen. Var jeg redd for å vise menneskelige kvaliteter i møte med Liv? Følelsen av å være utilstrekkelig og maktesløshet var følelser jeg ikke lot meg tilkjennegi i møte med Liv. Jeg kunne ha reflektert tilbake min opplevelse av situasjonen til Liv i form av undring f. eks: *Jeg har en opplevelse av at du føler deg utrygg, og jeg undres over hva som skal til for at du skal føler deg mer trygg i møte med meg.* Dialogen har egentlig ingen slutt, det er alltid mulig å gå videre med nye spørsmål, nye svar og nye argumenter. I følge Tveiten jf pkt 2.10 er denne form for dialog forankret i brukermedvirkning « brukeren er ekspert på seg selv».

Det å analysere eget bidrag inn i en relasjon er viktig synes jeg. Man er ikke automatisk en god relasjonsbygger fordi om man er hjelper. For å se og forstå den andre må vi ha evne og vilje til å se oss selv, kunne reflektere over hvordan eget bidrag påvirker relasjonen. Det å tørre å sette ord på egne følelser innebærer blant annet en erkjennelse og bevissthet omkring egne verdier og interesser hos terapeuten. Det å tørre å vise menneskelige kvaliteter som «vanlige folk» er i tråd med et humanistisk syn på relasjonen jf pkt 2.6.

4.1.2 Samtalen i lys av klientsentrert terapi

Å møte Liv i blick, ord, følelser og kroppslig uttrykk er å skape dynamikk og bevegelse i samtalen. Å vise *empati* er forankret i å forstå den andres perspektiv, prøve å sette seg inn i den andres følelser, formidle sin forståelse av den andre tilbake til den andre. Det primære er ifølge klientsentrert terapi at terapeuten både opplever og gjenkjenner klientens følelser og viser samtidig mulighetene for å komme videre jf pkt 2.6. Talespråk vil alltid være en

del av det, når en prøver å utvikle de nye spørsmålene og svarene i dialog som bidrar til ny erkjennelse.

Utdrag fra samtalen. L: *Jeg får nå aldri hjelp her på dette galehuset, «lat-pakk» hele gjengen.* Liv s affekt-uttrykk kan her muligens være et uttrykk for hennes redsel for å være alene og ikke få hjelp. For ikke å være tolkende kunne videre spørsmål ha vært mer åpent, slik Liv selv gis muligheten til å legge ord på sine følelser. Eksempel på et undrende spørsmål ville vært: *Jeg hører du sier at du ikke får noe hjelp her, det synes jeg er leit å høre. Kan du si noe mer om det?* Samtalen har egentlig ingen slutt, det er alltid mulig å gå videre med nye spørsmål, nye svar og nye argumenter. Å ta imot det som kommer uten en fordømmende holdning, men som lyttende gjør at Liv selv erfarer seg selv ved å få legge ord på egen erfaring. Liv blir sett på som et menneske som er likeverdig med meg og ikke som en distansert diagnose eller kasus.

Kongruens er et annet sentralt tema innenfor klientsentrert terapi dette innebærer en bevisstgjøring hos terapeuten ved at det er samsvar mellom det terapeuten gjør og det terapeuten sier i forhold til den andre. Det å kunne gi uttrykk for egne følelser «urettferdighet» (*nå synes jeg at du er urettferdig i dine uttalelser til meg!*) og ta imot Livs følelser «frustrasjon / sinne» (*Jeg får nå aldri hjelp her*) innebærer at jeg er i en modningsprosess og lærer meg selv bedre å kjenne, og øver meg i å se meg selv og andre. Haugsgjerde m.fl skriver at dette ville kunne inspirere og influere klienten jf pkt 2.7.1. *Bevissthet om egne følelser* er et annet sentralt element innenfor klientsentrert terapi. Haugsgjerde m.fl skriver at i terapiprosessen skjer det en følelse av befrielse ved og endelig torde å oppleve egen situasjon hos klienten jf pkt 2.7.1. Klienten ser egen situasjon fordi han selv har uttrykt den, og fordi terapeuten har gjengitt / speilet den i en klarere utgave. Her er en sekvens fra dialogen som jeg mener synliggjør dette elementet innenfor klientsentrert terapi:

L: *Han var borte så lenge.* Dette følelsesuttrykket kan muligens være et uttrykk for: utrygghet/ ensomhet / forlatt / overlatt til seg selv. J: *Det var kjempebra at du greide å sitte i bilen å vente, og jeg skjønner at du synes det var utrygt å sitte og vente så lenge på han.*

Her prøver jeg å gi tilbake det Liv nettopp har sagt, på en tydeligere måte, med en mer bevisst fremstilling av følelser. Dette kan medføre at Liv tør å se og erkjenne det hun

tidligere ikke har villet vedkjenne seg. For eksempel: Redselen for å bli forlatt / overlatt til seg selv / ensomheten / utryggheten.

Elementene empati, ekthet, kongruens og bevissthet om følelser skaper en helhet skriver Haugsgjerde m.fl jf pkt 2.7.1. Helheten skapes jevnt og trygt gjennom terapiprosessen når klienten opplever en *vekst og utvikling/frigjøring*. Miljøet i terapiprosessen er et eksempel på vekstfremmende miljø. Dette blir belyst av at det finnes noen som interesserer seg for å skape kontakt, samt tar initiativ til at problemer blir belyst og kan bli bevisste. Denne sekvensen mener jeg kan synliggjøre et vekstfremmende miljø: J: *Hvor hentet du kreftene til å vente?* L: *Vårherre*. J: *Det er godt for deg å ha Vårherre*. Liv nikker. Gjennom samtalen evner muligens Liv å kvitte seg med følelser av isolasjon, tilbakeholdenhet og tristhet. Dette kan medføre at Liv opplever mindre forsvars- holdninger og mindre av psykisk smerte og spenning.

I klientsentrert terapi er *ekthet* i samtalen et sentralt element: « terapeuter må kunne vise alle sine følelser som har med klienten å gjøre, slik de virkelig er» jf pkt 2.7.1.

Forutsetning for å oppnå ekthet er altså at terapeuten kan både gi uttrykk for egne følelser og ta imot andres følelser. Dette tenker jeg er viktig for å skape tillit og for å bygge en likeverdig relasjon mellom Liv og meg. Dette kan også være et bidrag for at Liv kan oppleve økt grad av respekt og likeverd i sitt møte med meg. Denne sekvensen fra dialogen mener jeg kan bidra til en økt grad av *tillit og ekthet* i samtalen mellom Liv og meg: ”*Det høres ut for meg som du savner Sol*” og ”*Jeg skjønner at det å snakke om Sol nå oppleves vanskelig for deg, kan vi snakke om det i morgen?*” Savn og sorg er følelse jeg tør tilkjenne i samtalen med Liv. Det verbale språket knytter meg og Liv sammen i et sosialt fellesskap. Det at jeg tar initiativ til at problemer blir belyst ”*savner Sol*” og ”*oppleves vanskelig*” kan medføre at problemene blir bevisste for Liv. Kanskje spørsmålet har åpnet opp for en indre dialog hos Liv? I et menneske er det alltid minst to perspektiver. Og samtalen dem imellom fører livet videre. Det å invitere til samtale og gi tid i form av at ”*vi kan snakke om de i morgen*” kan bidra til at Liv i økt grad opplever å styre eget liv. Spørsmålet jeg da stiller meg. Vil Liv åpne døra når jeg banker på i morgen? Ja jeg tror det fordi jeg har brakt viktige andre i Liv’s liv inn i samtalen. På denne måten for samtalen en sirkulær forståelse av elementene empati, ekthet, kongruens og bevissthet om egne følelser skaper en helhet og gir mening. I et slikt miljø er det en grunnleggende tro på at følelser og impulser i et menneske er til å hankses med, og de kan brukes til å bli en ”hel” person. Det

å kunne få fortelle sin egen historie usensurert kan være viktig for Liv. På denne måten får Liv legge ord på egen opplevelse vedrørende savnet av Sol og gis anledning til selv å reflektere og slik bearbeide følelsen av «sorg / savn» i lys av her og nå situasjonen. Men hva om Liv likevel ikke åpnet døra? Hva kunne det bety? Dialog synes å være det pasienten trenger mest, men frykter mest sier Vatne jf pkt 2.5. Kanskje er det for eksempel begrenset hvor mye dialog jeg greier å få til uansett hvor mye jeg prøver? Kanskje greide jeg ikke å formidle et håp om bedring? Kanskje greide jeg ikke å treffe Liv stemningsmessig og følelsemessig i forhold til at jeg sa: ”*Jeg skjønner at det å snakke om Sol nå oppleves vanskelig for deg*”.

At jeg tåler uklårheter, manglende oversikt og våger å stole på egne følelser og intuisjon vil være i tråd med det humanistiske perspektiv jf pkt 2.6. Kanskje opplevde Liv at jeg ble for ”styrende” i samtalen når jeg sa: ”*passer det at jeg kommer kl: 11?*”. Liv valgte å svare meg non – verbalt i form av et nikk. Kanskje burde jeg heller ha spurt: *Når passer det best at jeg kommer i morgen?* Eller: *Jeg lurar på hva du mener skal til for at du åpner døra di når jeg banker på i morgen?* Det ville vært i tråd med den sokratiske dialogen som sier at svarene ligger i den som blir spurt jf pkt 2.10. Når jeg klargjør det jeg ser og hører i situasjonen, vil dette muligens hjelpe Liv til å uttrykke og klargjøre egen mening. Det handler det om å kunne være ærlige og oppriktige i forhold til hverandre. Å spørre hva som likevel skulle til for at hun skulle kunne åpne døra er jfr brukermedvirkning fortsatt å ta Liv på alvor!

Avslutningsvis vil jeg komme med noen betraktninger om hvordan jeg mener ideelt sett fremtiden til Liv bør bli. Innledningsvis stilte jeg spørsmålet om hvordan aktivere hovedpersonens egne valg, muligheter, tro, håp og mening i retning av at livet etter vært kan bli bedre. Hva innebærer det i praksis? Det er viktig å fremme håp hos Liv i terapiprosessen, og at Liv i større grad kan utvikle en selvforståelse av å være aktør i eget liv. For å forstå betydningen av brukermedvirkning er det viktig at jeg prøver å se situasjonen i fra Livs perspektiv. Jeg tror at det å bygge en relasjon basert på samarbeid, der økt brukermedvirkning og bedring er et mål, er en prosess over tid. Når det gjelder bedring hos Liv, så kan ikke det påtvinges som et krav utenfra. En må ta utgangspunkt i en gjensidig dialog basert på likeverd og respekt der følelser omkring hendelser settes i en sirkulær forståelsesramme. Dette kan legge grunnlag for bedring tror jeg. Borg og Topor jf pkt 2.5 skriver at bedring er en menneskelig prosess og innebærer at pasienten utvikler en

tilfredsstillende måte å leve på, tross vansker/ symptomer som lidelsen medfører. Hva kan eventuelt stå i veien for det? Jeg tror at hvis ikke jeg evner å lytte til Livs erfaringskunnskap og bidra til et fritt samtalerom, der nye forståelser og perspektiver er det sentrale målet, vil dette kunne hemme Livs videre livsutfoldelse. Ideelt sett håper og tror jeg at Liv innen 5 år har utviklet et personlig sett av selvhjelpstrategier og mestringsstrategier. Dette innebærer kanskje at Liv har utviklet egne måter å mestre lidelsen på som kan oppfattes som at hun lærer å leve med personlig sårbarhet i hverdagslivet. Når jeg nå har kommet til veis ende i drøftingen vil jeg rette et kritisk blikk i forhold til hvordan jeg har formidlet denne fortellingen om Liv. Min forforståelse er grunnlaget for at jeg kan forstå, men samtidig kan det hindre meg i forstå Liv slik hun ser seg selv og sin verden. Å bli bedre kjent med seg selv, er å erkjenne egne erfaringers innvirkning på relasjonen, og hvordan min forforståelse, holdninger og verdier har betydning for samhandlingen med Liv.

4.2 Konklusjon

Innledningsvis stilte jeg spørsmål i form av en problemstilling: *Hvordan jeg som psykisk helsearbeider i et bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser med utgangspunkt i klientsentrert terapi, bidra til å styrke brukermedvirkning / myndiggjøring for mennesker med schizofreni?* Klientsentrert terapi er terapi som retter seg mot å styrke klientens selvfølelse og tro på seg selv, og er opptatt av opplevelse og følelser hos den enkelte. Målet er å frigjøre de evner og krefter individet har. Den subjektive opplevelsen mennesket har av egen situasjon, står i fokus for terapien. Selv om klientsentrert terapi i den rendyrkede ikke-dirigerende form ikke har stor plass lenger, er de grunnleggende terapeutiske holdninger viktig. Her vektlegges spesielt empati, varme, trygghet, akseptering, bekreftelse og forståelse i relasjonen. Min erfaring er at klientsentrert terapi er en komplisert og krevende terapi form som krever at den gjøres med klinisk kunnskap og varsomhet. I motsatt fall vil lett klientsentrert terapi miste sin hovedforankring, altså brukers subjektive opplevelse og målsetning om en aktiv og medbestemmende bruker. Avslutningsvis vil jeg skrive noen ord om hvilken betydning jeg mener denne oppgaven har for videre fagutøvelse / utvikling og forskning, noe som jeg er bedt om jf fagplanen. I tråd med problemstillingen min og brukermedvirkning bør vi ideelt sett spørre dem dette angår. Det vil si de psykisk syke selv. For eksempel ved å intervju disse og få frem hva de

mener er viktigste for å få ”et enda bedre liv”. Slik jeg ser det, er det å spørre brukerne selve essensen i brukermedvirkning og myndiggjøring. Da vil vi få frem brukerens stemme og får muligheter til å ta denne på alvor. Brukeren selv opplever at egne meninger blir vektlagt betydning - vel og merke hvis de blir tatt på alvor / fører til forandring. For min del hadde det har vært spennende og interessant å undersøke videre: *Hvilke utfordringer møter jeg i å utforme et intervju som sikrer at brukerens stemme blir hørt?*

5.0 Referanseliste

Bøker

- Borg, Marit og Topor, Alain (2003). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bråten, Svein (2004). *Kommunikasjon og samspill- frå fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, Tor- Johan og Heggen, Kåre (2007). *Mestring og myndiggjøring reform eller retorikk?.Oslo: Gyldendals akademiske*.
- Haugsgjerde, Svein, Jensen, Per, Karson, Bengt (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse, Å forstå, beskrive og behandle*. Oslo:Gyldendals akademiske.
- Hummelvold, Jan Kåre (2001). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ingeberg, Mette Holme,Tallaksen, dag Willy, Eide, Børge (2006). *Mentale knagger. En innføring i psykisk helsearbeid*. Gjøvik: Akribe Forlag
- Nielsen, Geir Høstmark og Lippe, Anna Louise von der (2002). *Psykoterapi med voksne. Fem perspektiv på teori og praksis*. Oslo: Tano.
- Snoek, Jannike Engelstad og Engedal, Knut (2002). *Psykiatri. Kunnskap- Forståelse- utfordringer*. Gjøvik: Akribe Forlag.
- Tveiten, Sissel (2007). *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Kommuneforlaget.
- Thommasen, Magdalena. (2006). *Vitenskap kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Tornquist, Eline. (2006) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vatne, Solfrid. (2006) *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal.
- Vatne, Solfrid. (2003) *Pasienten først ?*. Bergen: Fagbokforlaget.