



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**Tittel norsk: Hvor nyttig er en humanistisk forståelse i møte med en pasient med paranoide vrangforestillinger?**

**Forfatter :Linda Sørensen**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 29**

**Molde, 12-04-2010**



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Hvor nyttig er en humanistisk forståelse i møte med en pasient med paranoide vrangforestillinger?**

**Tittel på engelsk:**

**Forfatter(e): Linda Sørensen**

**Fagkode: VPH705**

**Studiepoeng:**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Karl Yngvar Dale**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

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

**Dato: 12 04-2010**

**Antall ord: 7788**

## **Sammendrag**

For de som jobber med pasienter med psykoseproblematikk så ligger det en utfordring i det å kunne akseptere pasientens opplevelser som gyldige for han. Man må kunne sette sin egen forforståelse til side og prøve å forstå det særegne i pasientens situasjon ut i fra hans forutsetninger.

I denne oppgaven har jeg prøvd å se på hvor nyttig en humanistisk forståelse er i møte med pasient med paranoide vrangforestillinger. Casen handler om Per, som i sin hverdag plages med vrangforestillinger og som føler at ingen tror på han. Ut i fra et humanistisk perspektiv så er ikke diagnose viktig, men det å ha fokus på møtet mellom mennesker. Man må fokusere på opplevelsen her og nå. Det å lytte er viktig i denne terapien. Vi må også kunne vise at man er opptatt av den andre og kunne stå i situasjonen, selv om det er vanskelig.

Carl Rogers personsentrerte terapi er presentert og ut ifra egen erfaring i møte med Per, så har jeg konkludert med at dette er en nyttig og interessant terapiform. Å kunne møte den andre med anerkjennelse og respekt viser seg å kunne danne grunnlaget for en god relasjon.

Erfaring viser også at det kan ligge noen begrensninger i det å jobbe personsentrert. Denne terapiformen krever at man har mye tid, noe som man dessverre ikke alltid har i løpet av en arbeidsdag. Man må også kunne være trygg på seg selv og sine egne følelser, noe som ikke er like lett for oss alle.

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
Problemstilling .....	2
Delproblemstillinger: .....	3
<b>Teori</b> .....	<b>3</b>
Eksistensielt - fenomenologisk perspektiv (humanistisk psykoterapi).....	3
Empati .....	7
Ekthet .....	7
Kongruens .....	8
Bevissthet om følelser.....	8
Frigjøring og vekst.....	8
Kommunikasjon .....	9
Empati og lytting .....	9
Anerkjennelse, samtale og relasjon ut i fra et humanistisk perspektiv .....	10
Hva er egentlig vrangforestillinger? .....	13
<b>Empiri</b> .....	<b>16</b>
<b>Diskusjon/Refleksjon</b> .....	<b>17</b>
Kan man bidra til å dempe vrangforestillingene via en personsentrert tilnærming?.....	17
Hvilke muligheter og begrensninger ligger det i å arbeide personsentrert overfor personer med en alvorlig psykisk lidelse? .....	21
<b>Konklusjon</b> .....	<b>24</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>25</b>

## Introduksjon

Den psykotiske erfaring er genuint personlig. For de som jobber med psykotiske mennesker ligger det en utfordring i å bli kjent med pasientens virkelighetsoppfatning. Hjelperen kan få del i denne uvante fortolkningen av verden om han tålmodig og interessert arbeider seg frem til kontakt (Hummelvoll 2004).

Symptomene har mening for den enkelte og vil antyde hva som er sentralt i det pasienten sliter med. Hjelperen må kunne lete etter den personlige meningen symptomene har i pasientens livssituasjon.

Ut i fra en humanistisk-eksistensiell modell er det viktig å prøve å forstå det særegne i pasientens situasjon ut i fra hans forutsetninger. Man må møte pasienten der han befinner seg i den gitte situasjon. Muligens oppdager man da et engstelig menneske, som søker bekreftelse på sin identitet. Diagnosen blir ut i fra et eksistensiell perspektiv uten betydning.

Pasienten lever i en virkelighet som er forskjellig fra det andre erfarer, og dette skaper usikkerhet, engstelse og undring hos de personer som er rundt pasienten. Det kjennes sikkert ensomt når ens egne oppfatninger og vurderinger av situasjoner ikke deles av andre, men i stedet blir møtt med realitetsorientering. Kringlen(2001) i Hummelvoll 2004 hevder at vrangforestillinger vil være avhengig av pasientens sosiale og kulturelle bakgrunn, og at de vil endre seg med tidsepoken.

Fra et humanistisk- eksistensiell ståsted er det et annet perspektiv på dette fenomenet. Lindstrøm (1994) understreker bekræftelsens betydning i arbeidet med pasientens jeg-oppfatning. Hvis man ikke får bekræftelse kan det føre til at jeg-grensene oppløses og at jegets integritet tapes. Det er derfor viktig at man aksepterer pasientens opplevelser som gyldige for han. En forståelse kan ikke bedømmes som sann eller falsk, men bør forstås innenfra for at en bekræftelse kan finne sted (Hummelvoll 2004, s. 322)

Jeg har valgt å belyse hvordan man kan anvende en humanistisk- eksistensiell tilnærming innen hjemmebasert psykisk helsearbeid. Casen handler om mitt møte med en eldre mann som i sin hverdag plages av paranoide vrangforestillinger, og som føler at ingen tar han på alvor. Jeg ønsker å skrive om mine møter med denne mannen i hans hjem og måten å tilnærme meg på i samtale med han.

## **Problemstilling**

### ***Hvor nyttig er en humanistisk forståelse i møte med en pasient med paranoide vrangforestillinger?***

Slik jeg forstår den humanistiske tradisjonen så har alle mennesker lik verdi, uavhengig av kjønn, rase, alder, status eller religion. Alle mennesker er unike og autonome, med muligheter til å treffe egne valg.

Jeg mener det er viktig å møte pasienten ut fra hans følelser og behov, og at man prøver å være ekte og nær i møtet - være empatisk. Man må bruke tid og tålmodighet for å skape trygghet og tillit hos pasienten.

Man må kunne akseptere den andre slik han er, med de problemer han har. Man må prøve å være der pasienten er, i hans livsverden.

Mange pasienter erfarer mangelfull respekt og at de ikke blir tatt på alvor i møtet med hjelpeapparatet. Man kan forstå dette som om at pasienten ikke inviteres til å se seg selv, sine livsproblemer og hjelperelasjonen på nytt (Karlsson, i Haugsgjerd et al.2009).

Tore Frost (2001) fremhever at i en hjelperelasjon så dreier respekt seg om å kunne demonstrere en høyt utviklet evne til å kunne ta et skritt til siden og se om igjen på vår egen måte å se på, se om igjen egen synsevne, lytteevne, akseptasjonsevne, forståelsesevne og hjelpeevne (Haugsgjerd et al. 2009).

Jeg velger å fokusere mye på Carl Rogers personsentrerte terapi i min tilnærming til Per. Rogers mente at empati, ubetinget positiv anerkjennelse og ekthet var nødvendige og tilstrekkelige forutsetninger for god terapi.

## **Delproblemstillinger:**

- Kan man bidra til å dempe vrangforestillingene via en personsentrert tilnærming?
- Hvilke muligheter og begrensinger ligger det i å arbeide personsentrert overfor personer med en alvorlig psykisk lidelse?

## **Teori**

### ***Eksistensielt - fenomenologisk perspektiv (humanistisk psykoterapi)***

Eksistensiell psykoterapi er ikke en spesiell teknikk med et eget sett regler, men en retning som spør de "dype spørsmål" om hva det er å være menneske, hva er angst, desperasjon, sorg, ensomhet og isolasjon, kreativitet og kjærlighet. Ved og utforske meningen av disse menneskelige erfaringene bruker eksistensielle terapeuter metoder som skal unngå at vi i anstrengelsen etter å hjelpe unngår å forvrengte/forvanske for menneskene som søker hjelp (Guldbrandsen, i Høstmark og Nielsen 2002).

Den eksistensielt - fenomenologiske (humanistiske) psykoterapitradisjonen har utspring i filosofers kritikk av et objektivistisk, og naturvitenskapelig vitenskapsideal.

Sentralt i det terapeutiske arbeidet er klientens følelsesmessige og kroppslige opplevelser her og nå. Klientens historie og opplevelse fra barndom og ungdom er av mindre betydning. Terapeuten legger stor vekt på å møte klienten i hans egen forestillingsverden. Både terapeut og klienten vil være opptatt av å søke en felles forståelse av klienten som et helt menneske. Målet for terapiprosessen er å klargjøre og tydeliggjøre de valgmulighetene klienten har i de ulike livssituasjoner og i kompliserte følelsesmessige opplevelser. Terapiprosessen skal avklare friheten til velge og det ansvaret det innebærer å foreta valg. Klienten skal kunne oppleve større grad av ekthet og nærhet til seg selv og andre mennesker (Haugsgjerd et al. 2009)

Eksistensiell psykoterapi har fokus på møtet mellom mennesker. Likeverdighet, intersubjektivitet og det å slippe den andre inn. Prøver å fokusere på opplevelsen her og nå. Det å lytte er viktig i denne terapien. Man må vise at man er opptatt av den andre, og stå i situasjonen selv om det er vanskelig.

Behandlingsmål: Ingen behandlingsmål fordi mennesket trenger utvidelse - ikke endelige mål. Behandlingen avsluttes et sted i en tilblivelsesprosess. "denne prosessen er bare begrenset av menneskes tilstivning og død" (Høstmark Nielsen 2002, s.80).

Viktige moment i eksistensiell- humanistisk behandling: Opplevelsen, det indre livet - som det knytter seg følelser til (affektivitet).

Lytte, ta historien på alvor, for pasienten er hans opplevelser virkelige. Hvordan skape mening gjennom å bli forstått. Trenger ikke teknikker, men en form for nærhet gjennom fordomsfri forståelse. Hva som er personens måte å skape mening i sitt eget liv. Man vil ikke realitetsorientere, men kan stille spørsmål – lage et møte mellom meg og du der det er en forskjell.

Betegnelsen "fenomenologi" kommer fra det greske ordet *Phainomenon* som betyr fremtoning, det som viser seg, eller kommer til syne. Fenomenologien legger vekt på å rette blikket mot verden slik den konkret oppleves og erfares av hvert enkelt individ. Det er hvert enkelt menneskes erfaring av livet vi søker å forstå, det legges vekt på subjektive opplevelser - for eksempel fra pasienter, klienters eget perspektiv (Thomassen 2006).

*Hermeneutikk* kommer fra det greske ordet *hermeneuein*, som betyr å tolke eller fortolke. Den betegner en sammensatt tradisjon av teorier om fortolkning og forståelse (Thomassen 2006).

Vi ser/oppfatter forskjellige ting i en samtale, vi har forskjellige "briller" på. I møte med andre og deres fenomener har vi med oss noe vi allerede forstår: menneskesyn, faglig kunnskap, livserfaring o. s. v. Vår forståelse endrer seg i møte med nye sanseintrykk, opplevelser, informasjon og refleksjon. Ny kunnskap bearbeides i sinnet, forandring oppstår og vi får nye "briller". Dette kalles for den hermeneutiske sirkel innenfor hermeneutikken. Den hermeneutiske sirkel ble først skapt av den tyske filosofen Wilhelm Dilthey. Forståelsen blir til ved at det går en



pendelbevegelse mellom opplevelse(helhet)- uttrykk(del)- opplevelse (ny helhet), hvor forståelsen blir til på grunnlag av en fellesmenneskelig historisk livssammenheng (Thomassen 2006).

Eksempel på den hermeneutiske sirkel i en terapeutisk sammenheng: Terapeuten ønsker og forsøker å forstå meningssammenhenger. Man søker å forstå den sammenheng som mennesket er en del av (familie, venner, jobb, samfunn). På denne måten kan terapeuten bidra til at klienten beskriver sammenhenger mellom omgivelsene og egen tenkning og følelser. Terapeuten starter med et uklart og usikkert syn på klienten og hans problemer. Fokus rettes mot detaljer som delvis tolkes og forstås i lys av helhetsforståelsen, og som kanskje endrer den tidligere helhetsforståelsen (Haugsgjerd et al. 2009).

Ut ifra Madsen 1974 i boka perspektiver på psykisk lidelse er det tre hovedområder som peker seg ut som grunnleggende for å forstå psykisk helse og uhelse i humanistisk psykologi:

- Personbegrepet
- metodesynet
- forklaringsbegrepet

Personbegrepet fastholder at alle mennesker er en helhet som er noe annet og mer enn summen av sine deler. Mennesket er en organisert og integrert enhet og helhet til tross for mangfoldigheten. Man kan ikke redusere eller skille ut enkeltfunksjoner ved mennesket som følelser, drifter og sanser, og beskrive disse uten samtidig å ta hensyn til helheten.

Metodesynet er basert på et grunnsyn om at kunnskap om mennesket ikke kan oppnås gjennom empiriske og eksperimentelle metoder. Mennesket består av enheter som ikke lar seg redusere, fordi enhver enhet har et iboende meningsinnhold som ligger i selve strukturen. Det sentrale er å oppnå en forståelse av meningsstruktur hos mennesket. Denne meningsstrukturen framtrer som psykiske uttrykk i form av ulike bevissthetsfenomener. Metoder for å kunne beskrive og fortolke ulike bevissthetsfenomener kalte Hussler fenomenologiske og Dilthey kalte dem hermeneutiske (Haugsgjerd et al.2009, s 252)

Forklaringsbegrepet sikter til forståelsen av selvet og dets mangfold. Begrepet forklaring er brukt for å anskueliggjøre at selvet er aktivt ved å ha tatt en beslutning for å kunne nå et mål. Personbegrepet og metodesynet viser til den humanistiske psykologiens ønske om å studere og forstå hele mennesket. Hermeneutiske og fenomenologiske metoder har som siktemål å frambringe det enkelte individs meningsstrukturer. Disse meningsstrukturene framstår for det enkelte mennesket gjennom dets selv. Selvet trer fram i subjektsform som et jeg i form av opplevelser om at jeg vil, jeg kan og jeg skal.

Humanistisk psykologi framholder at ethvert menneske har en viss form for selvstendighet i forhold til sine omgivelser. En viss egenvurdering og tolkning av sin evne til å håndtere og opptre i vanskelige situasjoner. Hovedmålet må være å styrke det enkelte menneskets trygghetsfølelse, selvrespekt og selvforståelse. Slik kom begrepet selvaktualisering til å stå sentralt både i forståelsen av mennesket og i det metodiske arbeidet. Humanistisk psykologi ser på personlig utvikling som det sentrale i både psykologisk teori og praksis.

Det er Carl Rogers(1902-1987) som har jobbet mest med å utvikle den humanistiske psykologien klinisk og metodisk. På 1950 tallet utviklet han klientsentrert psykoterapi. Rogers vektlegger at terapeuten skal være tilbakeholden i sitt forhold til klienten. Klienten skal omgis med en varm, positiv og aksepterende atmosfære. Terapeutens oppmerksomhet skal være innrettet mot klienten, og han skal bevisst avspeile og reflektere klientens måte å være på. Slik blir klienten bevisst sine egne ubevisste følelser og motiver, sin opptreden verbalt og nonverbalt (Haugsgjerd et al. 2009)

## **Noen sentrale punkter i det terapeutiske samarbeidet ut i fra Rogers:**

- Empati
- Ekthet
- Kongruens
- Bevissthet om følelser
- Frigjøring og vekst

### **Empati**

Rogers fremholder at det er et skille mellom empati og identifikasjon. I de tilfellene at terapeuten identifiserer seg med pasienten, blir han helt oppslukt av den andres følelser og opplevelser. Dette er ikke til hjelp for pasienten i klientsentrert terapi. Terapeuten skal kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte, og samtidig stå utenfor intensiteten og styrken i følelsene. Dette kaller Rogers empati. Terapeuten må kunne være herre over følelsene sine slik at han blir til støtte for den andre. Terapeuten gir klienten et bilde av hvordan vedkommende framstår og slik han har mulighet til å bli.

### **Ekthet**

Terapeuten må være åpen for alle følelser i seg som angår klientens situasjon. Må kunne vise alle følelser som har med klienten å gjøre, slik de virkelig er. Hvis terapeuten reagerer på følelser som egoisme eller selvoppgittethet hos klienten, må man som terapeut kunne uttrykke det. Hvis ikke vil klienten oppleve det som en mangel på ekthet i forholdet. Klienten vil oppfatte dette som usikkerhet fra terapeutens side og dette kan svekke tilliten til terapeuten. Terapeuten må være trygg i sin oppgave og posisjon som terapeut. Dette innebærer bevissthet og erkjennelse rundt sin egen personlige historie, egne interesser, verdier, begrensninger og persepsjon og kunnskaper. Som terapeut må man kunne

akseptere klienten og føle varm interesse for han, slik at klienten føler at terapeuten lever med i hans situasjon.

### **Kongruens**

Rogers mener at følelser og adferd må være samstemt. For at terapeuten skal kunne være kongruent, må det være samsvar mellom det han sier og det han gjør i forhold til andre mennesker. Når terapeut har en høy grad av kongruens, vil han også selv oppleve vekst. Han kan både ta i mot andres følelser og gi uttrykk for egne følelser. Terapeuten er selv i en modningsprosess som vil inspirere klienten, ved at klienten lærer det samme som terapeuten.

### **Bevissthet om følelser**

Klienten får en følelse av befrielse ved å tørre å oppleve sin egen situasjon. Han ser situasjonen eller forstår opplevelsen, siden han selv har uttrykt det og terapeuten har gjengitt det i en klarere utgave. Klienten får hjelp til å se og oppfatte det han er i dag gjennom terapiprosessen og bekreftelse fra terapeuten. Terapeuten gjenforteller det klienten har sagt selv, men på en tydeligere måte. Klienten tør å se og erkjenne det han tidligere ikke har villet vedkjenne seg. Når terapeuten aksepterer og gir tilbake klientens følelser og opplevelser, blir klienten mer bevisst om erkjennelse av de samme følelsene.

### **Frigjøring og vekst**

Empati, ekthet, kongruens, bevissthet om følelser, frigjøring og vekst: skaper et hele- et ekte og sannere forhold til seg selv og sine følelser. Behandlingsarbeidets mål er å skape maksimale betingelser for vekst og utvikling. I løpet av terapiprosessen klarer klienten å kvitte seg med følelser som tristhet og isolasjon, og han vil oppleve mindre forsvarsholdninger og fysisk og psykisk smerte. Klienten ser på seg selv på flere og ulike måter ved at han opplever et mer ekte og sannere forhold til seg selv og sine følelser. Han blir også mer aksepterende overfor seg selv og andre samt mer moden. Terapiprosessen frigjør og gir muligheter for vekst til de ressursene og det potensial som klienten hadde i utgangspunktet, men som er kommet inn på feil spor. Når man finner fram til følelser og opplevelser som er

knyttet til meningen med livet, så skapes selve meningen med livet. Selvinnsikt er viktigere enn sykdomsinnsikt, og terapeut og pasient er likeverdige.

Eksistensiell terapi handler om et møte. Det som er viktigst med møtet er at det preges av en umiddelbarhet, tilstedeværelse og deling. Terapeuten kan påpeke livsområder som klienten kan jobbe med, men det må gjøres på en varm og omsorgsfull måte (Haugsgjerd et al. 2009).

### ***Kommunikasjon***

Samhandling mellom mennesker er all kommunikasjon en nødvendig forutsetning. Ordet kommunikasjon kommer fra latin, *Communis*, som betyr å ha felles. I for fellesskap (Hummelvoll 2004). Når vi kommuniserer skaper, utveksler og avdekker vi mening. Vi bringer noe av egenverdenen inn i det intersubjektive fellesskapet, slik at det blir tilgjengelig for andre. Kommunikasjonen mellom mennesker skjer alltid i en sammenheng, en kontekst. Kommunikasjonen i denne oppgaven omhandler mer enn ord. Den omfatter empatisk nærvær, å kunne stå i situasjonen hos pasienten og ta i mot og tolke pasientens smertefulle tanker og følelser (Hummelvoll 2004, s. 555).

God kommunikasjon er knyttet til det å oppleve seg *møtt* av en annen person. Du kommer aldri nærmere et annet menneske enn den andre personen er nær seg selv. Den andre kommer heller ikke nærmere deg enn du er nær deg selv. Å bli kjent med seg selv handler blant annet om å ha kontakt med sine egne følelser og behov, sitt eget indre liv. I arbeid med mennesker er det viktig at den fagpersonen formidler av følelser og tanker er ekte og oppriktig. En kongruent person er i stand til å møte andre på en direkte, personlig måte, for eksempel ved å vise sinne (Røkenes, Hanssen 2002 s. 96)

### ***Empati og lytting***

Empati er grunnlaget for all hjelpende kommunikasjon. Forut for empati ligger evnen og viljen til å være henvendt og lyttende i forhold til den andre på den andres egne premisser. Å være lyttende og henvendt betyr ikke bare å observere passivt og høre det den andre sier, men at man er aktivt til stede og tar ansvar i forhold til den andre (Eide og Eide 2000 s. 137).

Å være aktivt lyttende innebærer å ha oppmerksomheten fokusert på den andre og følge opp det som observeres med ulike former for oppmuntring, støtte, kommentarer og spørsmål. Ved å være henvendt både verbalt og nonverbalt, kan vi vise interesse, omsorg og oppmerksomhet på en slik måte at den andre føler seg ivaretatt. Ofte kan det å lytte på en aktiv og henvendt måte være en viktig hjelp i seg selv, og gi den andre styrke og mot til å møte vanskeligheter på en bedre måte (Egan 1990, i Eide og Eide 2000).

### ***Anerkjennelse, samtale og relasjon ut i fra et humanistisk perspektiv***

I samtale kan en klient føle seg empatisk forstått, men ikke nødvendigvis akseptert, bekreftet, anerkjent og respektert. Han kan tvert om føle seg fordømt. Dette kan ha noe med affektive reaksjoner i form av mimikk, stemmeleie, eller vurderende kommentarer som for eksempel ”det var vel ikke så lurt av deg”. Det handler om toleranse for og anerkjennelse av den andres opplevelser.

Rogers tar opp dette temaet når han drøfter betingelser for selvakseptering. På et generelt plan handler dette om at vi blir vurdert av andre når vi vokser opp. Noe av det vi gjør, opplever og føler, blir møtt med aksept og anerkjennelse, mens andre sider ved oss blir møtt med devaluering og avvising. Hvis et barn opplever å bli møtt konsekvent enten positivt eller negativt, vil det få konsekvenser. Visse opplevelser er tillatt mens andre må skjules. Etter hvert kan dette bli stabile forventningsmønstre, man kan tenke at man blir likt bare viss man oppfører seg slik eller slik, og at andre sider ikke blir tolerert. Det er dette Rogers mener med betingelser for selvakseptering (Rogers 1957, i Røkenes og Hanssen 2002).

Rogers mener at fagpersoner må møte sine klienter med *ubetinget* aksept, for at klientene skal føle seg bekreftet og anerkjent. Det må være mulig for klienten å føle seg trygg på at han blir møtt med respekt, uansett hvilke opplevelser han forteller om, eller hvilke følelsesuttrykk han viser. Ellers kan han ikke dele med fagpersonen det han måtte føle behov for. Dette kan bare oppnås ved at fagpersonen speiler en indre forståelse av klientens opplevelsesverden og validerer, bekrefter, anerkjenner og respekterer opplevelsene hans.

En anerkjennende holdning kjennetegnes av følgende:

- Du stadfester og bekrefter den andres opplevelser, der følelsesmessige aspekter er det sentrale.
- Du formidler til den andre at den spesielle kvaliteten ved hans eller hennes opplevelser kan deles med noen.
- Du har respekt for den andres egenart. Du tolererer forskjeller.
- Bekreftelsen og anerkjennelsen må være indre opplevd og autentisk. Det avhenger av at du både har et rimelig åpent og aksepterende forhold til deg selv, og at du har evne til både å være nær og ha distanse til andre (Røkenes, Hanssen 2002, s.163).

Samtalen fremstår som det viktigste kliniske hjelpemiddelet i det humanistiske perspektivet ved at det muliggjør et ekte møte med pasienten, og kan derved bidra til at tillitt og ærlighet etableres i relasjonen. Samtalen setter i gang en felles utforskning og forståelse av livsproblemer. Dialogen er likeverdig ved at pasienten og fagpersonen snakker med hverandre og ikke til hverandre (Haugsgjerd et al.2009).

Ifølge Steinholtz Ekekrantz (1995) peker dialogbegrepet i samtalen mer mot innholdets art enn mot dets kvalitet. De som inngår i en dialog inngår i en felles romlig horisont der deltakerne definerer hverandre gjennom å snakke og lytte. Samtalens innhold er ikke gitt, men skapes i samhandlingsprosessen (Haugsgjerd et al. 2009)

Martinsen(2002) hevder at samtalen har med langsomhet og tålmodighet å gjøre, å høre etter, være oppmerksom, la motparten komme til orde, å møte den andres svar med forsiktige spørsmål og å våge å spørre om det man ikke forstår. Pasienter som beskriver utilfredsstillende samtalsituasjoner velger ord som beskriver en enveiskommunikasjon: "teoretisk", "snakker over hodet", "kommanderer". Pasienten føler seg da i en underlegen posisjon og passiviseres til å ta imot informasjon og oppfordringer til å utføre handlinger. En god samtale preges av likeverdighet og gjensidig delaktighet: "noen lyttet", "vi delte livserfaringer" og "snakket om oss selv"(Karlsson i Haugsgjerd et al. 2009, s. 274).

Å kunne fortelle sin historie usensurert gir en opplevelse av å bli verdsatt og respektert av andre. Samtalesituasjonen gir også personene mulighet til å reflektere over det de selv uttrykker og over selve samtalen. Når man snakker sammen gir dette den som snakker mulighet til å lytte til sin egen historie og det den forteller vedkommende. Det er dette Seikkula (2000) omtaler som en dialogisk dialog. Man søker å skape en felles forståelse og en felles mening ved at dialogen skaper betingelser for at deltakerne kan lytte- både til den andre og til seg selv, ved at man snakker til andre og derved også til seg selv. Seikkula påpeker betydningen av å ta folk på alvor i samtalen i psykisk helsearbeid. Det vil si at man tar utgangspunkt i deres fortellinger og rette oppmerksomheten mot de konkrete, fenomennære erfaringene( Haugsgjerd et al. 2009).

Løvlie Scibbye (2002) legger vekt på samtalens form som et forum for terapeutisk undring. Med dette mener hun at det ligger en forutsetning om at helsearbeideren tåler uklarhet, manglende oversikt og våger å stole på egen intuisjon og følelser. Målet med samtalen er ikke å finne sannheter, trekke konklusjoner, eller å gjøre pasienten frisk. Å oppleve og ikke bli møtt i samtalen kan være basert på at helsearbeideren ikke klarer å innta en terapeutisk undring.

Et humanistisk menneskesyn aktualiserer autonomi og frihet i relasjonen mellom pasient og hjelpearbeider. Begrepet autonomi innebærer her et syn på pasienten der mennesket har mulighet til å ta vare på seg selv og kunne framstå med både selvrespekt og verdighet (Hummelvoll 2004, i Haugsgjerd et al. 2009).

Relasjonen mellom helsearbeider og pasient og det at helsearbeideren bruker seg selv terapeutisk, har blitt slått fast som en grunnleggende dimensjon i psykisk helsearbeid (Schibbye 2002). Fokuset er rettet mot pasienten, hans livsproblemer og livserfaringer og en anerkjennelse på at personen er ekspert på eget liv og tar ansvar for å mestre dette.



## ***Hva er egentlig vrangforestillinger?***

En person som plages av vrangforestillinger har vanligvis relativt upåfallende adferd, bortsett fra adferd og holdninger som har direkte sammenheng med vrangforestillingene. Innholdet i vrangforestillingene kan variere. Det mest typiske er forestillinger om forfølgelse, egen storhet eller ekstrem sjalusi. Disse forestillingene strider i mot det som omgivelsene betrakter som riktig, sant eller virkelig, men pasienten tillegger dem en absolutt sannhetsverdi, slik at han ikke lar seg korrigere med fornuft eller logikk (Snoek og Engedal 2006).

Noen personer kan ha vrangforestillinger som bare griper inn i en liten del av virkeligheten, men som okkuperer en stor del av tankelivet for det mennesket det gjelder. I noen tilfeller ser det ut til at mange alvorlige, tidligere hendelser er en forklaring på de senere psykologiske problemene. Uansett hvilken oppfatning behandleren har, er det viktig ikke å krenke det som personen selv tror (Cullberg 2001). De vrangforestillingene som får en diagnose er mer omfattende, og de kan bare med store anstrengelser forenes med et sosialt liv. Ved permanente vrangforestillinger forhindres vanligvis de fleste former for menneskelig fellesskap. Det finnes allikevel personer som lever med paranoide forestillinger som ikke tvinges til å søke legehjelp fordi de har et sosialt sikkerhetsnett eller andre ressurser (Cullberg 2001).

En type vrangforestilling som det er verdt å nevne, er den som utvikler seg hos eldre og sosialt isolerte personer, som kan komme føle seg forfulgt, trakassert og hånet av naboer eller andre i omgivelsene. Denne typen blir ofte kalt parafreni, en betegnelse Kraepelin innførte (Haugsgjerd et. al.2009).

Etter den eksistensialanalytiske retning må det paranoide system ses på som en form for menneskelig væremåte. I menneskenes muligheter inngår også muligheten til å ta feil. Slik høres det paranoide syndrom med til den menneskelige væren, like meget som en illusjon, eller drøm (Malt, Retterstøl, Dahl 2003).

Til tross for at det er vanskelig å nå fram med korrigerende i forhold til pasienter med psykoseproblematikk, så benytter mange helsearbeidere *realitetsorientering* som prinsipp. Dette går ut på å informere "virkeligheten". Det å begi seg inn på diskusjoner eller å forsøke å motbevise det uholdbare i personens tenkning og konklusjoner hjelper ham ikke. Resultatet av en slik måte å tilnærme seg på vil kunne bli at kontaktforholdet skades. Man må i derfor "time" realitetsorienteringen når det passer i situasjonen, og pasienten er mottakelig. Hjelperen bør møte ham der han befinner seg i sin eksistensielle situasjon. Det vil si at man lytter med en interessert og åpen innstilling til hans budskap for å forstå perspektivet hans bedre. Ved å bruke utdypende spørsmål gir man åpning for at personen kan revurdere sine oppfatninger og tolkninger slik at de kanskje blir mindre bastante (Hummelvoll 2004 s. 339).

En forstående og bekreftende holdning til pasienter med vrangforestillinger kan sammenfattes på følgende måte:

- *Undersøk virkeligheten.* Når den mistenksomme pasienten føler seg trygg på helsearbeideren kan man undersøke innholdet i forestillingene hans. Deretter må man kartlegge hvordan forestillingene fungerer. Dominerer de for eksempel personens tenkning? til sist utforskes gradvis om det finnes alternativer til hans tolkning.
- *Aksepter at de fastlåste forestillingene ikke er realistiske.* Man må ta hensyn til at pasienten tolker skjevt informasjon fra omgivelsene. Det å stille spørsmål for å få mer informasjon betyr ikke at man støtter vrangforestillingene, men svarene pasienten gir kan gjøre at helsearbeideren bedre forstår måten hans å tenke på.
- *Vrangforestillingene har mening for personen.* Innholdet i de fastlåste forestillingene handler gjerne om ønsker og frykt. Ønskene stammer fra noe personen savner eller lengter etter. Frykten relateres til temaer som forfølgelse, svik, sykdom og skyld.
- *Materialet i vrangforestillingene har også mening for den som lytter.* Å lytte til sentrale temaer og forbindelser mellom disse. Dette kan gi viktig informasjon som kan bidra til at man forstår ham bedre. Forestillingene kan

være et tegn på forsvar og lindring, i og med at det ofte er en reaksjon på angst. Man bør ikke angripe dette forsvaret når han er engstelig. Når alliansen er opprettet og pasienten føler seg trygg på hjelperen, kan kanskje pasienten bli i stand til å se på seg selv og verden på en mer nyansert måte. Kanskje han da får muligheten til å innse hvordan de låste forestillingene hindrer han i å leve livet slik han ønsker (Hummelvoll et al.1988, Murray og Huelskoetter 1991, Barker 1997 i Hummelvoll 2004).

## Empiri

*Per er en mann på 65 år som bor alene i egen leilighet i et boligfelt. Han var tidligere gift, men ble skilt for fem år siden. Han har ingen barn, men ei søster og en bror som han ikke har kontakt med lenger. Per har vært sjømann i sine yngre dager og reist i utenriksfart i mange år. En arbeidsulykke der han skadet ryggen sin, gjorde at han ble ufør i en alder av 46 år.*

*Tidligere hadde Per flere kompiser som han brukte å møte på kafé flere ganger i uken. Han hadde også en lidenskapelig interesse for fotball og dro ofte på fotballkamper sammen med kompisene sine. Gradvis begynner Per å trekke seg tilbake fra det sosiale liv, han ønsker ikke å møte sine venner lenger, eller å ha kontakt med familien sin.*

*Han isolerer seg i leiligheten sin og begynner å opptre aggressivt overfor sine naboer. Naboene tar til slutt kontakt med hjelpeapparatet for å melde fra om sin bekymring for Per og fordi de føler seg truet av hans aggressive adferd overfor dem. Han banker i veggene til dem og banner og roper, spesielt på nettene.*

*Per plages med vrangforestillinger. Han er hellig overbevisst om at naboene driver og overvåker han og at de har montert opp overvåkningsutstyr og kamera inne hos seg og ute på gårdsplassen. Per nekter å ta imot psykiatrisk hjemmesykepleie samt medisinsk behandling, og situasjonen blir så ille til slutt at Per blir innlagt på tvang på et psykiatrisk sykehus. Per får diagnosen Paranoid psykose og må starte opp med medikamentell behandling.*

*Etter utskrivelse fra psykiatrisk avdeling kommer psykiatritjenesten i kommunen inn i bildet. Per ønsker ikke å ha kontakt med noen til å begynne med, men etter at hjemmetjenesten har blitt avvist mange ganger, åpner han til slutt døren for dem. I begynnelsen er han motvillig til å samarbeide, men psykiatritjenesten får gradvis innpass hos han, da de ikke gir opp å få til en relasjon. Det har nå gått en stund siden psykiatritjenesten i kommunen kom inn i bildet. Per plages enda av sine vrangforestillinger, men er ikke utagerende mot sine naboer lenger.*

*Det er under min praksisperiode i kommunen at jeg blir kjent med Per og begynner å følge han opp med samtaler.*

## Diskusjon/Refleksjon

### ***Kan man bidra til å dempe vrangforestillingene via en personsentrert tilnærming?***

Per har besøk av kommunal psykiatritjeneste hver dag, unntatt i helgene. Formålet med besøkene er medisintdeling og faste samtaler, dette for å prøve å forebygge at Per blir i så dårlig psykisk form at han må legges inn på psykiatrisk institusjon.

De to første gangene jeg var hjemme hos han, var jeg der sammen med en annen sykepleier fra psykiatritjenesten. Per tok vel i mot meg, men sa ikke så mye under besøket vårt, kanskje fordi han følte seg utrygg på meg? Jeg kom jo som en helt fremmed person inn i hans hjem.

Personalet hadde på forhånd fortalt meg historien til Per og om hvordan hans hverdag var preget av vrangforestillinger. De var også opptatt av å fortelle meg hvordan man burde opptre overfor Per. Hvis Per begynte å snakke om sine forestillinger, så var det viktig for dem å avlede han. Det kunne man gjøre ved å begynne å snakke om andre ting, samt å realitetsorientere han ved å si at: ”det er ikke sånn det er i virkeligheten, dette er ting som du innbilder deg. ” Dette har vi jo snakket om før”

De mente at ved å la Per få snakke fritt om sine forestillinger, så ville dette føre til at vrangforestillingene ble forsterket. Dette kunne igjen føre til at Per ble dårligere psykisk.

Dette første møtet ble et møte uten så stort engasjement fra min side, et møte preget av usikkerhet fra min side, men også et møte som satte i gang en tankeprosess hos meg. Jeg undret meg på hva som hadde vært utløsende faktorer til at Per begynte å isolere seg, at han mente han ble overvåket av naboene, at han ikke hadde kontakt med familien, venner og lignende? Akkurat nå så virker det som om at det er ensomhet som preger livet til Per, og da tenker jeg at det må være vanskelig å se muligheter og ta valg.

Per ble uføretrygdet etter en arbeidsulykke, og fikk da ikke lenger noe sosialt "input" gjennom en jobb, noe som igjen kan gi han en følelse av og ikke duge lenger. Dette kan vel føre til at pasienten får liten selvaktelse, dårlig tro på seg selv. Hummelvoll skriver at når selvaktelsen reduseres på grunn av at livssituasjonen ikke mestres, eller gir mening, så vil dette føre til at man blir passiv- i det at motet til å handle og til å bekrefte seg selv svikter (Hummelvoll 2004 s.43).

Per ble også skilt for noen år siden, kanskje han føler sorg over og plutselig bli helt alene, kanskje han føler at han ikke betyr noe for andre lenger, og kanskje sliter han med mye smerter etter å ha skadet ryggen? Det er viktig for meg som hjelper å få tak i den subjektive opplevelsen til Per. Hvordan han forstår livet sitt her og nå og hvilke tanker han har om framtiden.

Mye taler for at det å prøve å forstå Per må være en forutsetning for at jeg skal kunne møte han på en god måte og at Per skal få tillit til meg. Jeg må møte Per i hans egen opplevelsesverden. Hans psykiske lidelse er ikke å forstå som en sykdom ut i fra en humanistisk tilnærming. Dette er et livsproblem som bare kan forstås som en individuell og personlig opplevelse, og man bør derfor ha en helhetlig forståelse av hans psykiske, fysiske sosiale og åndelige livsverden (Haugsgjerd et al.2009).

Jeg tror at det er viktig som terapeut å sette til siden sin egen forforståelse, prøve å forkaste gamle holdninger og tolkninger og heller lytte og være tilstede i det som uttrykkes av pasienten, å være tilstede her og nå.

Carl Rogers mente at fagpersoner må møte sine klienter med ubetinget aksept for at klienten skal føle seg bekreftet og anerkjent, og at uansett hva pasienten forteller om så må det være mulig at klienten føler at han blir møtt med respekt (Røkenes, Hanssen 2002).

For å kunne vise respekt for Per, så tror jeg det er viktig å være der han er, noe som ikke alltid er like lett. Vi som helsearbeidere har kanskje av og til lett for å falle for fristelsen å si hva den andre burde tenke, føle eller gjøre, slik at han passer inn i vår definisjon av hva som er rett og galt.

Ved hjemmebesøk hos Per en mandagsmorgen snakker han for første gang til meg om hvordan han egentlig har det. Jeg spør om hvordan han har hatt det i helgen da han svarer at "jo da, sånn passe, men du tror vel ikke på meg du heller". Jeg svarer da at jeg gjerne ønsker å høre på det han har å fortelle.

Jeg oppfattet situasjonen sånn at det var viktig for Per å få fortelle hvordan han egentlig hadde det, og at noen tok seg tid til å lytte på det han hadde å si.

Per forteller meg at han sikkert hadde hatt det mye bedre om det ikke hadde vært for naboene som prøvde å gjøre livet vanskelig for han.

"Hva mener du med at naboene prøver å gjøre livet vanskelig for deg?"

Per svarer da at naboene holder et forferdelig leven hele natta, sånn at det er umulig for Per å få sove. Jeg spør da: "på hvilken måte holder dem leven, kan du fortelle meg litt om det"?

Per sier da at han er sikker på at han blir overvåket, "naboene har montert opp overvåkingsutstyr og lytteutstyr over hele området her, og jeg er sikker på at dem har gjort det for å bli kvitt meg, de vil sikkert at jeg skal flytte herifra. "du tror meg nok ikke du heller, for det er faktisk ingen som tror meg".

Jeg vet at ut i fra et personsentrert perspektiv så er det viktig at det er samsvar mellom mine følelser, ord og handlinger, hvis ikke så blir jeg en "uekte" person. Men jeg kjenner på følelsen at det blir vanskelig for meg å skjule at jeg ikke helt klarer å tro på at det Per forteller, er ting som skjer i "virkeligheten". Jeg er redd for at jeg skal avsløre meg gjennom mitt kroppsspråk, at Per kan se at jeg blir usikker og tvilende, og at han da kanskje mister tilliten til meg.

Når jeg ser fortvilelsen i øynene til Per så tenker jeg at det må være vondt for han at ingen tror på han, og jeg kjenner at jeg klarer å ta innover meg hans lidelse, jeg får en empatisk holdning overfor han. For Per så var dette reelt, det var hans hverdag slik han opplevde det. Når Per fortalte meg om at han ble overvåket, så svarte jeg da at "jeg må innrømme at det høres litt rart ut for meg, men jeg tror på deg når du forteller at det er sånn du opplever det".

"Jeg tenker at det må være vanskelig for deg å oppleve å ha det sånn Per, du ser litt trist ut?", ja det er ille svarer han.

”Hvordan vet du at du blir overvåket da?” ”Jo, jeg hører dem, jeg bruker å ligge på senga å høre på radioen, og da hører jeg stemmene deres komme inn på radioen, og når jeg skrur av radioen blir stemmene deres borte” ” blir du redd da Per?” ” det er litt ekkelt svarer han, men jeg er i grunn så vant til det nå”.

Evnen til å lytte til den andre er viktig i samtalen, men det kan være vanskelig å lytte samtidig som man tenker på hva man skal si eller svare (Hummelvoll 2004). Derfor er pauser verdifulle for da får begge parter tenke over det som er sagt og kjenne på følelsene i forhold til det som er sagt. Det å lytte på en henvendt måte kan være hjelp i seg selv ved at den andre får mot og styrke til å møte vanskeligheter på en bedre måte, og den andre kan føle at han blir ivaretatt (Eide og Eide 2000).

Vi snakker litt sammen om det som Per opplever i sin hverdag, og det virker som om at Per har et stort behov for å få lov til å snakke om det som opptar han. Jeg spør Per om hvor lenge hans situasjon har vært sånn? Og han svarer at det har pågått i flere år. ”Er det verre nå enn tidligere, eller er det bedre” ”jeg tror det har vært sånn som nå hele tiden svarer Per.

”Per har du noen ganger tenkt på at det kan være andre forklaringer på det du opplever?” ”nei, det tror jeg ikke det er svarer han. ”La oss si at du ikke opplevde å bli avlyttet, tror du livet ditt hadde vært annerledes da?” kanskje”, sier han. ”hva ville du gjort i dag viss situasjonen din ikke var sånn som nå?” ” da hadde jeg kanskje dratt på fotballkamp” sier Per og smiler litt.

Ved å stille disse spørsmålene så ønsket jeg å oppnå at Per begynte å reflektere litt over det vi snakket om, kanskje kunne han selv gjøre noe med situasjonen sin? kanskje følte han på et savn i livet sitt, kanskje dukket det opp gamle minner? kanskje kunne det få han til å ønske å leve livet annerledes enn nå?

”Per er det sånn å forstå at viss du ikke hadde blitt overvåket av naboene dine, så hadde du kanskje gjort mer av de tingene som du satt pris på før?” ” mulig det” svarer han litt unnvikende.



Jeg følte vel underveis at jeg kanskje stilte for mange spørsmål, jeg kunne kanskje oppfattes som invaderende. Men jeg oppdaget også at Per snakket greit om helt andre ting også etter at vi hadde snakket en stund om de opplevelsene han hadde i sitt hjem. Han fortalte meg om sin barndom, historier fra den tiden han var sjømann og om sin store lidenskap for fotball og lignende, noe jeg syntes var veldig interessant å høre på.

Per ble etter hvert med meg ut for å handle på butikker. Vi gikk også på kafé i lag, og alt dette var etter Per sitt eget ønske. Kanskje hjelper en personsentrert terapi mot å minske vrangforestillinger i noen tilfeller. Det er ikke sikkert at det passer å bruke denne tilnærmingen i alle tilfeller og overfor alle mennesker. I forhold til Per synes jeg at det var greit å møte han på denne måten, og jeg lærte mye underveis. Det at Per får besøk av psykiatritjenesten hver dag unntatt i helgene, tror jeg også er en medvirkende faktor til at ikke vrangforestillingene forverres. Per har noen å prate med og han er ikke fullt så ensom som han var tidligere.

### ***Hvilke muligheter og begrensninger ligger det i å arbeide personsentrert overfor personer med en alvorlig psykisk lidelse?***

Det kan for enkelte av oss oppleves som en kunst å samtale med mennesker som er i en psykisk krise. Man må kunne treffe både følelsesmessig og stemningsmessig og kunne være ærlig og oppriktig i forhold til hverandre (Løvlie Scibbye i Haugsgjerd et al. 2009 ). Det er ikke alltid like lett å være ekte, empatisk og kongruent. Kanskje er man ikke trygg nok på seg selv og sine egne følelser?

Det er ikke alle pasienter det er like lett å innta en respektfull, empatisk holdning overfor, men på den annen side tror jeg at dette er noe man kan jobbe med over tid; det å kunne sette sine egne holdninger og fordommer til side i møte med den andre.

I møtet med Per kunne jeg realitetsorientert ham når han begynte å snakke om det som han opplevde som overvåkning. Kanskje vrangforestillingene hans bare ville opprettholdes ved ikke å gjøre det? Å realitetsorientere innebærer å informere

om "virkeligheten", men denne orienteringen har vanligvis vært ensidig og basert på personalets forståelse (Hummelvoll 2004).

Ut i fra en humanistisk – eksistensiell tenkning og praksis vil det være nødvendig å gjøre denne orienteringen gjensidig. Da må man be pasienten om å informere hjelperen om sin "virkelighet", for å danne grunnlaget for en felles forståelse. Men å begynne å motargumentere og begi seg inn på lange diskusjoner med den andre vil kanskje bare føre til at man skader forholdet oss i mellom.

I psykiatritjenesten i kommunen er det kanskje ikke mulig å bruke så lang tid på hvert enkelt hjemmebesøk. Dette fordi helsearbeideren har en lang liste med pasienter han skal i gjennom i løpet av dagen. Dette kan igjen føre til at pasienten ikke føler at han blir møtt på en empatisk, aksepterende måte og med en ubetinget positiv forståelse.

Martinsen, i Haugsgjerd et al.2009 peker på at samtalen krever tid og at det er viktig å bruke tid på samtalen i form av gjensidig tilstedeværelse og åpenhet. Hun hevder at helsevesenets krav til effektivitet når det gjelder pasientgjennomstrømming, produksjon og effektiv bruk av tid truer og forvirrer betingelsene for samtalen. Samtalen krever tid til å bli kjent, til å få uttrykke seg, til å lytte, til å prøve å forstå. Jeg må si meg enig med Martinsen da dette er noe jeg har erfart selv i mitt arbeide. Pasienten kan ha mye han har lyst til å meddele, men får ikke snakket ferdig fordi vi må ile videre til neste pasient. Det er ikke akkurat på en sånn måte at man får den andre til å føle seg verdsatt og akseptert vil jeg tro.

I humanistisk psykologi er det viktig å utnytte potensialet til pasienten slik at det frigjør vekst. Pasienten tar egne valg, men terapeuten hjelper han til å se muligheter. "Du kan velge å gjøre det sånn, eller sånn, det er ditt valg", " hva tror du selv?" Pasienten bestemmer selv over de valg han tar i livet, og hjelperen må tåle å høre alt, eksponere seg selv uten å ha en retning på det. Man skal heller ikke komme med forslag til pasienten.

Av og til kan det være lett å komme med forslag til pasienten, at vi sier hva han bør gjøre, fordi vi ønsker å se bedring hos pasienten. Det kan være lett å pådytte

pasienten våre egne meninger, slik at vi plasserer pasienten i "våre sko". Ut i fra et humanistisk ståsted så er man ikke løsningsfokusert, men det virker som om at vi vår hverdag i jobb med mennesker ofte ønsker å se løsninger på ting fordi dette på en måte synliggjør den jobben vi har gjort. Vi får da et positivistisk syn, vi kan vise til et konkret resultat.

Da jeg møtte Per så hadde jeg praksis i psykisk helse i kommunen og jeg kunne derfor disponere tiden min litt som jeg ville selv. Jeg hadde det derfor ikke travelt da jeg hadde mine samtaler med han, noe som sikkert var en medvirkende faktor til at vi fikk en bra relasjon.

Men jeg kan forstå at det ikke alltid er like lett å bruke en personsentrert tilnærming i vår daglige omgang med psykisk syke. Det kan være svært utfordrende og anstrengende å være empatisk og anerkjennende. Du må både kunne forstå den andres opplevelser og få den andre til å bekrefte at du har forstått. Du må også kunne anerkjenne den andres følelser og opplevelser slik at det blir mulig for den andre å meddele seg (Røkenes og Hansen 2002).

## Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven prøvd å belyse hvordan man kan anvende en humanistisk - eksistensiell tilnærming innenfor hjemmebasert psykisk helsearbeid. Jeg har lagt vekt på å bruke en del av Carl Rogers personsentrerte terapi i mine møter med Per, som casen handler om. Sentrale punkter i Rogers terapeutiske samarbeid var: ekthet, empati, kongruens, bevissthet om følelser og frigjøring og vekst.

Det har jeg prøvd å anvende i praksis ovenfor Per, da jeg mener det er svært viktig å ta hvert menneske og deres opplevelser på alvor. Man må kunne ta seg tid til å lytte til hva dette mennesket har å fortelle. Dette i stedet for å fokusere så mye på diagnosen til denne personen og behandle han ut i fra det.

I forhold til Per synes jeg at det var nyttig å bruke en humanistisk tilnærming. Per sa selv at han var glad for at det var noen som orket å lytte til han og ta han på alvor. Dette tror jeg medvirkende faktorer til at Per følte seg respektert og ivaretatt.

Det er ikke sikkert at en humanistisk tilnærming er like heldig og effektiv i alle situasjoner og overfor alle mennesker. Det er ikke alltid at det er like enkelt å være empatisk, ikke-dirigerende osv, noe jeg selv også har erfart.

Jeg ser også at det med mangel av tid kan hindre oss helsearbeidere i å jobbe personsentrert overfor våre brukere. Uansett så tror jeg at det er viktig som helsearbeider å kunne stoppe opp å se og lytte og fundere over hvem den andre er, og hva han prøver å formidle i sin livssituasjon. Dette tror jeg kan øke pasientens følelse av å bli respektert, forstått og verdsatt.

## Litteraturliste

Cullberg, Johan (2001) *Psykoser. Et humanistisk og biologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eide, Hilde og Eide, Tom (2000) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugsgjerd, Svein; Jensen, Per; Karlsson, Bengt & Løkke, Jon (2009) *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, Jan Kåre (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt – psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Høstmark, Nielsen, Geir og von der Lippe Anna Louise (2002) *Psykoterapi med voksne – fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Pensumtjeneste A/S.

Malt, Ulrik Fredrik; Retterstøl, Nils og Dahl, Alv A,( 2003) *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per- Halvard (2002) *Bære eller breste-kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Snoek, Engelstad, Jannike og Engedal, Knut (2004) *Psykiatri- kunnskap, forståelse, utfordringer*. 2.utgave. Oslo: Akribe Forlag.

Thomassen, Magdalene (2005) *Vitenskap, kunnskap og praksis- innføring i vitenskapsteori for helse og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.