



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

**Hvilke utfordringer ligger det i å arbeide
klientsentrert overfor personer med paranoid
schizofreni?**

Hege Anita Øverås

Totalt antall sider inkludert forsiden: 28

Molde, 18. april 2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

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: 18.02.2012

Antall ord: 8171

Sammendrag

Å leve med diagnose paranoid schizofreni kan for den det gjelder være svært skremmende og altopplukkende. Det er ikke vanskelig å skjønne at det å leve med disse opplevelsene dominerer og preger hverdagen til personen.

I oppgaven min vil jeg anvende teori om hva det kan si for et menneske å ha en slik alvorlig realitetsbrist, og hvilke utfordringer man kan risikere å møte på. Jeg vil presentere Carl Rogers klientsentrerte terapi, der fokuset er at man som terapeut skal kunne opptre empatisk, kongruent, varm og ekte, og på denne måten skape en god og trygg relasjon. Å kunne møte den andre med anerkjennelse og respekt vil danne grunnlag for en god relasjon og allianse. Erfaringsmessig viser det seg at det ikke alltid er like lett, da man skal være trygg på seg selv og sine følelser. Noe som ikke alltid er like enkelt. Selv om det viser seg at det å anvende denne terapiformen kan by på ulike utfordringer, viser forskningsartikler at dette likevel er en god og effektiv måte å anvende i møte med mennesker som lider av paranoid schizofreni.

Jeg vil også fokusere på den eksistensiell - humanistiske tankegangen, der diagnosen ikke er det viktigste, men på møtet mellom mennesker. Det handler altså om å møte mennesket med respekt og prøve å forstå klientens egen opplevelse og erfaring. Møtet handler om her og nå, og veksler mellom det å forstå sammenhengene mennesket er en del av.

Empirien henter jeg fra min jobb i hjemmebaserte omsorg, det vil si at Lisa som jeg beskriver i min case, bor i egen leilighet i hjemkommunen sin. Hun lever i en hverdag fylt av mistenksomhet og opplevelsen av å være overvåket. Dette resulterer i mye angst og redsel for Lisa.

Innhold

INTRODUKSJON	1
PROBLEMSTILLING	2
DELPROBLEMSTILLINGER	3
TEORI.....	3
Eksistensielt – fenomenologisk perspektiv (humanistisk psykoterapi)	3
Klientsentrert terapi.....	5
Empati:	5
Ekthet:	5
Kongruens:	6
Kongruent kommunikasjon:.....	6
Bevissthet om følelser:	6
Frigjøring og vekst:	6
Hvordan blir terapeutrollen?	7
Alliansebygging	7
Containerfunksjon	8
Realitetsorientering	8
Måter å samtale med den psykiske syke på	9
Humanistisk-eksistensialistisk perspektiv og psykiske lidelser	10
Paranoid schizofreni.....	11
EMPIRI.....	12
DRØFTING	13
Hva er egentlig empati?	13
Hvordan skal man forholde seg til svekket realitetsorientering når man bruker en klientsentrert tilnærming?	15
I hvilken grad kan man forvente at en klient med en psykoselidelse oppnår selvinnsikt og/eller selvaktualisering (vekst) via klientsentrert tilnærming?	17
LITTERATURLISTE	21
Internett:	21

INTRODUKSJON

På 1950-tallet utviklet Carl Rogers (1902-1987) en klientsentrert psykoterapi, der det vektlegges at man som terapeut skal være tilbakeholden i sitt forhold til klienten. Ved at man omgir klienten med en varm, aksepterende og positiv atmosfære, blir klienten bevisst på egne ubevisste følelser og motiver (Haugsgjerd et al. 2009).

Å skulle komme i kontakt med en person med tilstanden paranoid schizofreni kan nok være både skremmende og ufordrende. De er mistenksomme, ofte redde og full av angst. Hvilke utfordringer kan oppstå i møte med disse personene med en klientsentrert tilnærming?

Det er vanskelig å finne nyere forskning på det området som oppgaven min omhandler, men jeg har funnet og brukt to artikler som jeg mener er relevant i forhold til det jeg skriver om.

Artikkelen om: The case of Harry and the therapist flexibility (William Polk Wharton, 1963) er fra 60-tallet, men den er nok like aktuelt og virkningsfullt på denne gruppe pasienter den dag i dag. I fortellingen om Harry, en mann med diagnosen paranoid schizofreni, bruker terapeuten hans en klientsentrert tilnærming. Det viste seg at Harry var normalt intelligent, og hadde god hukommelse, men svært liten dømmekraft og selvinnsikt. Harry hadde vært innlagt før, med psykoterapibehandling uten effekt. Det blir hevdet i artikkelen at om terapeuten er kongruent, empatisk og har en ubetinget positiv aktelse kan klienten forandre seg og bli trygg. Med disse holdingene i fokus betyr det at terapeuten må være seg selv, og nøyaktig prøve å gjenspeile det klienten mener og føler. Det blir også konkludert i artikkelen at om terapeuten er kongruent og slapper av med seg selv, vil han kommunisere egne følelser til klienten der dette er naturlig og hensiktsmessig. På denne måten tør klienten åpne seg mer, slapper av og føler seg trygg. Det menneskelige står i fokus, ikke det tekniske.

En nyere artikkel ved navn: Nondirective counseling interventions with schizophrenics (J. B Gerwood, 1993) støtter opp om artikkelen om Harry og viser at personsentrert tilnærming kan være en god måte og møte den paranoid schizofrene på, selv om det til tider kan føles skremmende og vanskelig. I denne artikkelen blir det beskrevet en kort illustrasjon av en interaksjon med en pasient, diagnostisert som paranoid schizofren. Det kommer frem i løpet av artikkelen at Rogeriansk rådgivning kan være en svært effektiv tilnæringsmåte.

Jeg kjenner at dette vekker min nysgjerrighet rundt temaet, da jeg gjennom min jobb i hjemmesykepleien nettopp har kommet i kontakt med Lisa, en dame med denne lidelsen. Hun er til tider svært plaget av sin lidelse, der hun er meget mistenksom og redd for de fleste mennesker her i verden.

Hun føler at ingen tror på hennes opplevelse, som går på overvåkning og stråling. Alt hun ber om er å bli hørt, og helst trodd på. Det er denne historien som danner utgangspunkt for en kritisk analyse. Her vil jeg demonstrere hvordan man kan benytte en eksistensiell - humanistisk tilnærming og et klientsentrert perspektiv overfor en person med en psykoselidelse. Nærmere bestemt så er jeg interessert i å finne ut av hvilke utfordringer som kan oppstå ved å bruke denne metoden i møte med mennesker som lider av alvorlig realitetsbrist.

Ut fra et humanistisk perspektiv så er ikke diagnose viktig, men fokuset på møtet mellom menneskene. Der fokuset er umiddelbarhet, tilstedeværelse og deling. Nysgjerrighet på det nye er det aller viktigste (Nielsen og von der Lippe 2002).

PROBLEMSTILLING

Hvilke utfordringer ligger det i å arbeide klientsentrert overfor personer med paranoid schizofreni?

Som det kommer frem av i teoridelen min senere om paranoid schizofreni, er dette noe av den mest plagsomme tilstand et menneske kan befinne seg i. Dette i seg selv forteller at det er svært viktig å finne den rette metoden, og utforske hvilke måte man kan tilnærme seg denne typen mennesker på. De er selvsagt like forskjellige og unike, som såkalt normale personer er, og til syvende og sist må all hjelp og tilnærming tilpasses den enkelte person. Jeg ser det som svært viktig å møte personen med respekt og aksept, møte han der han er nå. Som terapeut må man akseptere og leve med i klientens situasjon. Det er også viktig å vise varm interesse for klienten (Haugsgjerd et al. 2009). I min tilnærming til Lisa vil jeg som tidligere nevnt fokusere på Carl Rogers person/klientsentrerte terapi. Han mente at ekthet, empati og ubetinget positiv anerkjennelse var tilstrekkelige og nødvendige forutsetninger for god terapi. Jeg trekker også inn andre elementer fra teorien i drøftingen.

DELPROBLEMSTILLINGER

Hva er egentlig empati?

Hvordan skal man forholde seg til svekket realitetsorientering når man bruker en personsentrert tilnærming?

I hvilken grad kan man forvente at en klient med en psykoselidelse oppnår selvinnsikt via personsentrert tilnærming?

TEORI

Eksistensielt – fenomenologisk perspektiv (humanistisk psykoterapi)

Ifølge Haugsgjerd et. al (2009) oppsto begrepet humansime i Italia, som en filosofisk og litterær bevegelse på slutten av 1500-tallet. Humanismen ble senere en sammensatt kulturbevegelse som hadde avgjørende betydning for synet på mennesket og vitenskap. Humanismen innebærer en måte å forstå verden på, og å handle på. Begrepet *humanitas* rommer både menneskelighet og dannelse, hvor det blir antydning at man lærer og på denne måte blir frie. Mennesket skiller seg fra dyrene gjennom sin utøvelse av frihet. I følge Maslow (1970) har mennesket ulike behov og drifter, og humansimen hevder at mennesket skal følge sin natur. Å tilfredsstille lyst og unngå ulyst er et eksempel på dette. Videre sier Haugsgjerd et al (2009) at humanistisk psykologi har sine røtter i hermeneutisk filosofi, sammen med fenomenologisk og eksistensiell filosofi. Hermeneutikken utviklet av Wilhelm Dilthey (1833-1911) fokuserer på sammenhengen mellom forståelse og tolkning og mellom mening og handling. Hermeneutikken vektlegger mennesket som språklige vesen, og at mennesket forstår og fortolker verden subjektivt, der fornuft og logikk er dets fremste erkjennelseskilde. Videre hevder Haugsgjerd et. al (2009) at mennesket konstituerer seg som et vesen som har verdier, vilje og meninger. På bakgrunn av dette har hermeneutikken formulert den hermeneutiske sirkel. Her ønske terapeuten å forstå meningssammenhenger, ved å forstå den sammenhengen et menneske er del av. Det være seg familie, venner, samfunn osv. Forståelsen utvikles gjennom å være i kontinuerlig bevegelse. Man veksler mellom å se enkelte deler og helheten i situasjonen. Forståelsen og meningen man tillegger sine handlinger, er subjektiv og farget av tidligere erfaringer. Hovedhensikten i en slik prosess er at pasienten skal oppnå en utvidet forståelse av seg selv og sine handlinger (Haugsgjerd et. al 2009). ”Vi forstår og fortolker mening innenfor

en kontekst, en sammenheng, og i det menneskelige liv vil dette alltid være en historisk sammenheng” (Thomasen 2010, 86).

Edmund Husserl (1859-1938) er den mest kjente personen innen fenomenologien, som er selve vitenskapen om den menneskelige erfaring og opplevelse. Fenomenologiens mål er å forstå opplevelse. Opplevelsene er bundet til en kontekst (sammenheng), det være seg fysisk, sosialt eller en meningskontekst. Eksistensialismen er influert av fenomenologien, der hovedtemaet er hva det vil si å være et menneske. Begrepet *væren-i-verden* står sentralt, og innebærer å forholde seg til verden og andre. Eksistensialismen vektlegger det reflekterte, bevisste mennesket. Reflektere omkring opplevelse, krav om å ta ansvar for egen væren og måten man forholder seg til verden på. For å være ekte og autentisk, må vi være bevisst vårt forhold til våre tanker om livsførsel, væremåte, roller og verdier. Vi må spørre oss selv om vi forholder oss selv til disse elementene på en ekte måte, eller om de er tilgjort og ureflektert på den måten at vi har overtatt meningene fra andre (Haugsgjerd et al. 2009).

Selvaktualisering er et formålsbestemt søken. Et søken etter å kunne aktualisere ens iboende medfødte muligheter. Mennesket har ett grunnleggende behov for å realisere seg selv, så langt det er mulig. Dette er det kreative aspektet som skiller mennesket fra dyrene. En forutsetning for selvaktualiseringen er samhandling med individets omgivelser. Disse omgivelsene må være preget av balansen mellom tilpasning og beherskelse (Hummelvoll 2009). Maslow (1908-1970) grunnla den humanistiske psykologien i USA på 1960-tallet, og utviklet teorien om menneskets grunnleggende behov. Disse behovene fremstiller han gjennom behovspyramiden, der han søker å forklare forholdet mellom mangelmotivasjon og vekstmotivasjon. Jo bedre de grunnleggende behovene er tilfredstilt i tidlige barneår, desto mer kraft blir frigjort til de høyere liggende behovene senere i livet. Videre sier Maslow at behovspyramiden inneholder, fra bunnen av:

- fysiologiske i form av sult, tørst
- sikkerhet og trygghet, ikke å være i fare
- tilhørighets- og kjærlighetsbehov, bli akseptert
- behov for anerkjennelse, få ros og respekt
- kognitive behov, å vite, skjønne og utforske
- estetiske behov, skjønnhet og orden

Selvaktualisering som er på toppen av behovspyramiden er noe alle mennesker strekker seg imot, Maslow beskriver selvaktualisering på tre områder:

- Å utvikle intellektuelle, kunstneriske, sosiale og religiøse anlegg
- Å fullføre sitt livsmål
- Å skaffe seg økte kunnskaper om sin egen person og å skape harmoni mellom motstridende tendenser i egen personlighet (Haugsgjerd et. al 2009, 255).

Før man oppnår en form for selvaktualisering må menneskets grunnleggende behov være tilfredsstilt. Er ikke disse behovene tilfredsstilt oppstår en mangeltilstand.

Klientsentrert terapi

Carl Rogers (1902-1987) er kjent som grunnleggeren av klientsentrert terapi, og har jobbet mye for å utvikle den humanistiske psykologien klinisk og metodisk. Klientsentrert terapi er en terapiform der det blir vektlagt at klienten skal omgås med en positiv, varm og aksepterende atmosfære (Haugsgjerd et al. 2009).

Carl Rogers var påvirket av Martin Bubers dialogiske Jeg-Du-forståelse. Rogers mener at både klient og terapeut blir forandret gjennom samtalen om det oppstår gjensidig forståelse og respekt mellom dem. Terapeuten lever seg inn i klientens vandring på pasientens premisser, gjennom virksomme ”effektive” stunder der begge deltar med hele seg. (Bråten 2007). Rogers vektlegger at terapeuten skal være tilbakeholden i sitt forhold til klienten. Terapeutens oppmerksomhet skal være innrettet mot klienten. Han skal bevisst avspeile og reflektere klientens måte å være på. På denne måten blir klienten bevisst sine egne ubevisste følelser og motiver, sin opptreden verbalt og nonverbalt (Haugsgjerd et al. 2009). Sentrale punkt i det terapeutiske samarbeidet er i følge Carl Rogers: Empati, Ekthet, Kongruens, Bevissthet om følelser, Frigjøring og vekst.

Empati: Rogers presiserer skillet mellom empati og identifikasjon. Det er ikke hjelp for den andre i en klientsentrert psykoterapi om terapeuten identifiserer seg med den andre ved å bli oppslukt og gå helt opp i andres følelser og opplevelse. Om terapeuten kan oppleve smerten og fortvilelsen til den andre, og samtidig stå utenfor styrken i følelsene og intensiteten, da er han det Rogers kaller empatisk. For å være støtte for den andre og en god terapeut, må man være herre over følelsene sine, og gi klienten et bilde av hvordan vedkommende fremstår og slik han har mulighet for å bli (Haugsgjerd et al. 2009).

Ekthet: For at klienten skal oppleve ekthet må terapeuten være åpen for alle følelser i seg som angår situasjonen til klienten, og kunne vise disse følelsene til han. Slik de virkelig er. Viser klienten egoisme eller selvoppgittethet, må terapeuten kunne reagere og uttrykke dette. Om terapeuten ikke gjør dette, kan klienten intuitivt oppleve at det er en mangel ekthet i

forholdet, og dette kan igjen forstyrre tilliten til terapeuten. Terapeuten må være trygg i sin posisjon som terapeut, noe som innebærer bevissthet og erkjennelse av egen personlig historie, egne interesser og verdier, begrensninger i kunnskaper, rasjonalitet og persepsjon. Som terapeut må man akseptere og leve med i klientens situasjon. Det er også viktig å vise varm interesse for klienten. På denne måten tør terapeuten selv kjenne på følelsene når han ikke er i harmoni med terapeutoppgaven, og han må tåle å lete etter egne vansker (Haugsgjerd et al. 2009).

Kongruens: Rogers vektlegger at atferd og følelser må være samstemt. Det må være samsvar mellom det han sier og gjør i forhold til andre mennesker. Da er en terapeut kongruent. Når terapeuten har en høy grad av kongruens, vil han lære seg selv og kjenne, han opplever menneskelig vekst. Han kan gi og ta imot egne og andres følelser, og er derved i en modningsprosess. Dette kan inspirere og influere klienten, gjennom at det er skapt en trygg og aksepterende atmosfære (Haugsgjerd et al. 2009).

Kongruent kommunikasjon: Om du opplever å føle deg møtt av en annen person, er dette god kommunikasjon. Man kommer aldri nærmere et annet menneske enn det mennesker er nær seg selv, og vise versa. Det handler om å bli kjent med seg selv, ha kontakt med egne følelser og tanker, være ekte og oppriktig. For å skape tillit, utvikling i relasjoner og åpenhet, er kongruent kommunikasjon et nøkkelord (Røkenes og Hanssen 2002).

Bevissthet om følelser: Ved endelig å tåle å oppleve sin egen situasjon får klienten en følelse av befrielse. Dette skjer gjennom at klienten har satt ord på sin egen opplevelse og ved hjelp av at terapeuten har gjengitt det på en mer tydelig måte. Det klienten før ikke har villet eller kunnet se og erkjenne, tør han å gjøre nå, ved at terapeuten aksepterer, rommer og gir tilbake klientens opplevelse og følelser (Haugsgjerd et al. 2009).

Frigjøring og vekst: Når klienten opplever vekst og utvikling gjennom terapiprosessen skapes det hele. Det hele er elementene empati, kongruens, ekthet og bevissthet om følelser. Gjennom prosessen kan klienten oppnå og kvitte seg med følelser som tristhet, isolasjon, tilbakeholdenhet, mindre forsvarsholdninger og spenninger. Prosessen har også gitt vekstmuligheter til ressurser og potensialer som klienten hadde i utgangspunktet (Haugsgjerde et al. 2009).

Rogers forsket på og var opptatt av å finne ut om hvilke forandringer som skjedde i terapiprosessen med klienter som hadde hatt 15-25 samtaler, med bruk av klientsentrert terapi. Funnet og de viktigste forandringene han så, var at klienten fikk en vesentlig mer

realistisk oppfatning av seg selv. Han fikk også en vesentlig bedre evne til sosial kontakt og evne til å glede seg over andre mennesker, det kom også frem at klienten fikk større evne til å godkjenne andre mennesker (Haugsgjerde et al. 2009). Videre mente Rogers at impulsene og følelsene i et menneske, gjennom et modenhetsfremmende miljø, kan hjelpe mennesket til å bli en *hel person*. Men da er man avhengig av at miljøet er karakterisert av at det finnes dem som er interessert i å ta kontakt og initiativ til at problemer blir tatt fram. Dette må gjøres gjennom en prosess der målet er å skape vekst og utvikling, og der mennesket får størst mulig grad av frihet. På denne måten vil det utvikle seg til et sosialt, positivt og uegoistisk individ.

I terapiprosessen og det eksistensielle møtet, møter terapeut og klient hverandre som likeverdige, og begge parter bidrar ved å beskrive, forstå og erkjenne seg selv og sine egne livsproblemer (Haugsgjerd et al. 2009). Schibbye (2002) hevder at dette vil bidra til å oppnå større bevissthet og innsikt om seg selv og egen selvforståelse, egne ressurser og muligheter hos både terapeut og klient (Haugsgjerd et al. 2009). I humanistisk psykologi blir det fokusert på selvinnsett fremfor sykdomsinnsikt. Terapeuten veileder klienten til å finne ekthet og kontakt med seg selv, på en varm og omsorgsfull måte. Ved at klienten får prøvd seg først på terapeuten og deretter på andre mennesker, tydeliggjøres forventningene og kravet til klienten om å ta ansvar for egne valg og atferd. Terapeuten respekterer og bekrefter klientens selvstendige, voksne og vekstpotensielle sider (Haugsgjerd et al. 2009).

Hvordan blir terapeutrollen?

Alliansebygging

Jan Kåre Hummelvoll (2004) hevder at det å skape kontakt med en psykotisk person er utfordrende, pga hans mistenksomhet og vanskelige språk. Den største forutsetning for å skape trygghet og kontakt, er å møte pasienten der han er. I denne prosessen er det viktig å være klar over at pasienten prøver å finne ut om hjelperen er til å stole på. Man må la pasienten venne seg til nærhet av et annet menneske, og være klar over hans angst for nærkontakt og frykten for psykisk invadering. For å gi pasienten tryggheten på at man som hjelper er å stole på, er det svært viktig å møte pasienten med forståelse, lyttende og anerkjennende holdning. Videre sier Hummelvoll (2004) at den avgjørende holdningen er at pasienten opplever tiltro av hjelper og at man har tro på at pasienten mestrer sitt eget liv, på sin egen spesielle måte. For at pasienten skal føle dette må man som tidligere nevnt

lytte oppmerksomt. Liv Strand (2002) mener det er lite trolig å oppnå allianse til schizofrene pasienter uten å kunne tilby kontinuitet og regelmessighet. Man må også bevise gjennom sine handlinger at tilbudet holder seg oppe. Videre sier hun at man må være tålmodig og ikke-krevende utholdenhet, samt møte og være tilgjengelig. Igjen og igjen (Strand 2002).

Containerfunksjon

Når man som terapeut blir brukt som ”beholder” kan den andre, klienten, kvitte seg med ubehagelige følelser, uakseptable følelser, tidligere innestengt sinne. Terapeuten viser klienten at de kan oppbevare deres ubehagelige og uakseptable følelser, og deretter finne metoder, måter man kan bearbeide dem på som er til hjelp for pasienten (Løkensgard 1999). Ifølge Steinar Lorentzen (i Strand 2002) er det tre andre containerfunksjoner utenom avgiftning og deponering, som gjelder:

- en kilde for å forstå pasientens underliggende problemer,
- en nødvendig avlastning for å gjenopprette psykisk likevekt,
- og det som gir grunnlaget for ny emosjonell læring, at det er et alternativ til reflektoriske gjensvar på pasientens atferd.

Faren ved å være bærer, container i lengden er at terapeuten kan bli utbrent, uterapeutisk og miste kontrollen. Prosjeksjoner kan være belastende og forvirrende. Grunnen kan være egne motoverføringer (Strand 2002).

Realitetsorientering

Ingebjørg Løkensgard(1999) hevder at realitetsorientering vil si å informere om virkeligheten. Ifølge Liv Strand (2002) er den psykotiske pasienten ofte ikke i stand til å ivareta realitetsprinsippet, da han har trukket seg tilbake fra den ytre realitet og tolker den til sitt eget bruk. For å forstå og forklare de psykotiske reaksjoner, hevder Jan Kåre Hummelvoll (2004) at *ego* er et sentralt begrep. Freud tenkte seg at personligheten besto av tre instanser; id, ego og super – ego. Id står for de biologiske behov som man er født med og styres etter lystprinsippet, ego som ivaretar den vurderende og impulskontrollerende funksjonen blir utviklet senere (2-4 års alder). Ego skal virke som megler mellom de grunnleggende behov og realitetene. Super - ego dannes i 3-4 års alderen og representere det moralske prinsippet, samvittigheten.

Ego-funksjonene skal regulere selvbildet, vedlikeholde balanse mellom verdier og impulser og ta vare på den personlige integriteten. Når disse funksjonene svikter kan man se at det får konsekvenser for det psykotiske mennesket. Da oppstår det reaksjonsmønstre som: sansebedrag, manglende sykdomsinnsikt og svikt i realitetsoppfatningen.

For at den psykotiske skal få best mulig effekt ved å bli realitetsorientert er det best når han selv sanser og erfarer de faktiske forhold. Man må som terapeut fortelle om den virkelighet som man selv tror på, men unngå argumentering og diskusjon. Dette har sjelden noe for seg, og kan skape avstand til pasienten. Det er viktig å korrigere på en måte som ikke får personen til å føle seg uverdigg og dum (Løkensgard 1999). Om terapeuten er til stede som en stø, ryddig og hel person, vil dette kunne fungere som realitetsorientering i seg selv. Strand (2002) forteller om et prosjektarbeid gjort av studenter i videreutdanningen, der problemstillingen var: Hvordan realitetsorientere psykotiske pasienter på en slik måte at de ikke føler seg avvist? Det kom her frem at nøkkelen til å nå fram med realitetsorientering var når hjelperen gikk inn i situasjonen og aksepterte hvordan den psykotiske virkeligheten kunne oppleves. At man for eksempel kunne si: ”At du orker. Jeg hadde aldri orket å styre med det der”. Ved å si noe om seg selv, ikke si hva som er rett eller galt, føler pasienten at han slipper å kjempe med å overbevise at han har rett. På denne måten fikk de klarlagt det eksistensielle anliggende for pasienten i den situasjonen han befant seg i (Strand 2002).

Måter å samtale med den psykiske syke på

Ifølge Berge og Repål (2004) blir Sokratiske spørsmål ofte brukt av terapeuter som utøver kognitiv terapi. Jeg velger likevel kort å belyse dette, da man kan bruke disse spørsmålene, måten å snakke på, ved alle de psykoterapeutiske perspektivene. I antikken var Sokrates (født ca. 470 f.Kr.) en av de første grunnleggerne av humanistisk filosofi. Gjennom den sokratiske dialog konfronterte han sine medmennesker med deres fordommer, en gjensidig hjelp til bedre erkjennelse. Med en ydmyk holdning uttalte han: ”jeg vet at jeg intet vet”, der målet var å få klienten til å reflektere rundt betydningen av ulike måter å tenke på. Videre hevder Berge og Repål (2004) at spørsmålene er formulert med tanke på omprøving og ettertanke av tidligere oppfatning, og de krever at du lytter mye og nøye på den andre. Ett par eksempler på Sokratiske spørsmål kan være: Hvordan kan vi finne ut om dette er sant? Fins det noen grunn til å tvile på dette beviset?

Haugsgjerd et al. (2009) hevder at hjørnesteinen i psykisk helsearbeid er samtalens plass og betydning i møtet, mellom fagperson og pasient. Det å få fortelle sin historie uten at noen skal si hva som er rett eller galt, gir personen en opplevelse av å bli respektert og verdsatt. Dialogen er likeverdig, ved at fagperson og pasient snakker med hverandre, ikke til hverandre. Martinsen (2002) fremhever at man må ha tålmodighet, lytte, være oppmerksom og tillate at pasienten komme til orde. Videre sier Martinsen (2002) at man må møte den andres svar med forsiktige spørsmål og spørre der man ikke forstår. Tiden og samtalen er et fenomen som er oppe i dagen, der krav til effektivisering står høyt, det skal og kan ikke sløses med tiden. Faren er at samtalens plass i et terapeutisk arbeid trues av teknikk og instrumenter (Haugsgjerd et al. 2009).

Seikula (2000) hevder at i en dialogisk dialog søker man felles forståelse og mening. Ved at man lytter til sin egen stemme når man forteller sin historie, kan man oppleve økt innsikt og sammenheng. Han fremhever videre at det er viktig å ta folk på alvor i samtalen. Ved å ta utgangspunkt i deres fortelling, rettes oppmerksomheten mot de konkrete og fenomennære erfaringene (Haugsgjerd et al. 2009).

Humanistisk-eksistensialistisk perspektiv og psykiske lidelser

Reichelt og Haavind (1999) sier at dette perspektivet er opptatt av hva som kjennetegner selve opplevelsen til personen. Å få den andre til å formidle sin opplevelse og problem blir av stor betydning. Holdningen til terapeuten blir å la den som opplever problemene ha retten til å definere dem, og ikke du som terapeut som observerer symptomene.

Betydningen av selvforståelse og selvakseptering vektlegges. Personen blir tatt på alvor i sin ytterste konsekvens og det er avgjørende at man aksepterer individets opplevelse som gyldige for ham. Ifølge Cullberg (2003) understreker dynamisk psykiatri betydningen av det subjektive. Det unike i personens opplevelse av tingene. For at man som hjelper skal kunne forstå pasienten er det avgjørende å få innblikk i den subjektive opplevelse, som vil kreve intuisjon og innlevelsessevne ved hjelp av empati. Det vil her oppstå en følelse av samhörighet, og et subjekt-subjekt-forhold er etablert. I dette møtet vil pasienten føle seg forstått. Som igjen vil føre til en opplevelse av å være unik og ikke bare et produkt av sykdom (Cullberg 2003).

Selv om den humanistiske psykologien ikke fokuserer på sykdom, mener jeg det likevel blir viktig å ha med teori om selve lidelsen, og på denne måten få en større forståelse på hvordan disse menneskene kan ha det.

Paranoid schizofreni

Haugsgjerd et. al (2009) beskriver at i diagnosehierarkiet følger de såkalte funksjonelle psykosene etter de hjerneorganiske lidelsene. Det er ikke noe kjent spesifikk fysiologisk eller anatomisk abnorm hjernetilstand som forklarer symptomene, og lidelsen gir seg til kjenne ved svikt i mental funksjon. Blant de funksjonelle psykosene er schizofreni øverst i hierarkiet. Dette fordi symptomene og varigheten skaper en alvorlig trussel mot personens muligheter til rik livsutfoldelse. Videre sier Haugsgjerd et. al (2009) at det er en alvorlig psykisk lidelse, men den behøver nødvendigvis ikke å være invalidiserende eller livsvarig. Siden Emil Kraepelin (1856-1926) introduserte begrepet dementia praecoxi 1895, har man pleid å skille mellom ulike typer schizofreni avhengig av de dominerende symptomene. Når tankeinnhold eller en annen oppfatning av virkeligheten klart avviker fra det som omgivelsene synes er rimelige med hensyn til observerte data, psykologisk utviklingsnivå, kulturelle forestillinger og omstendighetene for øvrig, kan man kalle det for paranoia ("på siden av fornuften") eller vrangforestillinger (Cullberg, 2003).

I følge den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer, ICD-10, kjennetegner denne lidelsen enkeltstående vrangforestillinger, eller et sett beslektede vrangforestillinger som er vedvarende, og i enkelte tilfeller livsvarige. Innholdet i vrangforestillingene kan variere sterkt. Typisk innhold kan være blant annet; forfølgelse, grandiositet, erotomani, kverulants, forgiftning, sjalusi, smitte eller sykdom.

Paranoid schizofreni starter forholdsvis sent i livet. Ved paranoid schizofreni er det vrangforestillingene som dominerer. Vrangforestillinger som for eksempel storhetsideer eller forfølgelsesideer. Splittede tankegang og til tider groteske vrangforestillinger er karakteristisk for paranoid schizofreni. Autismen trenger ikke nødvendigvis være så uttalt ytre sett (Cullberg 2003).

Videre sier Cullberg (2005) at noen ganger kan det ta tre til fem år til det er åpenbart at en schizofreniutvikling er på gang. De psykotiske forestillingene kan vare i lang tid, hos noen kan det vedvare livet ut. Forestillingene kan veksle i aktualitet og intensitet. Ideene kan ha karakter som at de blir forfulgt. De kan reagere med å skrive brev for å få en slutt på dette, noen anmelder forfølgeren til politiet. Noen ganger kan den syke bli så plagsom mot den de ser på som sin fiende at de må tas hånd om med tvang for å komme under behandling. Som en reaksjon på den subjektive lidelsen kan det forekomme depressivitet og irritabilitet, og selvmordsrisikoen er her særlig forhøyet. Særlig når psykosene avtar (Cullberg 2005).

I disse menneskene finnes det en dypt psykotisk verden, samtidig som de kan være forbausende veltilpasset i det sosiale. Ikke sjelden dunker pasienten hodet i veggen, svetter av angst, pga en sterk angstladet undergangsfølelse. Ifølge Cullberg (2003) må denne tilstanden være en av de mest plagsomme et menneske kan havne i.

EMPIRI

Lisa er en dame på rundt 60 år med diagnosen paranoid schizofreni. Hun bor i egen leilighet i hjemkommunen sin. Hun er til tider en ressursperson som engasjerer seg i foreninger og lag i nærmiljøet. Hun er kjent for å være flink med hendene sine, og lager håndarbeid som hun selger eller gir bort.

Lisa historie går på at hun har hatt et tøffere liv en mange andre. En barndom med en psykisk syk mor som har vært innlagt flere ganger i psykiatrien. Den første gangen moren ble innlagt, var Lisa 2 år. Dette preger Lisa den dag i dag. Hun har nå lite kontakt med familien sin som består av tre barn og fem barnebarn. De har trukket seg unna sin mor og bestemor, og har minimalt med kontakt. Lisa har opplevd å miste ett av barna i selvmord. Lisa er skilt fra sin mann, faren til barna, som ifølge henne har misbrukt henne psykisk og fysisk i alle år. Foreldrene til Lisa er nå død.

Lisa har selv vært tvangsinnlagt en del ganger opp gjennom årene, første gangen dette hendte var sent i 20-årsalderen. Hun beskriver at dette er det mest krenkende og jævlige ett menneske kan bli utsatt for. Hun er livredd for at det skal skje igjen.

Hun har hatt jevn kontakt med psykiatrisk sykepleier i kommunen gjennom flere år, men denne alliansen er brutt etter siste tvangsinnleggelse for rundt ett år siden. Hun mener det var denne sykepleierens feil, og stoler ikke lengre på noen av de som har vært i hjelpeapparatet rundt henne. Lisa tar ikke noen form for medikamenter, da hun påstår at disse gjør henne syke. Hun har heller ikke fastlege fordi hun mener det da vil bli enklere å legge henne inn. Lisa har skrevet en del brev og levert til oss i hjemmesykepleien der hun ber oss om hjelp. Det er ikke konkretisert hva hun mener med hjelp, da det er noe vanskelig å forstå hva hun mener og skriver. Brevene bærer preg av at de er skrevet av en person som ikke har den samme opplevelse av verden som vi andre har. Hun skriver også mange og lange brev til de fleste instanser, slik som til politiet, politikere og flere.

Jeg får i oppdrag fra min arbeidsgiver å oppnå kontakt med henne. Hvordan jeg skal oppnå kontakt med henne blir en utfordring. Hun slipper ikke noen inn som hun ikke stoler på. Hun er livredd. Jeg forsøker å ringe henne på hustelefon, men hun svarer ikke på denne da

telefonen ifølge henne er overvåket. Jeg bestemmer meg for å gå opp til henne og ringe på døren. Bak døra og alle dør - lenkene står ei lita dame som skuler mistenksomt på meg. Hun lurar på hvem jeg er for ei. Jeg forteller henne at jeg er fra hjemmetjenesten i kommunen og at jeg har lest brevene hennes der hun ber om hjelp og forståelse. Jeg forteller at for at jeg skal kunne hjelpe og forstå henne, vil jeg gjerne bli kjent med henne og høre det fra henne selv. Hun er meget skeptisk til meg og vil helst lukke døra sier hun. Jeg er klar på at det er hennes valg, og at jeg går om det er det hun ønsker. Hun ser meg rett i øynene, et redd blikk, og spør meg; Er du til å stole på? Jeg bekrefter at hun kan stole på meg, og hun slipper meg inn i leiligheten sin. Jeg legger merke til en del spesielle ting og innretninger, men nevner ikke dette med et ord. Jeg prøver å holde fokuset på Lisa. Hun byr meg på en kopp kaffe som jeg tar imot. Hun ser ikke helt bekvem ut der hun sitter, og jeg spør nok en gang om hun ønsker jeg skal gå. Hun tenker seg lenge om før hun sier det går greit. Hun forteller meg at hun blir overvåket og er utsatt for til tider ekstrem stråling. Av og til mot hodet, noen ganger mot kroppen. Når strålingene går mot hodet må hun beskytte det med å holde ei tykk bok over hodet eller ei pappeske. Når det er kroppen som blir bestrålt surrer hun rundt seg en luftmadrass (uten luft i) for å beskytte seg. Det hender at hun må ligge i sofaen i flere timer før *dem* har strålt henne ferdig. Hun er fortsatt svært mistenksom overfor meg og vil ha svar på forskjellig hun tenker på. Jeg svarer etter beste emne. Hun sier at vi som jobber med syke folk skal tenke på at en klem kan erstatte ett glass med valium. Jeg spør om hun vil ha en klem og får til svar; Ja, gjerne, om den er ekte og kommer fra hjertet. Lisa får en god klem. Hun gråter. Vi avslutter møtet vårt og avtaler at hun tar kontakt med meg igjen om hun ønsker det selv. Dagen etter ringer hun og spør om jeg kan komme opp til henne på trappa, det er for farlig å slippe meg inn med tanke på det hun nå skal fortelle meg. Jeg kjenner en glede over å ha oppnådd en slags tillit og allianse til Lisa, men jeg kjenner også på hvor skjør den er.

DRØFTING

Hva er egentlig empati?

Lisa har nå stengt seg mer og mer inne i leiligheten, og det er vanskelig å oppnå kontakt med henne. Hun føler seg overvåket og forfulgt, og er konstant redd. For i det hele tatt å kunne møte Lisa og oppnå kontakt med henne, blir ett

viktig element slik jeg ser det, det å ha en empatisk og anerkjennende holding.

Hva er egentlig empati?

Blant de terapeutiske grunnholdningene i klientsentrert terapi, er empati en av disse. Empati innebærer at man prøver så godt man kan, å se verden, og terapeutisk sett like viktig; se seg selv og virkningene av sin egen væremåte, fra den andres synsvinkel. Det dreier seg om å se verden med den andres øyne og oppleve den slik han opplever den (Hummelvoll 2004). Her ser jeg at de å ha møtt Lisa der hun er nå, og tatt opplevelsene hennes på alvor har satt meg i en posisjon der hun opplever meg som empatisk. Dette er ikke noe jeg kan tvinge meg til, men det må komme naturlig. Lisa har gitt meg tilbakemelding på at hun føler seg trodd og respektert av meg, at hun føler jeg er til å stole på. Jeg føler vi har greid og etablert et godt forhold til hverandre. Jeg ser det sånn som Cullberg (2003) beskriver det: For at man som hjelper skal kunne forstå pasienten er det avgjørende å få innblikk i den subjektive opplevelse, som vil kreve intuisjon og innlevelsessevne ved hjelp av empati. Det vil her oppstå en følelse av samhörighet, og et subjekt-subjekt-forhold er etablert. I dette møtet vil pasienten føle seg forstått (Cullberg).

Jeg ser også at det ikke er enkelt å være empatisk hver eneste gang man møter klienten, da det ofte er det negative og vonde som skal ut. Man må som terapeut jobbe med seg selv, det er ikke alltid man føler seg trygg nok og komfortabel med situasjonen, og da vil nok klienten ganske raskt føle en ikke-empatisk holding. Jeg ser at det kan være svært utfordrende og anstrengende å være empatisk og anerkjennende, i vårt daglige virke med personsentrert tilnærming. Man må både kunne forstå den andres opplevelse og få den andre til å bekrefte at du har forstått. Man må også kunne anerkjenne den andres følelser og opplevelse slik at det blir mulig for den andre å meddele seg (Røkenes og Hansen 2002). Til syvende og sist er det personen vi møter som bestemmer, eller opplever, om den andre er empatisk eller ei. Empatien her innebærer altså at jeg kan sette meg inn i Lisas livsverden, med genuin interesse og åpent sinn, der jeg kan lytte til hennes historie, uten å bli oppslukt, slik at dette vil komme i veien for den terapeutiske alliansen.

Jeg forstår altså, og har opplevd at det å være empatisk og anerkjennende kan være utfordrende. Samtidig opplever jeg at det er på denne måten vi opprettholder kontakten, slik at Lisa slipper å være alene med tankene, følelsene og opplevelsene sine. Det er inspirerende for meg som fersk i faget å føle at man har oppnådd kontakt og tillit, gjennom en empatisk holdning. Empati er et grunnleggende og svært viktig element i den

klientsentrerte terapi. Som terapeut og medmenneske ønsker jeg å kunne stå sammen med Lisa i alt det vonde hun bærer på, samtidig med at jeg klarer å stå utenfor, og på denne måte kan være til hjelp. Det er ikke hjelp for den andre i en klientsentrert psykoterapi om terapeuten identifiserer seg med den andre ved å bli oppslukt og gå helt opp i andres følelser og opplevelse. Om terapeuten kan oppleve smerten og fortvilelsen til den andre, og samtidig stå utenfor styrken i følelsene og intensiteten, da er han det Rogers kaller empatisk.

Hvordan skal man forholde seg til svekket realitetsorientering når man bruker en klientsentrert tilnærming?

Ifølge Strand (2002) er den psykotiske pasienten ofte ikke i stand til å ivareta realitetsprinsippet, da han har trukket seg tilbake fra den ytre realitet og tolker den til sitt eget bruk. Når Lisa tar med seg og viser noen knuste vaser som bevis for at ”dem” har vært inne på soverommet hennes, kan være fristende for meg å forsøke å realitetsorientere Lisa, komme med mitt syn på det skjer. Dette da med tanke på å kunne berolige og trøste henne. Jeg vet at Lisa er overbevist om at de er ute etter henne, og at dette er et tegn på at hun har rett.

Jeg forsøker å forstå Lisas væremåte ut fra teorien om hennes alvorlige lidelse. Når tankeinnhold eller en annen oppfatning av virkeligheten klart avviker fra det som omgivelsene synes er rimelige med hensyn til observerte data, psykologisk utviklingsnivå, kulturelle forestillinger og omstendighetene for øvrig, kan man kalle det for paranoia (”på siden av fornuften”) eller vrangforestillinger (Cullberg, 2003).

Når man vet hvilken lidelse hun har, kan det bli mer forståelsesfullt at hun er som hun er. Og kanskje også da å se at det med realitetsorientering kan bli problematisk og utfordrende. Strand sier at for at den psykotiske skal få best mulig effekt ved å bli realitetsorientert er det best når han selv sanser og erfarer de faktiske forhold. Man må som terapeut fortelle om den virkelighet som man selv tror på, men unngå argumentering og diskusjon. Dette har sjelden noe for seg, og kan skape avstand til pasienten. Kan det være trygghets skapende å realitetsorientere en person i psykosen? Vil hun da muligens legge mindre vekt på å bli overvåket, føle seg tryggere. Vi må fortsatt vise henne at vi tror på hennes opplevelse. Jeg kan da velge å fortelle Lisa at jeg ser, som henne, at vasene er knust, og jeg forstår at hun må føle dette som skummelt. Jeg anerkjenner henne og hennes opplevelse, og om jeg også opptrer som en stø, ryddig og hel person vil dette ifølge Strand

(2002) virke som realitetsorientering i seg selv. Ved å si noe om seg selv, ikke si hva som er rett eller galt, føler pasienten at han slipper å kjempe med å overbevise at han har rett. På denne måten fikk de klarlagt det eksistensielle anliggende for pasienten i den situasjonen han befant seg i (Strand 2002). Man kan også velge å bruke sokratiske spørreteknikk, med en ydmyk holdning. Som Sokrates sa: Jeg vet at jeg intet vet, og målet var å få klienten til å reflektere rundt betydningen av ulike måter å tenke på. Berge og Repål (2004) hevder at spørsmålene er formulert med tanke på omprøving og ettertanke av tidligere oppfatning, og de krever at du lytter mye og nøye på den andre. Ett par eksempler på Sokratiske spørsmål kan være: Lisa, hvordan kan vi finne ut om dette er sant? Fins det noen grunn til å tvile på dette beviset?

Kan det på den andre siden virke angstskapende å realitetsorientere, ved å fortelle henne at det hun opplever ikke har rot i virkeligheten? Du blir ikke strålet, ei heller er det noen som bryter seg inn hos deg. Man vil nok mest sannsynlig skape avstand ved å opptre på denne måten og det er heller ikke en personsentrert måte å være på. Da de viktige elementene her er å opptre empatisk, ubetinget positiv forståelse og ekthet/kongruens. For i det hele tatt å ha en mulighet til realitetsorientering, er det sannsynligvis jeg ser det umulig uten først å ha skapt en allianse med klienten. Liv Strand (2002) mener det er lite trolig å oppnå allianse til schizofrene pasienter uten å kunne tilby kontinuitet og regelmessighet. Man må også bevise gjennom sine handlinger at tilbudet holder seg oppe. Videre sier hun at man må være tålmodig og ikke-krevende utholdenhet, samt møte og være tilgjengelig.

Om man ikke oppnår å få realitetsorientere klienten har man en annen viktig funksjon som terapeut, en containerfunksjon, som kan være med å hjelpe klienten å få tømt seg for vonde tanker og følelser. Her må jeg som terapeut klare å ta imot det Lisa har behov for å snakke om. Hun velger selv, i tråd med den personsentrerte tilnærmingen, hva hun vil snakke om. Hva hun føler hun har behov for å bearbeide, eller rett og slett bare få tømt seg. På samme tid må jeg kunne være ekte og gi tilbake

Når man som terapeut blir brukt som ”beholder” kan den andre, klienten, kvitte seg med ubehagelige følelser, uakseptable følelser, tidligere innestengt sinn. Terapeuten viser klienten at de kan oppbevare deres ubehagelige og uakseptable følelser, og deretter finne metoder, måter man kan bearbeide dem på som er til hjelp for pasienten (Løkensgard 1999). I og med at Lisa, slik hun er nå, virker lite mottagelig for realitetsorientering, kan det hende at det er nok å være medmenneske i form av en personsentrert tilnærming. Jeg må kunne vise henne at jeg aksepterer henne for den hun er, være varm og ha en positiv

innstilling til henne. For meg blir det aller viktigste at Lisa skal kunne ha en person å forholde seg til, en som hun vet hun kan stole på, og som er tilgjengelig. Hummelvoll (2004) sier at for å gi pasienten tryggheten på at man som hjelper er å stole på, er det svært viktig å møte pasienten med forståelse, lyttende og anerkjennende holdning. Å være en god samtalepartner er kanskje det man skal ha som et mål til en person som lider av denne alvorlige lidelsen. Klientsentrert terapi er en terapiform der det blir vektlagt at klienten skal omgås med en positiv, varm og aksepterende atmosfære (Haugsgjerd et al. 2009).

I hvilken grad kan man forvente at en klient med en psykoselidelse oppnår selvinnsikt og/eller selvaktualisering (vekst) via klientsentrert tilnærming?

Selvaktualisering er et formålsbestemt søken. Et søken etter å kunne aktualisere ens iboende medfødte muligheter. Mennesket har ett grunnleggende behov for å realisere seg selv, så langt det er mulig. En forutsetning for selvaktualiseringen er samhandling med individets omgivelser. Disse omgivelsene må være preget av balansen mellom tilpasning og beherskelse (Hummelvoll 2009). Lisa har som tidligere nevnt trukket seg mer og mer tilbake, hun er engstelig og redd. Hun sliter med omgivelsene på den måten at hun har, ifølge henne selv, mistet kontakten med alle som var noe for henne. Hun vil ikke snakke så mye med naboene, ei heller venninne da hun mener dem vil se på henne som gal. Hun er svært syk, men samtidig forstår hun at det hun sier er faktorer andre mennesker kan reagere på, derfor velger hun å holde de fleste mennesker utenfor det hun opplever i hverdagen. Cullberg (2003) sier at i disse menneskene finnes det en dypt psykotisk verden, samtidig som de kan være forbausende veltilpasset i det sosiale. Samtidig som Lisa er i sin egen "overvåkede verden" der psykosen er fremtredene, er hun også en ressurs ute i lokalsamfunnet og er medlem av ulike foreninger og lokallag. Hun blir der sett på som en ressurs med alt hun kan lage med hendene sine, og er til glede for mange. Dette påstår Lisa er for at de ikke vet hvordan hun egentlig har det, og at hun har evne til å tilpasse seg og skjule hvordan hun lever. Hva kan man da forvente av et menneske med denne typen psykoselidelser. Vil hun kunne oppnå selvinnsikt eller selvaktualisering via en personsentrert tilnærming? Om man er slik jeg forstår det, avhengig av at omgivelsene rundt Lisa skal være preget av balanse og beherskelse for å oppnå vekst og selvinnsikt, kan man tenke seg at det kan bli utfordrende. Derfor ser jeg at Lisa helt klart har behov for et menneske som hun kan lene seg til og få støtte fra. Der hun blir akseptert og hørt på som en likeverdig. Der hun kan få være seg selv, uten å føle at hun må unnskyldes seg for alt og

alle. Den terapeutiske alliansen blir alfa omega. Terapeuten skal ha tro på alles evne til selvinnsikt, og målet bør være at Lisa skal kunne oppleve en følelse av vekst og utvikling. Klientsentrert terapi er en terapiform der det blir vektlagt at klienten skal omgås med en positiv, varm og aksepterende atmosfære (Haugsgjerd et al. 2009). Selv om Lisa kanskje ikke kan oppnå alle områdene i forhold til selvaktualisering kan man velge å fokusere på det kunstneriske potensialet hennes. Om hun selv vil snakke om det, da dette er en ikke dirigerende terapi, må hun selv ta opp temaene hun selv ønsker å snakke om. Ved at klienten får prøvd seg først på terapeuten og deretter på andre mennesker, tydeliggjøres forventningene og kravet til klienten om å ta ansvar for egne valg og atferd. Terapeuten respekterer og bekrefter klientens selvstendige, voksne og vekstpotensielle sider (Haugsgjerd et al.2009). Om man tenker seg de tre områdene Maslow beskriver er det nærliggende å tro at hun lider av det han kaller mangeltilstand. Dette ser jeg i lys av at hennes barndom og oppvekst var preget av uforutsigbarhet og utrygghet, da utviklingen av ego er sentral. Hun har mistet noe på veien, og det kan være en årsak til at hun ikke oppnår selvaktualisering eller selvinnsikt. På den andre siden kan det være at der hun er nå, er nok for henne, der hun kan fokusere på blant annet håndarbeidet sitt, og at hun blir satt pris på av andre mennesker for det hun lager og gir bort. Dette er noe hun forteller meg om, jeg støtter henne i dette. Det kan være at det å være støttende og varm er med på å utløse at hun tar ansvar for egne valg og atferd. Carl Rogers fant ut gjennom forskning nevnt i teoridelen at om vi som terapeut via en klientsentrert tilnærming, hadde flere (15-25) samtaler, så var den viktigste forandringen at klienten fikk en vesentlig mer realistisk oppfatning av seg selv. Klienten fikk også en vesentlig bedre evne til sosial kontakt og evne til å glede seg over andre mennesker, det kom også frem at klienten fikk større evne til å godkjenne andre mennesker (Haugsgjerde et al. 2009). Sånn jeg ser dette kan det at jeg som terapeut bidrar med elementene i en klientsentrert terapi, empati, kongruens, ekthet og bevissthet om følelser, være med på at Lisa kan oppleve vekst og selvinnsikt. Kongruens er et nøkkelord i forhold til det å bidra til menneskelig vekst, om jeg som terapeut evner å være kongruent. Det må være samsvar mellom det jeg sier og gjør. Man kan også se det slik at Lisa ikke kommer lengre enn til midten av Maslows behovspyramide på grunn av at avstanden mellom mangelmotivasjon og vekstmotivasjon er for langt unna hverandre. Kanskje dette likevel er nok til at hun holder hodet over vannet, og at hverdagen henne blir levelig nok slik som hun nå har det?

KONKLUSJON

Jeg har i denne oppgaven fokusert i hovedsak på Carl Rogers klientsentrerte tilnæringsmåter, der sentrale punkt er: ekthet, empati, kongruens, bevissthet om følelser og frigjøring og vekst. Jeg ser at når jeg bruker noen av de tilnæringsmåtene som Carl Rogers vektlegger blir relasjonen med Lisa opprettholdt. Jeg mener at det er på grunn av den klientsentrerte tilnærmingen vi i det hele tatt har greid å oppnå en allianse. Hun kommer tilbake, og vil gjerne få luftet sine opplevelse, da særlig med vekt på overvåkningene som skjer av henne. Jeg opplever at det ikke alltid er så lett å bruke kun de personsentrert prinsipp.

Jeg må selv ta meg i det at jeg vil trøste henne med at hun ikke blir overvåket og forfulgt, realitetsorientere henne, men da med en overhengende fare for å bryte vår allianse. Hun vil føle at jeg ikke respekterer henne og hennes opplevelse i hverdagen. Det er ikke dette jeg vil, jeg vil at hun skal se på meg som en hun kan stole på og som lytter til det hun har å si. Jeg ser en redd og fortvilet dame, der det største ønsket er å bli tatt på alvor og møtt som den hun er.

I arbeidet med å oppnå kontakt med en paranoid schizofren person, er det svært viktig å ta denne personen på alvor. Lytte til henne. Være varm og aksepterende. Jeg mener det ordet som passer aller best når alt kommer til alt er å være aksepterende. Som Hummelvoll (2004) hevder, har det å lytte omsorgsfullt og vise en aksepterende holding har i seg selv en lindrende virkning.

Som jeg presiserte i empirien min føler jeg at det er en hårfin og skjør balansegang i det å være i relasjon til individet som i utgangspunktet er så mistenksom og, det viser seg at det er krevende å møte en person som er så alvorlig syk. Jeg ser likevel, utfordringene tatt i betraktning, at det å anvende denne typen terapeutisk og tilnærming, gjør at vi har oppnådd en god allianse og relasjon.

Det viser også at selvaktualisering og vekst kan være et uoppnåelig mål man ikke når, men så lenge hun ser på meg som en ekte, kongruent person som tar hennes følelser og opplevelse på alvor, kan dette muligens være nok. Det kan være at det å lytte omsorgsfullt, være varm, tilstede og aksepterende er akkurat det disse menneskene med en slik alvorlig lidelse har mest nytte og effekt av i sin hverdag. Å bli møtt på en forståelsesfull og empatisk måte.

Det kan også nærliggende å tro at over lang tid kan dette være en krevende metode for terapeuten, da det kan vise seg å være vanskelig i lengden å være empatisk og lyttende når man hører en samme historie gang på gang?

Det handler om at terapeuten skal være trygg på seg selv og sine følelser, og på grunn av disse elementene være en støttende hjelp til et menneske som lever i en slik til tider skremmende og kaotisk hverdag.

Uansett utfordringer som kan oppstå, viser det seg gjennom den forskningen jeg fant, og med egen og andres erfaring at en klientsentrert tilnæringsmåte er effektiv når man skal skape en god relasjon og allianse til en person med lidelsen paranoid schizofreni.

Jeg skulle ønske det var nyere data og forskning innen dette området, da jeg mener dette er et interessant og viktig område i fagfeltet psykisk helsearbeid.

LITTERATURLISTE

Berge, Torkil og Arne Repål. 2004. *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Bråten, Stein. 2007. *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget.

Cullberg, Johan. 2003. *Dynamisk psykiatri*. Tano Aschehoug

Cullberg, Johan. 2005. *Psykoser – et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Hummelvoll, Jan Kåre. 1997. *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Løkensgard, Ingebjørg. 1999. *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nielsen, Geir Høstmark og Anna von der Lippe. 2002. *Psykoterapi med voksne- Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Tano, Pensumtjeneste

Reichelt, Sissel og Hanne Haavind. 1999. *Aktiv psykoterapi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

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

Strand, Liv. 2002. *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Thomassen, Magdalene 2010. *Vitenskap, kunnskap og praksis- innføring i vitenskapsteori for helse og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thorsen, Gerd Ragna Bloch og Jan Olav Johannessen. 2008. *Schizofreni*. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning

Internett:

Gerwood, J. B. 1993. Nondirective counseling interventions with schizophrenics. Tilgjengelig fra: Missoula, Mont: Tidsskrifter.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8115566> (Lest 10.01.2012)

Wharton, William Polk. 1963. The case of Harry and the Therapist Flexibility. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 10(2), 1963, 179-184. Tilgjengelig fra: Allhenny College: <http://psycnet.apa.org/journals/cou/10/2/179/> (Lest 9.1.2012)

