



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Tittel: «Hvordan kan en personsentrert tilnærming bidra til mer autonomi og selvaktualisering for en person med diagnosen paranoid schizofreni?»»

Elin Fugelsnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 32

Molde, 21.04.16



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: 15

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: 21.04.2016

Antall ord 9.035

Sammendrag

Denne oppgaven er skrevet på bakgrunn i min praksisperiode under videreutdanningen i psykisk helsevern. I praksisperioden ble jeg kjent med en mann som gjorde et sterkt inntrykk på meg, han hadde diagnosen paranoid schizofreni. Etter å ha blitt kjent med han, opplevde jeg at det var vanskelig å bygge en god allianse med han, da han lett følte seg «overkjørt». I mitt møte med denne mannen ble det viktig for meg å ta hensyn til hans autonomi og selvbestemmelsesrett, og at han skulle føle en opplevelse av vekst og selvaktualisering.

I denne oppgaven er det brukt en personsentrert tilnærming basert på Carl Roger´s personsentrerte teori. Det er også brukt eksistensiell og humanistisk tankegang der møtet mellom klienten og terapeuten blir det viktigste. Videre er det fokusert på teori om paranoid schizofreni og kvaliteter en terapeut bør ha. Det er også tatt med teori om selvaktualisering og autonomi, da dette er viktige referansepunkter for klienten, - for at han skal få en bra hverdag. Ved å bruke en personsentrert tilnærming til en mann med diagnosen paranoid schizofreni kan det for terapeuten være lett å gå over til paternalisme.

Grensen for å gå over til å ta i bruk paternalisme for terapeuten kan skje uten at terapeuten er helt klar over dette, derfor blir ulike grader av paternalisme diskutert i oppgaven. Det blir også diskutert hvordan terapeuten kan bidra til at klienten oppnår vekst og selvaktualisering med en personsentrert tilnærming. Til slutt i oppgaven har jeg nevnt eksempler på noen «feile» valg et menneske i psykose kan gjøre og hvilke alternativer terapeuten da kan bruke.

INNHOLD

1.0	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling	2
	<i>Hva skal til for å bygge en allianse med denne klienten?</i>	<i>3</i>
	<i>Hvor går grensen mellom hensynet til klientens autonomi og selvbestemmelsesrett og ulike grader av paternalisme.</i>	<i>3</i>
	<i>Hvordan kan man bidra til at klienten oppnår vekst og selvaktualisering?</i>	<i>3</i>
1.2	Litteratursøk	4
2.0	Teori	4
2.1	Paranoid Schizofreni	4
2.2	Persontentrert terapi	6
2.3	Kvaliteter ved terapeuten	7
2.4	Eksistensiell og humanistisk psykologi	9
2.5	Selvaktualisering	9
2.6	Autonomi	10
2.7	Fra paternalisme til persontentrerte tilnærminger	10
2.8	Persontentrert tilnærming til schizofreni	11
3.0	Empiri	12
3.1	Fortellingen om Peder og kjøkkenutstyr til leiligheten	12
3.2	Fortellingen om Peder og bankkontoen	14
4.0	Diskusjon	15
	<i>Hva skal til for å bygge allianse denne klienten?</i>	<i>15</i>
	<i>Hvor går grensen mellom hensynet til klientens autonomi og selvbestemmelsesrett og ulike grader av paternalisme.</i>	<i>18</i>
	<i>Hvordan kan man bidra til at klienten oppnår vekst og selvaktualisering?.....</i>	<i>20</i>
5.0	Konklusjon	23
6.0	Referanser	25

1.0 Introduksjon

Å få diagnosen paranoid schizofreni når en nylig har fylt 20 år kan være skremmende og altopplukende. For en ung mann med livet «foran seg», må dette være svært vanskelig. Sykdommen dominerer og preger hans hverdag i en annerledes virkelighet, og denne virkeligheten formes av hans endrede måte å tenke på.

I denne oppgaven vil jeg anvende teori om hva mennesker med denne diagnosen kan møte på i hverdagen og hva det kan bety å ha en slik realitetsbrist. Jeg vil også komme inn på eksistensiell og humanistisk tankegang, der møte mellom mennesker er det viktigste og hvor det ikke blir fokusert på diagnoser. Det handler om å prøve å forstå menneskets opplevelser og erfaringer gjennom å møte mennesket med respekt. En må prøve å forstå sammenhengene mennesket er en del av og opplevelsen av her- og- nå- situasjoner.

Empirien er hentet fra møtene med «Peder» i min praksis i hjemmetjenesten. Peder bor i en kommunal leilighet. Han er opptatt av å bevare sin autonomi og selvbestemmelsesrett. Hverdagen til Peder består av tvang og paranoide tanker og dette resulterer i mye angst og konflikter for han.

Som sykepleier er jeg opptatt av å se mennesket bak en eventuell diagnose. Det å bli kjent med den andre og ha en ekte tilstedeværelse er viktig for meg som sykepleier og medmenneske. Vi har alle et ansvar for å møte andre med forståelse og respekt, likeverdig med oss selv. Som sykepleier får jeg også stadig nye erfaringer og utfordringer i min jobb innenfor psykiatrien. Under min praksisperiode i psykisk helsevern gjorde det et sterkt inntrykk på meg å bli kjent med en mann som har hatt diagnosen paranoid schizofreni i mange år. I denne perioden fikk jeg observere og snakke med han om hvordan hans liv og hverdag er, og ikke minst hvordan han selv opplever sin sykdom. Han ga uttrykk for et stort ønske om «å være som alle andre» – og det berørte meg sterkt. Jeg hadde et ønske om å hjelpe han til å få en lettere hverdag, men erfarte at det var vanskelig å få til endringer sammen med han. Det var vanskelig å hjelpe han både i forhold til hans sykdom som dominerte med tvangstanker, ambivalens og vrangforestillinger. Det var også vanskelig i forhold til hvordan jeg som sykepleier kunne hjelpe han med å endre hans hverdag til det bedre. Peder har vært optimalt medisinerert over en lang periode, og det er en forutsetning at

han er stabilisert med medisiner, for å komme i en posisjon til han. Han har også en restproblematikk med å forholde seg sosialt til andre mennesker. Peder har mye angst i løpet av dagen og han er sårbar, - en kan ikke komme for nær.

I det følgende presenteres Roger`s personsentrerte terapi, der fokuset er klientens følelsesmessige og kroppslige opplevelser. Jeg vil også komme inn på Roger`s sentrale punkter, dvs. empati, ekthet, kongruens, bevissthet og følelser, frigjøring og vekst. Terapeuten kan prøve å skape en trygg og god relasjon, og danne grunnlaget for allianser ved å møte den andre med anerkjennelse og respekt. Selv om det ikke alltid er like enkelt å anvende denne formen for terapi, viser forskningsartikler at dette er en god og effektiv måte å møte mennesker på som lider av paranoid schizofreni.

Det narrative i oppgaven er utgangspunktet for refleksjonen rundt samspillet mellom meg som terapeut og personen jeg møtte i min praksis. Hoved essensen i oppgaven er hvordan jeg som terapeut møter personen, prøver å bygge en allianse med han, ved å møte han der han er, - og med å være bekreftede.

1.1 Problemstilling

Hovedproblemstilling:

Hvordan kan en personsentrert tilnærming bidra til mer autonomi og selvaktualisering for en person med diagnosen paranoid schizofreni?

Ifølge Cullberg er grunnsymptomene for å diagnostisere en person med schizofreni vanlig å kalle Bleulers 4 A - dette er assosiasjonsforstyrrelser, affektive forstyrrelser, ambivalens og autisme. Assosiasjonsforstyrrelser vil si at det er forstyrrelser i en persons evne til å tenke. Ved affektive forstyrrelser kan en vise tegn til inadekvat effekter, økende indifferens, tap av interesse, apati og manglende lystopplevelser. Ambivalens kan resultere i at evnen til å velge blir lammet og autisme kan vises ved innadvendthet og oppmerksomhetsforstyrrelser. Når en person har flere av disse symptomene blir det vanskelig å fungere i hverdagen og de psykotiske symptomene uttrykker et tap i virkelighetsoppfatningen. Etter at personen har erfart denne plagsomme diskontinuiteten i sitt selv, oppfatter en at dette skyldes ytre påvirkninger og vil forsøke å reparere denne ved

å forklare det hele med å konstruere vrangforestillinger. Dette er den mest plagsomme tilstanden en person kan befinne seg i og disse symptomene forteller at det er svært viktig å finne riktig metode for hvordan en kan tilnærme seg personer med denne diagnosen på (Cullberg, 2009, 137-139).

I følge Cullberg er søken etter selvaktualisering å aktualisere ens iboende medfødte muligheter og en forutsetning er at ens samhandling med omgivelsene er preget av balanse mellom beherskelse og tilpasning (Cullberg, 2009, 248).

Autonomi vil si at en person har selvbestemmelse, det vil si at en person har rett til å bestemme over seg selv og sin egen kropp. I medisin er den praktiske konsekvensen av autonomi at pasienten på forhånd skal gi samtykke til eller avslå det som helsepersonell, ut ifra ønske om velgjørenhet, foreslår av undersøkelser og behandlinger (Winther, 2009).

Det er således viktig å møte en person med denne diagnosen med respekt og forståelse, i en her- og- nå- situasjon. I min tilnærming til Peder vil jeg anvende sentrale begreper fra personsentrert terapi og eksistensiell - humanistisk teori, blant annet empati, ekthet, ubetinget positiv anerkjennelse og vekst og selvaktualiseringer.

Dette danner grunnlaget for følgende delproblemstillinger:

Hva skal til for å bygge en allianse med denne klienten?

Hvor går grensen mellom hensynet til klientens autonomi og selvbestemmelsesrett og ulike grader av paternalisme.

Hvordan kan man bidra til at klienten oppnår vekst og selvaktualisering?

1.2 Litteratursøk

Før oppstart av litteratursøket skrev jeg opp relevante søkeord for problemstillingen og oppgavens tema. Dette var søkeord som Carl Roger`s, schizofreni, humanistisk psykologi, relasjoner, psykoterapi, empati, autonomi, motivation og personsentrert tilnærming. Etter å ha søkt på forskjellige kombinasjoner endte valget til slutt på tre forskningsartikler skrevet på engelsk og to artikler fra norske og skandinaviske tidsskrifter.

I artikkelen på nettsiden til Norsk psykolog forening fant jeg en artikkel som omhandler schizofreni med bruk av en personsentrert tilnærming, hvor det var mye relevant litteratur som kunne brukes i min oppgave. Jeg søkte også etter artikler på Oria.no der det var to artikler skrevet på engelsk som jeg kunne brukes en del teori fra. Til slutt ble det søkt i databasen Helsebiblioteket.no for norske og skandinaviske tidsskrifter der valget falt på to artikler på norsk som brukes i oppgaven.

Jeg har også brukt en del pensumlitteratur og selvvalgt litteratur for å få en best mulig beskrivelse av oppgaven.

2.0 Teori

2.1 Paranoid Schizofreni

Schizofrenidiagnose stilles der personen lider av omfattende forandringer i virkelighetsoppfatningen sin og måten å tenke på. Det er ofte en sterk tendens til tilbaketrekking fra kontakt med andre. En person med denne diagnosen blir også passiv og får vanskelig forståelig følelsesuttrykk. Symptomene er ofte vrangforestillinger av fanatiske eller bisarre karakterer, en kan få usammenhengende tale og tenking med magisk symbolske tegn. En kan også få en følelse av å bli styrt og kontrollert av andre. Opplevelser med hørselshallusinasjoner der tanker eller handlinger blir kommentert, kritisert, diskutert eller karikert kan forekomme. En kan også få hallusinasjoner eller opplevelser av å bli manipulert av krefter utenfra over ens egne tanker (Haugsgjerd 2012, 100).

Når en har fått diagnosen paranoid schizofreni vil de psykotiske forestillingene vanligvis vare i lang tid, noen ganger resten av livet. De psykotiske forestillingene vil veksle i intensitet og aktualitet, og av og til kan en mindre fornærmelse utløse hendelser som utvikler seg til åpenbare vrangforestillinger. Det kan også være vanskelig å vurdere objektiviteten i det personen sier når en møter en person som for første gang har paranoide vrangforestillinger. Grensen mellom det mulige og det utrolige kan være stor, og det er viktig at pasienten føler at oppfatningene hans blir respektert (Cullberg 2005, 130-132).

Symptomer på funksjonsforstyrrelser ved langvarig schizofren lidelse er blant annet manglende sykdomsinnsikt. En kan ha redusert evne til å forstå, kan ha en fiendtlig innstilling til behandling og helsevesenet. En person med denne lidelsen kan sabotere behandlingen både medisinsk og terapeutisk. Personen med diagnosen kan være kontaktsky, ha en tendens til å leve i sin egen verden, være «vrang og tverr» og noen ganger ha uforståelig tale. En person med schizofreni kan også ha uvanlige forestillinger om verden, ha dårlig planleggingsevne, manglende eller avvikende påkledning, dårlig eller manglende orden og forverring av sykdommen kan oppstå ved stress eller understimulering. Adferd hos den syke er for det meste preget av vranghet og tverrhet og personen kan ha en tendens til bryske avvísninger, noe som kan gå utover den som ikke kjenner personen. Den som vil hjelpe vil alt for raskt og rasjonelt endre på vaner, rydde eller «være snill». Støtte og hjelp i hverdagen er helt nødvendig da den som er syk, kan ha ekstremt vanskelig for å holde orden, lage mat og ivareta grunnleggende hygiene (Cullberg 2005, 149,150).

Den vanligste behandlingen av en person med paranoid schizofreni i dag er behandling med legemidler og samtaleterapi. En starter først med legemidler (antipsykotika) som kan bidra til å bringe symptomene under kontroll og forhindrer at symptomene kommer tilbake. De fleste antipsykotika tas som tabletter, men noen gang kan det også tas som sprøyte (injeksjon) og som er langtidsvirkende. Når tilstanden er under kontroll med legemidler kan samtaleterapi (psykoterapi) bidra til å forhindre tilbakefall. Forskning viser at terapi kan forebygge tilbakefall i opptil flere år. Andre typer samtalebehandling som blant annet sosial ferdighetstrening kan også ha en effekt (Helsenorge.no, 17.03.15).

2.2 Personsentrert terapi

Roger`s (1979) var med på og utviklet personsentrert psykoterapi, en terapeutisk metode som har betydd mye. I denne terapiformen, i klinisk praksis, forholder en seg til klienten som et subjekt i motsetning til å behandle han som et objekt. Begrepet ”pasienten” brukes ikke i denne terapiformen da denne terapiformen ikke anser mennesket som sykt. En bruker heller begrepet klienten for å fremholde at det er medmennesker som har stoppet opp i sin utvikling og trenger hjelp for å komme videre. Helhetsperspektivet i forståelsen av problemene og i bearbeidingen av dem er viktige, og betingelser for at klienten skal treffe valg på et fritt og selvstendig grunnlag står sentralt her. Målet for terapien er å klargjøre de valgmulighetene en klient har i forskjellige livssituasjoner og i kompliserte følelsesmessige opplevelser. På 1950-tallet utviklet Roger`s prinsipper for en modenhetsfremmende behandling, der Roger`s vektlegger at terapeuten skal være tilbakeholden i sitt forhold til klienten. Terapeutens oppmerksomhet skal innrettes mot klienten. Terapeuten skal avspeile og reflektere klientens måte å være på og resonnere på, slik at klienten blir bevisst sine egne ubevisste følelser og motiver, sin opptreden både verbalt og nonverbalt. Noen av Roger`s sentrale punkter i det terapeutiske samarbeidet er empati, ekthet, kongruens, bevissthet om følelser, frigjøring og vekst (Haugsgjerd 2012, 260).

Empati: Roger`s skiller mellom identifikasjon og empati. Når terapeuten går helt opp i den andre og identifiserer seg med og blir oppslukt av den andres følelser eller opplevelser er ikke dette til hjelp for den andre i en personsentrert psykoterapi. Empati oppstår når terapeuten kan oppleve den andres fortvilelse og smerte, men samtidig stå utenfor intensiteten og styrken i følelsen. Terapeuten må være til støtte for den andre og både oppleve og godkjenne personens følelser og samtidig vise mulighetene til å komme videre (Haugsgjerd 2012, 260).

Ekthet: Terapeuten må vise alle følelser som har med personen å gjøre og være åpen for alle følelser i seg selv som angår situasjonen. Terapeuten må akseptere og ha varm interesse slik at klienten kjenner at terapeuten lever med i hans situasjon. Det er viktig å ha erfaringer og kunnskap om terapeutiske metoder og prosesser i samarbeidet med klienten. Terapeuten må også akseptere og ha interesse for klienten (Haugsgjerd 2012, 261).

Kongruens: For å skape en trygg og aksepterende atmosfære i relasjonen med klienten, må det være samstemt mellom atferden og følelser. Det må være samsvar mellom det terapeuten sier og gjør i forhold til andre mennesker for at han skal fremstå som kongruent. Har terapeuten en høy grad av kongruens vil han også selv oppleve en menneskelig vekst (Haugsgjerd 2012, 261).

Bevissthet om følelser: I en terapiprosess vil en følelse av befrielse ved endelig å tørre å oppleve sin egen situasjon, skje hos klienten. Situasjonen blir gjengitt i en klarere utgave av terapeuten og klienten ser da situasjonen eller forstår opplevelsen bedre fordi han selv har uttrykt den (Haugsgjerd 2012, 261).

Frigjøring og vekst: Gjennom terapiprosessen vil klienten bli mer moden og aksepterende overfor seg selv og andre. Klienten vil få en mer realistisk oppfatning av seg selv og en bedre evne til sosial kontakt, bedre evne til å glede seg over andre og å godkjenne andre mennesker. Miljøet i terapiprosessen er et modenhetsfremmende miljø ved at det finnes noen som interesserer seg for å opprette kontakt og tar initiativet til at problemene blir satt fokus på (Haugsgjerd 2012, 262).

2.3 Kvaliteter ved terapeuten

En god terapeutisk relasjon kjennetegnes av trygghet, empati, akseptering, emosjonell tilstedeværelse og respekt for klientens subjektive opplevelser sier Axselsen (2008, 212). Evnen til å lytte og forstå blir for terapeuten en av de viktigste faktorene, samtidig som klienten trenger ”støtte”. For å være en god terapeut må en både ta ansvaret for og legge forholdene til rette for en god terapeutisk relasjon, og kunne justere sin væremåte i takt med klientens behov. Trygghet og en god relasjon mellom klienten og terapeuten kan bidra til at klienten kan være i stand til å komme i en utforskende og reflekterende posisjon, der klienten kan ta inn og bearbeide ny informasjon. I et terapiforhold må også balansen mellom nærhet og avstand balanseres, klienten har ofte behov for selv å velge hvor følelsesmessig nær det er trygt å være.

Ifølge Hummelvoll (2005, 388) kreves det en tålmodig og aksepterende holdning av terapeuten for at klientens behov for kontroll og forutsigbarhet skal bli ivaretatt. Det vil ta

tid å etablere et tillitsforhold, men ved bevisst arbeid for å skape kontakt og tillit vil terapeuten få mulighet til å nyansere pasientens holdninger.

I følge Axelsen (2008, 213) innebærer empati et følelsesmessig engasjement der det er viktig å være direkte, bekreftende og aktivt ivaretagende. Når terapeuten ikke alltid makter å være empatisk, kan synliggjøringen av slike empatiske feil være terapeutisk. Terapeuten må ikke oppleve klienten som «en annen type menneske», derfor må terapeuten prøve å utvikle relasjonen slik at klienten får bekreftet at de er «av samme slag». Innen personsentrert terapi er det vanlig å se på terapeuten som klientens ledsager der ingen av dem kjenner veien eller målet. I følge Axelsen (2008, 214) er klienten ekspert på seg selv og hun legger vekt på at terapeuten anerkjenner og aksepterer symptomene som forsøk på mestring. Klienten har svarene og vet hva som er best for seg selv, forandringen kan skje ved at terapeuten ser, lytter og undrer seg sammen med klienten.

Å respektere klientens verdigrunnlag er i teorien framsatt som en overordnet verdi for omsorgsarbeidet. Å behandle klienten med respekt vil si å se klienten som et menneske som er lik seg selv, tross avvikende adferd (Vatne 2006, 195).

Når det sies at en eksistensiell terapeut skal være direkte, menes det at en skal være bestemt, men ikke taktløs. En terapeut skal være rett frem, ikke uklar, ikke svare uklart eller tvetydig. Det betyr at en skal besvare et spørsmål direkte, men uten å si mer enn strengt tatt nødvendig. Terapeuten må ikke tenke på å ikke være retningsgivende, men i stedet hjelpe klienten til å finne sin egen retning ved å følge de eksistensielle prinsipper om respekt for klientens autonomi. En skal ikke «stikke ut» retningslinjer for klienten men følge deres tankespor og følelser, samt vise dem hvordan en kan finne sin egen vei ved å være åpen om seg selv, vise selvinnsikt og finne sin egen retning i livet (Deurzen og Adams, 2012, 102).

Begrepet containing-function stammer fra Willfred Bion. Det å være "container" kan være belastende og forvirrende for terapeuten, en kan lett miste oversikten og kontrollen, en kan bli u-terapeutisk og gå inn i en utbrenningsprosess. For en terapeut kreves det både personlig modenhet og faglig innsikt. Det er en forutsetning at en har tilhørighet i et tverrfaglig utvekslingsmiljø hvor en kan få luften sine følelser og tanker, for å forstå mer av pasienten (Strand, 2004, 108).

2.4 Eksistensiell og humanistisk psykologi

I følge Haugsgjerd (2012) er eksistensiell psykologi en grunnleggende interesse for den menneskelige situasjonen, dette kan være en situasjon som skyldes kløften mellom menneskets begrensninger og forhåpninger. Kløften blir etablert mellom hva jeg er, hva jeg gjerne ville ha vært og til slutt hva jeg kunne ha vært. Dettet handler om problematikk knyttet til identitet – forstå som at jeg er både det jeg er, og det jeg kunne ha vært. Maslow (1970) hevder at dette er grunnkonflikten i mennesket og i det menneskelige liv. Maslow sier videre at i det psykologiske og terapeutiske arbeidet er det viktig å videreutvikle begrepene beslutning, handling, valg, selvstendighet og identitet. Derfor er det tenkelig at forståelsen av mellommenneskelig kommunikasjon er en annen viktig side av de konsekvensene denne ensomheten skaper (Haugsgjerd 2012, 246).

Humanistisk psykologi er ikke en ren psykologisk tradisjon eller teori, men en forståelse av mennesket, som plasserer seg mellom filosofi og psykologi. Dette er helhetsforståelsen av menneskets humanistiske psykologi der det gjelder å utvikle forståelse og ikke finne forklaringer gjennom årsakssammenhenger. For å foreta en fortolkning av et menneske må en ha forståelsen av helheten gjennom den kulturelle bakgrunnen, livshistorien og verdisystemet et menneske er en del av. Dette omtales som et menneskets opplevde verden eller livsverden. Erkjennelsen av samspeillet mellom den individuelle psyken og det sosiale vesen som medlem av et samfunnskollektiv, vil i humanistisk psykologi argumentere for en ny livsform. Disse to sidene er knyttet sammen og er avhengig av hverandre for å etableres og utvikles (Haugsgjerd 2012, 247).

2.5 Selvaktualisering

Selvaktualisering er søken etter å aktualisere ens iboende medfødte muligheter og en forutsetning for selvaktualisering er at samhandlingen med omgivelsene er preget av balansen mellom beherskelse og tilpasning. Ønsket om selvaktualisering er det særskilt menneskelige (Egidius 1996) og klientens ansvar og frihet til å velge fritt, står sentralt i det terapeutiske arbeidet (Haugsgjerd 2012, 251). Selvaktelse omfatter personens oppfatning av sitt egenverd og påvirker personens tankeprosesser, emosjoner, lengsler, verdier og mål. Dette er en funksjon for å være elsket og respektert av andre og selvaktelsen minsker når

man taper andres kjærlighet, eller når en opplever å mangle respekt fra andre (Hummelvoll 2005, 111).

2.6 Autonomi

I følge Hummelvoll har hvert menneske rett til selvbestemmelse (autonomi), men har ikke alltid evne og/eller krefter til å utøve denne retten på grunn av bland annet psykiske eller fysiske hinder. Dette innebærer at blant annet alvorlig psykotiske personer, som ikke er i stand til å «snakke» sin egen sak, likevel skal få sin integritet respektert. De som selv ikke klarer å utøve sin autonomi, må få sikret den av andre, som for eksempel helsepersonell. Integriteten til en person kan aldri overlates til en annen person, men det kan en persons autonomi. Integriteten kan bare respekteres eller krenkes (ved for eksempel uverdigg behandling og pleie eller ved å diskriminere en som er psykisk syk). Integriteten er alltid konstant og en vilkårsløs egenskap som hører livet til, mens autonomi er knyttet til evnen hos en person og kan variere og tapes. Videre sier Hummelvoll at klienten og terapeuten er relatert til hverandre ved terapeuten arbeid for å beskytte klientens rettigheter. I psykisk helsearbeid møter en mennesker som opplever sin autonomi begrenset. Det er viktig at terapeuten ser på sitt arbeid som «advokat» for klienten. Å ha en rettighet basert på frihet, betyr at man er tilkjent autonomi eller selvbestemmelse og at man kan benytte rettighetene som man selv velger. Når det gjelder klientenes rettigheter generelt, dreier det seg om to forhold: For det første rettigheter som allment understreker menneskets verdighet, og for det andre rettigheter som er nedfelt i lover for å sikre klientene god behandling (Hummelvoll 2005, 81).

2.7 Fra paternalisme til personsentrerte tilnærminger

Paternalisme, eg. faderlighet, i medisinsk sammenheng er det at legen avgjør hva som er til det best for pasienten, i motsetning til pasientautonomi (Winther, 2009).

Paternalisme kan oppstå i en situasjon der terapeuten reduserer klienten til noe mindre enn et autonomt individ. Når det gjelder forholdet mellom autonomi og paternalisme er det viktig å vite at ikke alle former for paternalisme er uetiske. Dette gjelder blant annet hos mennesker som ikke er i stand til å fungere autonomt, som for eksempel som en alvorlig

psykisk syk person kan gjøre. Det kreves både klokskap og kjærlighet for å forholde seg til kontinuumet autonomi på en fleksibel og etisk forsvarlig måte (Hummelvoll, 2005).

I følge Martinsen (1990) skal relasjoner være preget av omsorg og tillit og hun tar avstand fra paternalistisk omsorg. Paternalistisk omsorg er preget av at den profesjonelle vet best, slik at klienten fratras muligheten for å delta i beslutninger som angår han selv. Martinsen argumenterer for berettiget mild paternalisme og hun begrunner dette med at en rendyrking av autonomiprinsippet kan føre til at terapeuten ikke engasjerer seg tilstrekkelig i pasientens situasjon (Svabø 2004, 162).

I dag, innen psykisk helsevern, kan vi ikke lenger snakke om schizofrene eller psykotiske pasienter men heller bruke ordet klienter sier Blairkom (2006). Denne endringen på bruk av navnet gjenspeiler den måten en ser på denne sykdommen i dag. En skiller mellom - en person - og - en sykdom - noe som passer inn i den moderne tilnærmingen til en alvorlig psykisk lidelse i dagens samfunn. Sykdommen er noe som har kommet inn i livet til en ellers frisk person og som mennesker generelt kan lide av, slik som for eksempel den somatiske sykdommen diabetes. Ved hjelp av god medisinsk behandling og samtaleterapi kan en person leve godt med en psykisk sykdom resten av livet.

2.8 Personsentrert tilnærming til schizofreni

Ifølge Blairkom (2006) er personer med schizofreni ikke på kant med samfunnet de lever i. De prøver, som alle andre, å leve et liv som uttrykker verdiene av den kulturen de er vokst opp i. Blairkom har skissert en personsentrert tilnærming til schizofreni ut fra den forståelse at sykdommen *kun* får sin rette plass hos personer med denne lidelsen når vi er villig til å se sammenhengen mellom sykdommen og personen.

Den langsiktige behandlingen av paranoid schizofreni vil, ifølge Blairkom, gå i positiv retning når det er en stabil og ubegrenset kontinuitet i relasjonen mellom terapeuten og klienten. Det sentrale vil være at terapeuten forstår den sykdomsprosessen klienten går gjennom. I den vestlige verden er definisjonen på normal å være uavhengig, produktiv og sosialt engasjert. Estroff (1995) sier at mer oppmerksomhet til det indre livet til mennesker med en alvorlig psykisk lidelse viser at selvbestemmelse ikke er problemet – men subjektiviteten. Estroff (1995) sier at selvtilliten vokser delvis ved å utføre aktiviteter og

en person med schizofreni vil oppleve seg selv igjen som en person, ved å kunne utføre faste aktiviteter. Hensynet til sin egen særegne betydning, deres personlige erfaringer og livshistorie, er en nødvendig forutsetning til et godt liv.

3.0 Empiri

Ønsket med empirien er å formidle to situasjoner fra min praksis i kommunehelsetjenesten for å belyse oppgaven. Under min praksis fikk jeg muligheten til å følge opp en mann ekstra mye med samtaler, praktiske gjøremål i hverdagen og turer sammen med han. De to situasjonene blir presentert som min subjektive opplevelse av hendelsene. Jeg prøver også å beskrive i de samme hendelsen hvordan jeg møtte han som terapeut. I diskusjonsdelen blir det diskutert hvilke andre alternative måter en kunne ha møtt Peder på ved å bruke personsentrert tilnærming.

Ved å skrive ned fortellingen følte det som å være tilbake i situasjonene, der jeg hadde mange tanker om hvordan en best mulig kan møte Peder på en respektfull måte. Jeg tenkte mye på hvordan en skulle møte han i forhold til hans livsproblemer og hvordan bruke en tilnærming for å møte Peder «der han er». Peder har ikke så mye kontakt med nære slektninger, det blir kommunehelsetjenesten som er hans kontaktnett. Han ønsker heller ikke å ha så mye kontakt med sine naboer, han blir da veldig avhengig av hjemmetjenestens faste besøk og andre i helsesektoren som han har kontakt med.

3.1 Fortellingen om Peder og kjøkkenutstyr til leiligheten

Peder har daglig oppfølging fra hjemmetjenesten og jeg var hos han på så å si alle mine vakter i praksisperioden. Jeg ble godt kjent med Peder i løpet av disse 7 ukene og hadde på forhånd lest litt i journalen hans angående hans diagnoser og hovedproblemer.

Første gang jeg dro hjem til han alene, hadde jeg en samtale med min veileder først. Hun hadde kjent Peder i ca. 30 år, og gjennom sitt arbeid kunne hun informere meg om tidligere hendelser som var relevant for meg og mitt arbeid fremover.

Den første tiden ble brukt sammen med Peder for å bli godt kjent med han, og det var viktig at han skulle bli trygg på meg som terapeut og medmenneske. Vi gikk turer, var på kafé og kjørte på korte bilturer. Jeg var veldig oppmerksom på å møte Peder i forhold til hans autonomi, noe han selv også var opptatt av. Autonomi var en svært viktig faktor for Peder å opprettholde. I de første ukene hadde jeg mange tanker om hvordan en best mulig skulle møte Peder på en respektfull måte og vinne hans tillit. Jeg var ofte fokusert på hvordan en skulle møte han i forhold til hans problemer som var tvang og paranoide tanker. Tvang og paranoide tanker var noe som ofte resulterte i konflikter for han, og jeg var opptatt av å finne metoder for å skape allianser sammen med han.

Under en av samtalene med min veileder ble det diskutert hvor «trist» det var i leiligheten til Peder. Han hadde minimalt med kjøkkenutstyr i leiligheten og den var minimalt innredet med møbler. Min veileder fortalte at hun ved flere anledninger hadde prøvd å skaffe han litt kjøkkenutstyr og å gjøre det litt «koseligere» hjemme hos han, - uten å lykkes. Veilederen min ønsket at jeg skulle «overtale» han til å kjøpe seg noen nye glass, da han kun brukte pappkrus og gamle syltetøyglass å drikke av. Dette kunne bli vanskelig å gjennomføre både med hensyn til Peders autonomi og at veileder hadde fortalt at han ofte blir sint, får tvangstanker og kan bli paranoid om han får nye ting inn i leiligheten sin.

En morgen da jeg skulle være med Peder ut og handle matvarer, fikk han spørsmålet om han ville kjøpe seg noen nye glass å drikke av. Han var enig i at han trengte nye glass og avtalte at vi skulle dra på en butikk for å kjøpe dette. Da vi parkerte utenfor butikken så jeg at Peder ble urolig, - og han stoppet opp utenfor inngangsdøren til butikken. Han sa han hadde fått et angstanfall og ville dra hjem til leiligheten igjen, det ble ikke handlet nye glass. Da vi var på vei tilbake til leiligheten hans, sa han at angstanfallet ble bedre og at han hadde lyst til å stoppe for å kjøpe matvarer, noe vi gjorde.

Neste gang det ble en anledning til å ta opp spørsmålet om han ville kjøpe nye glass, svarte han at han ikke var materialistisk av seg og ønsket ikke å kjøpe glassene. Jeg prøvde igjen å overtale han til å kjøpe glassene, men tror i ettertid at det var mest for min egen del, da jeg syntes han hadde det så «trist» i leiligheten. Etter flere forsøk på å få han til å kjøpe glassene ga jeg opp, jeg skjønnte at han ikke hadde planer om å kjøpe disse glassene da irritasjon og angst bygde seg opp hver gang dette ble nevnt. Jeg spurte han direkte hvorfor han ikke ville ha litt mer kjøkkenutstyr å hjelpe seg med i hverdagen. Han svarte da at han

hadde det bra slik som det var, og at han ikke ønsket å bruke penger på materialistiske ting. Han sa, han bestemte over seg selv og hva han skulle bruke pengene sine til. I ettertid kan en se at det var min veileder og mitt ønske det ble fokusert på, vi klarte ikke å se det fra Peder`s side, - at han var fornøyd med kjøkkenutstyret og leiligheten slik den var.

3.2 Fortellingen om Peder og bankkontoen

Peder trengte egentlig hjelp til flere praktiske ting i hverdagen og en av disse var å håndtere sin økonomi. Da Peder blant annet har vanskeligheter med å håndtere sin økonomi fornuftig, oppfordret veilederen meg til prøve å hjelpe han med dette.

Etter noen uker fikk Peder et brev i posten som var fra banken. Han hadde da fått tillitt til meg og ville at jeg skulle lese brevet. Jeg fikk også tillatelse til å ta med brevet til min veileder slik at vi kunne diskutere dette sammen. Dette brevet gjaldt en gammel konto som ikke var i bruk lenger, og min veileder mente at kontoen kunne avsluttes. Mitt oppdrag var da å formidle dette til Peder -og å høre om han selv ønsket å avslutte kontoen.

Vi satt i hver vår ende av sofaen, på skrå overfor hverandre. Det ble forklart hva veilederen min hadde sagt til meg og han ble rådet til å avslutte bankkontoen. Peder ønsket ikke å avslutte kontoen og jeg spurte hvorfor han ikke ønsket å avslutte den, - spesielt da kontoen ikke lenger var i bruk. Jeg forstod at dette var feil spørsmål da Peder ble urolig og sint, han reiste seg fra sofaen. Peder begynte å gå frem og tilbake i leiligheten, han var sint og frustrert. Han sa i klare ord til meg at det var han som bestemte over sin egen bankkonto. Han sa videre at vi i hjemmetjenesten burde slutte og blande oss opp i hans private saker. Det ble beklaget fra min side og jeg skjønnte at det ikke var lurt å gå videre på dette emnet der og da. Vi kjørte en tur til butikken og snakket ikke mer om bankkontoen, men jeg forsto at han fortsatt var sint.

I møte med Peder neste dag var bankkontoen det første han nevnte. Etter å ha tenkt gjennom situasjonen som oppstod dagen før, hadde jeg bestemt meg for å prøve en mer personsentrert tilnærming til han. Jeg hadde bestemt meg for å møte Peder uten å ha et mål om at bankkontoen skulle avsluttes og heller la han bestemme selv. Peder hadde tenkt mye på hendelsen og han var fortsatt fast bestemt på at bankkontoen ikke skulle avsluttes. Jeg sa at hvis det var det han ønsket, skulle ikke vi i hjemmetjenesten prøve å overtale han til

noe annet. Jeg tenkte da også på at han var svært opptatt av sin egen autonomi og at ingen skulle gå over hans grenser. Det tok allikevel noen dager til før han sluttet å nevne bankkontoen.

4.0 Diskusjon

Hva skal til for å bygge allianse denne klienten?

Som tidligere nevnt ble de første dagene av praksisperioden brukt på å bli kjent med Peder. Etter å ha vært hos Peder de første dagene, forsto jeg at det måtte brukes god tid på å bli kjent med han. Peder måtte også få muligheten til å bli kjent med meg som fagperson og for å etablere et tillitsforhold til meg som terapeut. For å få en god relasjon mellom terapeuten og klienten må terapeuten opparbeide seg tillit hos klienten. Ifølge Hummelvoll (2005, 388) kreves det en tålmodig og aksepterende holdning av terapeuten. Det vil ta tid å etablere et tillitsforhold, men ved å bevisst å arbeide for å skape kontakt og tillit, vil terapeuten få mulighet til å nyansere pasientens holdninger. Ved å skape tillit hos Peder opplevde han å ta imot omsorg, råd og veiledning uten at han følte han mistet sin autonomi. Det at han fortsatt følte han beholdt sin autonomi i samhandling med meg som terapeut, var nok hovedgrunnen til at han fikk tillit til meg.

Det er tenkelig at jeg som terapeut klarte å opparbeide tillit hos han fordi han fortalte at han trengte omsorg, oppmerksomhet og hjelp. Han sa ved flere anledninger at han ønsket jeg kunne bruke mer tid sammen med han, og ikke ha andre arbeidsoppgaver i løpet av dagen. Som nevnt tidligere, kjennetegnes en god terapeutisk relasjon av trygghet, empati, akseptering, emosjonell tilstedeværelse og respekt for klientens subjektive opplevelser sier Axselsen (2008, 212). I sosiale sammenhenger kunne Peder være tilbaketrukket og reservert overfor andre men han kunne henvende seg til meg og spørre om hjelp og råd, eller kreve min oppmerksomhet bort fra andre. I følge Axelsen (2008, 212) må balansen i et terapiforhold mellom nærhet og avstand balanseres, klienten har ofte behov for selv å velge hvor følelsesmessig nær det er trygt å være.

Det var også en del utfordringer knyttet til det å opparbeide en god relasjon til Peder. Forutsetningen var blant annet at Peder skulle være optimalt medisinert. I følge Blarikom (2006) vil en langsiktig behandling av schizofreni gå i positiv retning når det er en stabil og ubegrenset kontinuitet i omsorgen til en person med diagnosen paranoid schizofreni. Han sier videre at personsentrert tilnærming til schizofreni bare er mulig hvis vi forstår den sykdomsprosessen klienten går gjennom. Ved hjelp av medisinsk og god terapeutisk behandling kan klienten leve bedre med sykdommen. Det er tenkelig at hvis Peder hadde vært u-medisinert ville han ikke ha klart å samarbeide så bra som han gjorde. Han ville da ha blitt mer fiendtlig innstilt til helsevesenet, dvs. hjemmetjenesten, som han får daglig oppfølging av. Som terapeut hadde fiendtlighet hos klienten vært en observasjon og et tegn på at han ikke hadde tatt foreskrevet medisin. Ifølge Stanghellini's (2013) forståelse av pasienten, skriver han at akutt syke klienter ikke kan være i stand til å uttrykke sine verdier og betydninger fordi psykosen ødelegger klientens selvrefleksjon og selvforståelse. Det vektlegges at selvrefleksjon og selvforståelse vil styrkes for klienten ved bruk av personsentrert tilnærming. Ved styrking av terapeutens bevissthet om verdier og betydninger i psykoser, kan terapeuten hjelpe sine klienter med sykdomsinnsikt og gi støtte på veien til å bli friskere.

Da jeg foreslo for Peder at han skulle kjøpe seg nye glass, var det i god hensikt. I observasjonen av Peder når han laget seg mat og drikke, drakk han alltid av et pappkrus eller et syltetøyglass. Når han drakk kaffe var jeg flere ganger redd for at syltetøyglasset ikke skulle tåle den varme kaffen, -og sprekke. Evnen til å lytte og forstå blir for terapeuten en av de viktigste faktorene samtidig som klienten trenger støtte. Peder hadde nok drukket kaffe av syltetøyglass i flere år før jeg ble kjent med han, så det var mer et problem for meg enn for han. Roger's terapi sier at forståelsen av problemene og bearbeidingen av dem er viktige og betingelsen for at klienten skal treffe valg på et fritt og selvstendig grunnlag står sentralt (Haugsgjerd 2012, 260).

Etter at Peder hadde sagt seg enig i å skulle kjøpe seg nye glass, ble han etter hvert urolig og fikk angstanfall. En del av diagnosen paranoid schizofreni er ambivalens som kan resultere i at evnen til å velge blir lammet. Ifølge Strand (2004, 19) er det å være i psykotisk kaos med mange motstridende impulser og uttalt grad av ambivalens en enorm påkjenning. I ettertid ser jeg at en ikke skulle ha prøvd å overtale Peder til å kjøpe glassene. I følge Strand (2004, 127) strir mennesker med paranoid schizofreni med en

uttalt ambivalens som kan gjøre valgsituasjoner helt uutholdelig for dem. Derfor er det mulig at jeg som terapeut skulle jeg ha foreslått alternative løsningsmuligheter for Peder slik at han ikke hadde følt det som et press fra meg.

I min daglige kontakt med Peder over flere uker opplevdes det å få en større forutsigbarhet i relasjonen med han. Det viktigste for å oppnå en god relasjon med klienten er at det er stabilitet og kontinuitet rundt han. Jeg tror dette var med på å redusere hans angst ved at han følte vi samarbeidet. Han var heller ikke redd for å si sin mening til meg og dette gjorde at vi samhandlet bedre, -og jeg fikk en bedre forståelse av han. Selv om Peder noen ganger ble urolig og fikk angstanfall når det ble foreslått endringer hjemme hos han, tror jeg han allikevel følte min annerkjennelse av han, -ved å skape stabilitet og kontinuitet i livet hans. En kan skape struktur ved å ha fokus på annerkjennelse, gjennom undrende refleksjon, forhandling og tilrettelegging for likeverd sier Vatne (2006, 164). I følge Blairkom (2006) er ikke personer med schizofreni på kant med samfunnet de lever i, men som enhver annen person i samfunnet prøver de å leve et liv med de verdier av den kulturen de er vokst opp i. Peder var ikke opptatt av å bruke penger på materialistiske ting og han var fornøyd med det kjøkkenutstyret han hadde. For å opprettholde en god relasjon med klienten må terapeuten ha en god forståelse av de unike personlige verdier og overbevisninger en person med denne diagnosen har. En kan dermed forsterke innsikten og forbedre kvaliteten på terapeut – klient – forholdet sier Stanghellini (2013). Det var nok for min egen del jeg presset på for at Peder skulle kjøpe seg nye glass. Det var vanskelig å se det fra hans side, -at han var fornøyd slik han hadde det i dag.

Som terapeut kan det være utfordrende å ha mange gode ideer for å hjelpe klienten. Terapeutens gode ideer kan bli avvist blant annet fordi klienten føler at han blir behandlet som et objekt. Når terapeuten går helt opp i den andre og identifiserer seg med og blir oppslukt av den andres følelser eller opplevelser, er ikke dette til hjelp for den andre. Peder sa seg først enig i å kjøpe nye kopper, dette kan være på grunn av at han er vant til at andre ønsker å ordne ut for han. Det kan også være mulig han aksepterte forslaget mitt så raskt fordi han egentlig ser at han trenger nye kopper. Eller at han har fått kommentarer på at han drikker av pappkrus og syltetøyglass av andre i hjemmetjenesten tidligere. Det ble allikevel vanskelig for Peder å ta avgjørelsen, om han skulle kjøpe nye kopper eller ikke, hans ambivalens kom tydelig frem her. Empati er når terapeuten kan oppleve den andres fortvilelse og smerte men samtidig stå utenfor intensiteten og styrken i følelsen sier

Roger`s. Terapeuten må være til støtte for den andre og både oppleve og godkjenne personens følelser og samtidig vise mulighetene til å komme videre (Haugsgjerd 2012, 260).

Hvor går grensen mellom hensynet til klientens autonomi og selvbestemmelsesrett og ulike grader av paternalisme.

Under en av samtalene med min veileder fortalte veilederen at hun ved flere anledninger hadde prøvd å gjøre det mer «koselig» hjemme hos Peder. Han hadde ikke vært enig i dette og veilederen fortalte at både Peder og hun noen ganger hadde blitt sinte og frustrerte. Når en som terapeut skal bruke personsentrert tilnærming hos en klient med diagnosen paranoid schizofreni er det lett å gå over grensen til å ta i bruk berettiget mild paternalisme. Ifølge Blairkom (2006) vet en at det er en betydelig variasjon i sykdomsforløpet hos en person med denne sykdommen og utfallet kan noen ganger føre til en alvorlig tilstand. Dette kan tyde på at differensieringen mellom klienten og sykdommen kan være en adekvat strategi for å håndtere sykdommen, men det er som ofte ikke i overenstemmelse med klientens erfaringer. For at det skal være til hjelp for terapeuten, kan et skille mellom klienten og symptomene gjøre at en kan hjelpe klienten til å behandle sine symptomer (Kusters 2004). Under samtalen mellom min veileder og meg ble vi enige i at jeg skulle prøve å overtale Peder til å kjøpe seg nye glass, fordi han drakk av pappkrus og syltetøyglass, hadde blitt en frustrasjon for oss i hjemmetjenesten. I følge Cullberg (2009, 130) kan klienter med diagnosen paranoid schizofreni ha et sykdomsbilde som veksler mye i intensitet og aktualitet. Dette kan tyde på at det er lett for at terapeuten kan forsøke å sette seg inn i klientens situasjon ut ifra et ønske om å gjøre det beste for klienten. Under min praksis hadde jeg et ønske om å gjøre det beste for Peder, samtidig som jeg presset på for at han skulle kjøpe seg nye glass. I følge Martinsen (1990) skal relasjoner være preget av omsorg og tillit og hun tar avstand fra paternalistisk omsorg. Paternalistisk omsorg er preget av at den profesjonelle vet best, slik at klienten fratras muligheten for å delta i beslutninger som angår han. Klienten kan da oppleve å bli maktesløs og umyndiggjort. Peder opplevde nok å fratras muligheten for å delta i beslutningen om han skulle kjøpe seg nye glass, da jeg prøvde å overtale han til dette. Derfor er det tenkelig at jeg som terapeut gikk over i berettiget mild paternalisme da jeg i min daglige kontakt med Peder engasjerte meg mye i hans livssituasjon. Martinsen (1990) argumenterer for berettiget mild

paternalisme og hun begrunner dette med at en rendyrking av autonomiprinsippet kan føre til at terapeuten ikke engasjerer seg tilstrekkelig i pasientens situasjon (Svabø 2004, 162). Det er derfor tenkelig at ved å bruke berettiget mild paternalisme prøver en terapeut å vippe klienten inn på riktig spor.

Som nevnt i fortellingen om Peder og bankkontoen så spurte han meg en dag om hjelp da han hadde fått et brev fra banken. Han ønsket som sagt at jeg skulle lese brevet for å forklare han hva brevet inneholdt. Etter å ha lest brevet fikk jeg tillatelse til å ta det med til veilederen min. Mitt ønske var å hjelpe Peder slik at det ble en best mulig løsning for han angående brevet fra banken. Som terapeut kan det være lett å trække over grenser i forhold til klienten når en bruker personsentrert terapi. Behandlingen kan lett gå over i en mild form for paternalisme selv om dette ikke er terapeuten's ønske i utgangspunktet. Det er ikke lett å skille mellom grensegangen når en går over til en mild form for paternalisme, fordi terapeuten's ønske er å gjøre det beste for klienten. Angående brevet og bankkontoen til Peder, klarte vi ikke å se at det var min og min veileder's mening vi fokuserte på. Derfor er det tenkelig at vi ikke klarte å se hva som var til det beste for Peder. Jeg spurte ikke Peder om hva han ønsket å få hjelp med, men tok en avgjørelse sammen med min veileder om hva vi trodde var til det beste for han. Det ble ikke tatt hensyn til Peder's autonomi om retten til å bestemme over seg selv (Winther 2009). Det er tenkelig at Peder ikke følte at hans autonomi ikke ble ivaretatt, og det var ikke en god samhandling mellom meg som terapeut og han som klient. Ifølge Haugsgjerd (2012, 251) ble ikke klientens frihet til å velge fritt et sentralt tema her. For å ivareta Peders selvbestemmelsesrett skulle en ha spurt han om hva han selv ønsket å gjøre med bankkontoen sin, jeg skulle ikke ha kommet med forslag til Peder om hva jeg mente han burde gjøre. Ifølge Axselsen (2008, 212) blir evnen til å lytte og forstå en av de viktigste faktorene for terapeuten. Axselsen (2008, 212) sier videre at for å være en god terapeut må en både ta ansvar for og legge forholdene til rette for en god terapeutisk relasjon og justere sin væremåte i takt med klientens behov, -noe en ikke klarte her.

I ettertid kan jeg se at det er vanskelig å ta riktige vurderinger når en står oppi situasjonene. En tenker at en skal gjøre det beste for klienten men det er vanskelig å se hva som er til det beste for klienten når en går «i fellen». Da Peder og jeg snakket om bankkontoen ble Peder sint og han begynte å gå frem og tilbake i leiligheten. Han fikk sagt ifra om at det er han som bestemmer over seg selv og at han ønsker at hjemmetjenesten

ikke skulle blande seg i hans private saker. I følge Binder (2013) kan klienten utvikle en måte å samhandle på hvor egne behov og synspunkter i liten grad blir tydeliggjort, og dette kan medføre at det oppstår frustrasjoner. Videre skrives det at klienten kan kjenne seg overkjørt og han kan mangle et adekvat handlingsrepertoar for å si klart fra hva han mener. Dette kan resultere i gjentakende og vedvarende opplevelser av handlingslammelser og depresjon. Peder klarte heldigvis å si klart ifra hva han ønsket å gjøre med bankkontoen og at han ikke ønsket innblanding fra hjemmetjenesten. Det er derfor tenkelig at Peder i mange tilfeller tidligere har følt på fortvilelse og frustrasjon i forhold til sin autonomi, da han flere ganger i løpet av disse ukene har fortalt meg hvor viktig opprettholdelsen av autonomi var for han. Når det gjaldt bankkontoen, ble han sint fordi han var redd for at hans ønske ikke ble ivaretatt og sinne var et uttrykk for fortvilelse og frustrasjon.

Hvordan kan man bidra til at klienten oppnår vekst og selvaktualisering?

Når det gjaldt beslutningen om å kjøpe seg nye glass klarte Peder til slutt å ta valget selv. Han sa han ikke ønsket å kjøpe seg nye glass og at han ikke ville bruke penger på materialistiske ting. Han sa han bestemte over seg selv og hva han skulle bruke pengene sine til. Roger's (1979) prinsipper for en modenheitsfremmende behandling vektlegger at terapeuten skal være tilbakeholden i sitt forhold til klienten. Terapeutens oppmerksomhet skal innrettes mot klienten og terapeuten skal avspeile og reflektere klientens måte å være på og å resonnerer på (Haugsgjerd 2012, 260). Her må jeg som terapeut være klar på grensegangen for å hjelpe klienten vs. det å ta over for klienten. Selv om terapeuten har gode hensikter i det en gjør må det hele tiden tas hensyn til klienten, å være aksepterende og ikke-dirigerende. I følge Vatne (2006, 195) er det å respektere klientens verdigrunnlag i teorien framsatt som en overordnet verdi for omsorgsarbeidet. Å behandle klienten med respekt vil si å se klienten som et menneske som er lik en selv, tross avvikende adferd. Estroff (1995) mener at terapeuters oppmerksomhet i forhold til klienten må gå mer til det indre livet til mennesker med alvorlig psykisk lidelse, og ikke hele tiden jobbe mot normalitet. I dette tilfellet med Peder følte jeg at det ikke var hans behov som ble dekket, men helsevesenet, -altså jeg som terapeuten og min veileder, for at vi skulle ha god samvittighet. Det var ikke nødvendig å si opp bankkontoen til Peder, men for at det skulle

være mest mulig ryddig i Peders økonomi og mer lettvint for oss, ble dette bestemt «over hodet» på Peder. For å bruke personsentrert terapi er det viktig å snakke med Peder om hvorfor bankkontoen hans ble overstyrt han. I følge Maslow (1970) er det i det psykologiske og terapeutiske arbeidet viktig å videreutvikle begrepene beslutning, handling, valg, selvstendighet og identitet. Forståelse av mellommenneskelig kommunikasjon er en annen viktig side av de konsekvensene denne ensomheten skaper sier Maslow.

En dag fortalte Peder meg at han har drømmer og tanker om å være en selvstendig mann. Han ønsker å få en vanlig jobb slik at han blant annet kan betale sine egne regninger. Maslow (1970) hevder at grunnkonflikten i mennesket og i det menneskelige liv skyldes kløften mellom menneskets forhåpninger og dets begrensninger. Kløften etableres mellom hva jeg er, hva jeg gjerne ville ha vært og hva jeg kunne ha vært. Dette er drømmer Peder higer etter, men som han selv sier, ikke er realistiske for han. I følge Maslow (1970) handler det dypest sett om problematikk knyttet til identitet – forstå som at jeg er både det jeg er, og det jeg kunne ha vært (Haugsgjerd 2012, 246).

Peders frihet er egentlig ubegrenset, han bor i egen leilighet og bestemmer over seg selv. Som terapeut kan klientens ønske om å bestemme over seg selv noen ganger være vanskelig å forholde seg til, da terapeuten i utgangspunktet ønsker det beste for klienten. Dette kan tyde på at grensen mellom å gjøre det beste for klienten og å ta over for han, er en vanskelig balansegang. Jeg som terapeut skulle spurt Peder hva han mente er det viktigste vi i hjemmetjenesten kan gjøre for han. Selvaktualisering er søken etter å aktualisere ens iboende medfødte muligheter og en forutsetning for selvaktualisering er at samhandling med omgivelsene er preget av balansen mellom beherskelse og tilpasning. Ønsket om selvaktualisering er det særskilte menneskelige sier Egidius (1996) og klientens ansvar og frihet til å velge fritt står sentralt i det terapeutiske arbeidet (Haugsgjerd 2012, 251).

Det er vanskelig å si i hvilken grad en kan forvente at en person med paranoid schizofreni kan oppnå vekst og selvaktualisering. Peder er en mann som har hatt diagnosen paranoid schizofreni i 30-40 år, og det er mange forutsetninger som må være på plass for å bruke personsentrert terapi. Derfor er det tenkelig at for å få forholdet mellom klienten og terapeuten til å fungere, tror jeg at terapeuten ofte må lande på et kompromiss med

klienten når en skal bruke personsentrert terapi. I følge Estroff (1995) ønsker terapeuter egentlig at klienter med diagnosen paranoid schizofreni skal bli normale igjen. Problemet i den vestlige verden er at vi har en definisjon av normalitet; å være selvstendig, produktiv og sosial engasjert. Dette kan tyde på at jeg som terapeut ønsket at Peder skulle ta valg på en lettere måte enn han gjorde, og føle at han da hadde oppnådd vekst ved å ta disse valgene.

Da Peder kan bli veldig sint hvis han føler at han «blir overkjørt», kan han kutte kontakten med helsevesenet om han bestemmer seg for dette. Peder kan også gjøre dårlige valg på grunn av at han kan være psykotisk. Da han ikke har så mye kontakt med familien og andre utenfor helsevesenet er det viktig at terapeuten inkluderer Peder, og terapeuten må være en fast støtte uansett hvordan Peder's reaksjoner er. Det er på grunn av hans sykdom at livet og hverdagen for Peder ikke fungerer optimalt. Hvis Peder skulle bestemme seg for å kutte kontakten med helsevesenet, må terapeuten allikevel være synlig og på tilbudssiden for han. Han må få vite at han kan ta kontakt med helsevesenet når som helst og at han kan komme tilbake igjen og opprette tjenester slik som tidligere. Estroff (1995) mener at selvtillit er viktig for å oppnå vekst, og personer med paranoid schizofreni må oppleve seg selv som en verdifull person for ikke å stagnere. Sin egen særegne betydning, deres personlige erfaringer og livshistorier er en nødvendig forutsetning for å oppnå vekst. Terapeuten må være med på å gi Peder opplevelsen av seg selv som en meningsfull og verdifull person. Roger's (1961) hevder at den terapeutiske relasjonen kan legges til rette for positiv endring og vekst ved å skape et miljø der klientens iboende motivasjon for endring ville bli støttet. For å forstå klientens motivasjon må en forstå hvordan klientens selvbilde er, hvordan folk faktisk tenker på seg selv og hvordan de ideelt ønsker å være. Forskjellen mellom nåværende selvtilliten og den ideelle selvtilliten er et viktig mål. Det er derfor tenkelig at bevisstheten om denne forskjellen spiller en viktig rolle i å motivere folk til å søke støtte.

Som nevnt tidligere er Peder's største ønske å «være som alle andre» og å få mer frihet i det daglige. Ifølge Hummelvoll (2005, 79-81) er klienten og terapeuten relatert til hverandre ved terapeuten's arbeid for å beskytte klientens rettigheter. I psykisk helsearbeid møter en mennesker som opplever sin autonomi begrenset. Det er viktig at terapeuten ser på sitt arbeid som advokat for klienten. Å ha en rettighet basert på frihet, betyr at man er tilkjent autonomi eller selvbestemmelse og at man kan benytte rettighetene som man selv

velger. Når det gjelder klientenes rettigheter generelt, dreier det seg om to forhold: For det første rettigheter som allment understreker menneskets verdighet, og for det andre rettigheter som er nedfelt i lover for å sikre klientene god behandling (Hummelvoll 2005, 81).

5.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan en terapeut, ved å bruke personsentrert tilnærming, kan bidra til at en person med diagnosen paranoid schizofreni får mer autonomi og økt selvaktualisering. Det er lagt hovedvekt på å forstå samhandlingen mellom klienten og terapeuten og å forstå mønstret klienten har i sin hverdag.

I samhandlingen med denne personen erfart det at det var vanskelig å bygge en allianse med han. Det var også vanskelig å vurdere hvor grensen mellom hensynet til personens autonomi og selvbestemmelsesrett vs. terapeutens ulike grader av paternalisme. Håpet var at denne personen skulle oppnå vekst og selvaktualisering for å få en bedre livskvalitet.

For å forstå et menneske som lider av sykdommen paranoid schizofreni kreves det et godt mellommenneskelig forhold mellom klienten og terapeuten. I eksistensiell og humanistisk terapiform er ofte hovedvekten lagt på her- og nå- erfaringer. En må også ha forståelse av helheten gjennom den kulturelle bakgrunn, livshistorien og verdisystemet et menneske har. Å jobbe med en person som lider av denne sykdommen kan være en hårfin balanse mellom personsentrert tilnærming og en fare for å gå over til en mild form for paternalisme.

I den vestlige verden er autonomi og selvaktualisering noen av de viktigste verdiene mennesket har. Når en person er psykisk syk kan det bli vanskelig å opprettholde disse verdiene og personen kan trenge hjelp for å fungere i samfunnet. Jeg vil peke på utviklingsbehov der nyere forskning viser at en person kan leve godt med denne sykdommen med en god medisinsk -og terapeutisk behandling. Klienten og terapeuten har da muligheten til å arbeide direkte med å hjelpe klienten til økt vekst og selvaktualisering.

Muligheter på feltet og videre forskning kan være bland annet hvordan personsentrert tilnærming kan bidra til at terapeuten ikke blir paternalistisk ved samhandling med klienten. Etter å ha skrevet oppgaven ser jeg at balansegangen mellom autonomi og paternalisme er vanskelig å skille, og ønsker et økt fokus på hvordan en terapeut kan bidra til å bli mindre paternalistisk i psykisk helsearbeid.

6.0 Referanser

- Axelsen, Eva Dalsgaard. Hartmann, Ellen. 2008. *"Veier til forandring" – Virksomme faktorer i psykoterapi*. Cappelen Akademiske Forlag. 2 rev. utg.
- Binder, Per E. Høstmark, Geir. Nielsen, Aslak H. Schanche, Elisabeth. Holgersen, Helge. Artikkel på Helsebiblioteket.no. Nr. 8, 2013. "Med følelsen i sentrum – utviklingstrekk innenfor dynamiske og humanistiske terapiformer" (Tidsskrift for Norsk Psykologiforening), 18.02.14.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=329455&a=3
- Binder, Per E. Hjeltnes, Aslak. Nielsen, Geir H. Schanche, Elisabeth. Artikkel på Helsebiblioteket.no. 2013. «A kjenne mønstrene innenfra: Forskjeller og møtepunkter mellom rasjonell og emosjonsfokuset psykoterapi» (Tidsskrift for Norsk Psykologiforening), 25.03.2014.
<http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2013/765-771.pdf>
- Blarikom, Jan van. Sept. 2006. artikkel på nettsiden til Norsk psykolog forening "A *Person-Centered Approach to Schizophrenia*".
<http://www.janvanblarikom.nl/media/documenten/jan-van-blarikom/centered-apr.pdf>.
- Cullberg, Johan. 2009. *"Psykosser, et integrert perspektiv"* Universitetsforlaget AS. 2 opplag
- Deurzen, Emmy Van. Adams, Martin. 2012. *"Eksistensiell Terapi, en introduksjon"* Hans Reitzels forlag. 1. utg, 1. Opplag.
- Eide, Solveig Botnen. Grelland, Hans Herlof. Kristiansen, Aslaug. Sævareid, Hans Inge. Aasland, Dag G. 2011. *"Fordi vi er mennesker, en bok om samarbeidets etikk"*. Fagbokforlaget, 2 utgave.
- Helsebiblioteket/BMJ Best practice, helsenorge.no, sykdom/diagnose, psykisk lidelser, schizofreni, 17.03.2015
- Haugsgjerd, Svein. Jensen, Per. Karlsson, Bengt. Løkke, Jon A. 2012. *"Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle"*. Gyldendal Norske forlag AS. 3 utg. 3 opplag
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2005. "Helt – ikke stykkevis og delt" Gyldendal Norske Forlag AS, 6 utgave. 2 opplag.
- Nielsen, Geir Høstmark. Von der Lippe, Anna Louise. 2002. *"Psykoterapi med voksne,*

- fem perspektiver på teori og praksis*". Pensumtjenesten AS,
- Ryan, Richard m.; Lynch, Martin F.; Vansteenkiste, Maarten; Ceci, Edwald L. 2011.
"Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. 8300 defect for UNSW Counselling Psychologist, 2011, Vol.39
<http://tcp.sagepub.com/content/early/2010/02/10/0011000009359313>
- Stanghellini, Giovanni. Bolton, Derek and Fulford William K.M. 2013. "Person-centered psychopathology of schizophrenia: Building on Karl Jasper's understanding of patients' attitude towards his illness. March 2013, vol.39(2),pp.287-94
- Strand, Liv. 2004. "Fra kaos mot samling, mestring og helhet". Gyldendal Norske Forlag AS, 1. Utgave, 10. opplag
- Svabø, Anna. Bergland, Ådel. Hæreid, Jorunn. 2004. "Sosiologi og sosialantropologi for helsearbeidere". Gyldendal Norske Forlag AS, 3 opplag
- Vatne, Solfrid. 2006. "Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi". Gyldendal Norske Forlag AS. 1 utgave, 1. opplag
- Winther, Finn Ø. 2009. Artikkel på nettsiden til Store medisinske leksikon: "*Autonomi*" og "*Paternalisme*" av 13.02.2009 <https://sml.snl.no/autonomi>,
<https://sml.snl.no/paternalisme>