



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan man være personsentrert i møte med mennesker i psykose?

Ruth Marie Langhelle Lindstrøm

Totalt antall sider inkludert forsiden: 33

Molde, 20.04.2016



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: 06/1 - 16

Antall ord: 10784

Sammendrag

Oppgavens tema er personsentrert tilnærming til mennesker med psykoselidelse. Hvordan kan man være personsentrert for å etablere en god relasjon og bidra til at klienten opplever styrket tro på seg selv, selvaktualisering og vekst. Oppgaven søker å belyse hvordan det å ha en psykose kan påvirke selvfølelsen og viktigheten av relasjoner der man blir møtt som et likeverdig menneske. Målet er at mennesket som er i krise med seg selv skal kunne oppleve økt mestring i forhold til å leve med sine utfordringer, tanker og følelser.

I teoridelen presenteres Carl Rogers' personsentrert tilnærming og en kort innføring i begreper hentet derifra. Personsentrert tilnærming retter seg mot å styrke menneskets selvfølelse og tro på seg selv. Den subjektive opplevelsen personen har av sin egen situasjon og følelser hos den enkelte står sentralt. Målet med tilnærmingen er å frigjøre de evner og krefter personen har, og at personen skal kunne få et aksepterende selv. Å møte den andre som et likeverdig menneske med anerkjennelse og respekt vil danne grunnlag for en god relasjon og allianse. Vitenskapsteoretiske utgangspunkt blir belyst og humanismen vil være tenkningsgrunnlag, knyttet til dens tidløse krav om menneskets egenverd. Fokuset vil være en eksistensiell - humanistisk tankegang, der diagnosen ikke er det viktigste, men møtet mellom mennesker. Det blir anvendt teori om hva det vil si å oppleve en alvorlig realitetsbrist som det en psykose er. Å finne nyere forskning på personsentrert tilnærming til mennesker med psykose eller schizofreni ga ikke mange funn, men jeg fant en artikkel av Jan Van Blarikom: «Personsentrert tilnærming til mennesker med schizofreni» (2006) som jeg mener er relevant for oppgaven.

I oppgavens diskusjonsdel tas det utgangspunkt i et møte med en mann jeg kaller «Erik» som lider av schizofreni. Narrativet gjennomgås og drøftes i lys av problemstillingen og relevant teori. For å sikre konfidensialitet er enkelte faktaopplysninger i narrativet endret.

1.0	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling	2
1.2	Litteratursøk	3
2.0	Teori	4
2.1	Psykose	4
2.2	Personsentrert tilnærming / klientsentrert terapi.	6
2.3	Relasjonsbygging mellom terapeut og klient	9
2.4	Eksistensialisme og det humanistiske perspektivet.....	10
2.5	En personsentrert tilnærming til mennesker med schizofreni.	13
3.0	Empiri	16
3.1	Fortellingen om Erik	16
3.1.1	Hjemmebesøk hos Erik	17
4.0	Diskusjon.....	19
4.1	Hvordan medvirker psykosen til en stagnasjon i den sosiale utviklingen og med hensyn til selvrealisering?	19
4.2	Hvordan etablere en god relasjon?	21
4.3	Hvordan kan en personsentrert tilnærming bidra til selvaktualisering og vekst?	23
5.0	Konklusjon.....	26

1.0 Introduksjon

Jeg arbeider som sykepleier i kommunal psykiatritjeneste og har de siste årene blitt kjent med flere mennesker med psykoselidelse, de fleste av dem personer med schizofreni. Avtalene og møtene foregår stort sett i deres hjem og sjeldent på kontoret. Jeg syns ofte det er vanskelig å vite hvordan man best mulig kan hjelpe dem og jeg har kjent på tristhet med tanke på at de ofte ikke har gode tanker om seg selv og eget liv. Jeg har observert at mennesker med psyko-seproblematikk ofte tilbringer mye tid alene, og adskiller seg fra resten av verden. Jeg vet at noen av dem gjør dette for å skjerme seg, andre fordi de føler de ikke passer inn eller oppfyller kravene som er i samfunnet. I mine første møter med disse menneskene ser jeg i ettertid at jeg var for opptatt av hvordan personene forholder seg til den ytre verden, og av hvordan de skal passe inn for å få det bedre med seg selv. I ettertid har jeg blitt mye mer opptatt av hvordan personene har det med seg selv - hvordan de forholder seg til seg selv og verden, og hvordan de finner mening. Jeg har følt på at likeverd, respekt, autonomi og brukermedvirkning er viktig å formidle i tilnærmingen for å kunne bygge en god relasjon og allianse, og for at de skal kunne ha best mulig nytte av samarbeidet. Jeg er opptatt av å se mennesket bak en eventuell diagnose og mener at vi som medmenneske har et ansvar å møte ethvert menneske med forståelse og respekt som likeverdig med oss selv. Alle mennesker har et behov for å bli sett.

FNs menneskerettighetserklæring bruker uttrykket "det iboende menneskeverdet". Kjernen er menneskets rett til å eie seg selv og sine tanker. Alle mennesker er således likeverdige, uavhengig av et hvert ytre eller indre kjennetegn som for eksempel klasse, utseende, funksjonsevne, tro, tanke eller forstandsnivå.

1.1 **Problemstilling**

«Hvordan kan man være personsentrert i møte med mennesker i psykose?»

Johan Cullberg (2005) bruker psykosebegrepet om en tilstand der virkelighetsoppfatningen er klart avvikende, og ikke deles av noen andre. Selvfølelse eller selvaktelse vil si å akseptere seg selv som den en er, hva man står for, og være bevisst sin egen verdi. Selvfølelsen kan handle mye om i hvilken grad man er glad i seg selv (Haugsgjerd et al. 2009). Innenfor et humanistisk menneskesyn innebærer autonomibegrepet et pasientsyn der mennesket har muligheter til å ta vare på seg selv og kunne framstå med selvrespekt og verdighet (Haugsgjerd et al. 2009). Ifølge Jensen og Ulleberg (2011) er begrepet basert på ideen om myndiggjøring som handler om å omfordele og omstrukturere maktrelasjoner. Kort fortalt vil brukermedvirkning si at personen har rett til å bestemme over sitt eget liv. Selvaktualisering eller selvrealisering er et formålsbestemt søken etter å aktualisere ens iboende medfødte muligheter, og er det kreative aspektet ved mennesket som adskiller oss fra dyrene. En forutsetning for selvaktualisering er at individets samhandling med omgivelsene er preget av balanse mellom beherskelse og tilpasning. Det motsatte av selvaktualisering er stagnering, som i personsentrert tilnærming si at mennesket ikke velger, opplever angst og stopper i sin utvikling mot selvaktualisering (Haugsgjerd et al. 2009). En relasjon betyr egentlig *føre tilbake* og brukes som en betegnelse på et forhold mellom to eller flere. Allianse innebærer i relasjonen mellom klient og terapeut at de har en felles forståelse av terapiens mål og hvordan samarbeidet skal være (Jensen og Ulleberg 2011). Jeg'et (det opplevde jeg'et) beskrives som en ubevisst strukturerende funksjon i psyken som gjør at vi oppfatter oss selv og verden slik vi gjør (Egidius 2006). Et selv beskrives som ens egen person som formål for bevisst oppfatning (selvbevissthet), forestillinger (selvbilde), kunnskap (selvkunnskap), kontroll (selvkontroll) og vurdering (selvfølelse). Det som på denne måten er gjenstand for oppfatning, erkjennelse, kontroll og vurdering, kalles selvet (Egidius 2006, 454).

Delproblemstillinger:

- Hvordan etablere en god relasjon?
- Hvordan påvirker psykose forholdet til andre mennesker og tanker om seg selv (selvfølelsen)?
- Hvordan kan en personsentrert tilnærming bidra til selvaktualisering og vekst?
- Hvordan er det mennesker med alvorlig psykisk lidelse stagnerer?

1.2 **Litteratursøk**

Bøkene som er brukt i oppgaven er pensumlitteratur eller bøker lånt fra biblioteket, kollegaer eller medstudenter. Artikkelsøk er gjort i Helsebibliotekets databaser: PsycINFO, Norart og SveMed+ og begrensninger ble satt til vitenskapelige artikler utgitt de siste 10 årene. Søkeordene som ble brukt er: *schizofreni/schizophrenia, psykose/psychosis, personsentrert/person centered, Carl Rogers, empati/empathy og selvbilde/selvfølelse/self esteem*. Jeg fikk treff på 10 artikler og av disse ble en valgt: «*A person- centered approach to schizophrenia*» av Van Blarikom (2006). Jeg søkte også i tidsskrift fra Norsk psykologforening og fant en artikkel: «*Psykose hos unge: gjenkjenning og behandling*» av Karlsen, K., Løberg, E.M. (2012). Selv om tittelen lyder psykose hos unge valgte jeg å lese den og fant ut den innhold data jeg kunne bruke.

2.0 Teori

2.1 *Psykose*

Psykose er et samlebegrep for en rekke alvorlige sinnslidelser, og kan i enkleste forstand forklares som *mareritt i våken tilstand* (Hummelvoll 2001). Ifølge Cullberg (2005) er det en viktig funksjon for menneskets tilpasning og trygghet at vi forestiller oss at fornuft, normalitet og selvfølelse er noe vi kan regne med som en selvfølgelighet. Samtidig vet vi at når vi drømmer, eller dagdrømmer, er fornuften skjør, samt at tid, rom og logikk er opphevet. Det er vi selv som fantaserer og drømmer, men vi kan likevel ha vanskeligheter med å akseptere drømmene som et uttrykk for vår dypere personlighet. Mennesket vil alltid leve i en umulig eksistensiell dobbelthet – mellom det å bare være et støvkorn i universet og samtidig være dets betydelige sentrum. Likedan vil vi leve i dobbeltheten mellom vår anstendige fornuft og vårt asosiale, selvhevdende og lystsøkende indre. Normalt sett mestrer vi å bære erfaringer mellom den indre og den ytre virkeligheten. Dersom vi ikke mestrer denne pendlingen blir det vanskeligere å orientere seg i verden og vår sjlelige overlevelse settes på spill - ytterste konsekvens kan være tap av kontakt med virkeligheten, en psykose. Psykose kan oppleves som å miste seg selv og uro og angst vil ofte prege den som opplever symptomene (Cullberg 2005).

Ifølge artikkelen *Psykose hos unge: gjenkjenning og behandling* av Karlsen og Løberg (Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2012) omfatter psykoselidelsene både schizofreni, kortvarige/forbigående psykoser og affektive lidelser med psykose (bipolar lidelse, mani eller depresjon). Fellesbetegnelsen psykose kjennetegnes ved nedsatt eller manglende evne til realitetstesting, ofte ved forstyrrelser i sansning eller fastlåst og feilaktig tankeinnhold.

Kliniske kjennetegn for psykose hos unge er lik voksne, som vil si tilstedeværelse av:

- Positive symptomer (representerer et tillegg av noe som vanligvis ikke er tilstede) hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering.
- Negative symptomer (en reduksjon eller bortfall av normale funksjoner) følelsesmessig avflatning og passiv tilbaketrekking fra omgivelsene.
- Følelses- eller tankemessige vansker som angst, depresjon og svekkelse i kognitive prosesser for læring, hukommelse og planlegging.

Det er de negative symptomene som gir størst funksjonssvekkelse på lang sikt (Bech 2009).

Cullberg (2005) hevder at det kan være lett å glemme at psykose og schizofreni er fenomenologiske begreper som bare kan defineres med atferdstermer og som subjektive forandringer i opplevelsesverden. Biologisk er faktorene til i dag ikke karakterisert, selv om man vet at de spiller en vesentlig rolle. Cullberg (2005) framholder videre at det i forståelsen og arbeidet med de psykotiske tilstandene er et poeng i å strebe mot et sammenfattet bilde av mennesker med psykose som person likeså vel som biologisk vesen.

Faktorer som kan vanskeliggjøre jegets evne til å ta tilbake kontrollen etter en psykose, foruten gjenværende psykotiske symptomer, er ifølge Cullberg (2005)

- Posttraumatisk stressyndrom som innebærer at klienten har angst, depresjonssymptomer og traumatiske og integritetskrenkende opplevelser av å bli syk og innlagt.
- Feilaktig medisinerings.
- Utstøtningsprosess (stigmatisering) som følger dersom omgivelsene gjennom sin holdning har erklært personen som syk.

Antipsykotiske medikamenter har eksistert siden midten av 1950 – tallet. De kan dempe eller fjerne symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner, noe som igjen kan bidra til mindre angst og sterk uro. Med at klienten føler seg tryggere og er mer adekvat kan det være lettere å nyttiggjøre seg samtaleterapi, med fokus på å prøve å endre feiltolkninger og oppfatninger som skaper unødig angst og bekymring (Repål og Jordahl 2011). Repål og Jordahl (2011) fremholder at selv om antipsykotiske medikamenter uten tvil kan bidra til å dempe eller fjerne symptomer, så har de sine negative sider i form av bivirkninger. De kan blant annet gi skjelvinger, ufrivillige bevegelser, stivhet og passivitet. Sånn sett kan de da ha liten eller ingen effekt på de negative symptomene, men heller bidra til å forsterke dem. De nyere antipsykotika sies å ha mindre av disse bivirkningene, men har en større tendens til å gi vektøkning og ugunstig påvirkning av fettstoffer og sukker i blodet (Repål, Jordahl, 2011). En åpen og utforskende holdning hvor pasient og behandler sammen ser på fordeler og ulemper med medisinerings, er oftest det som vil gi det beste resultatet i lengden. Repål og Jordahl (2011) påpeker at selv om mange pasienten vil ha nytte av medikamenter, er det viktig at fagpersoner har respekt for de som ønsker å prøve å mestre problemene sine uten. Det vil da være særlig viktig å tilby andre former for støttetiltak og behandling.

2.2 *Personsentrert tilnærming / klientsentrert terapi.*

Forløperen til denne tilnærmingen er Carl Rogers (1902 – 1987).

Personsentrert/klientsentrert tilnærming eller ikke – dirigerende terapi (som retningen opprinnelig het), har sitt utspring fra humanistisk eksistensiell tradisjon. Terapien bygger på et positivt syn på menneskets evne til vekst og selvutvikling. Rogers framholder at selvet vil arbeide med å skape overenskomst mellom erfaringsverden og jeg'et.

Overenskomsten er nødvendig for å skape en indre og ytre frihet og fravær av angst. En mangelfull overenskomst iverksetter tidligere konflikter fra barndommen, som personen ikke er klar over eller har tatt stilling til, og kan vises seg som angst og adskillelse (Haugsgjerd et al. 2009).

Rogers vektlegger at terapeuten skal være tilbakeholden i sitt forhold til klienten med at klienten selv skal ta en stor del av ansvar og initiativ for den psykoterapeutiske prosessen. 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). Terapeuten er som nevnt ikke-dirigerende og skal følge klientens valg av tema i terapien. Terapeuten anser som sin hovedoppgave å reflektere tilbake og tydeliggjøre for klienten hans/hennes egen opplevelse med et klarere bilde av følelser. Terapeutens oppmerksomhet skal være innrettet mot klienten, og man skal bevisst avspeile og reflektere klientens måte å være på. På denne måten vil klienten bli bevisst sine egne ubevisste følelser og motiver, sin opptreden verbalt og nonverbalt (Haugsgjerd et al. 2009). Rogers vektlegger at personsentrert terapi forutsetter ubetinget positiv aksept av klienten, respekt for den andre, og at man er likeverdige mennesker. Terapeuten skal møte klienten som et subjekt og ikke som et objekt. Det er den subjektive opplevelsen som er sant for klienten. Sentrale punkter i tilnærmingen er ifølge Rogers: empati, kongruens, ekthet, bevissthet om følelser og frigjøring og vekst.

Empati i personsentrert tilnærming vil si å kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte, men uten å gå inn i intensiteten og styrken i følelsene. Terapeuten skal være til støtte gjennom å kunne oppleve og gjenkjenne følelsene, samtidig som å kunne vise mulighetene for å komme videre. Klienten skal kunne få et bilde av hvordan klienten framstår og hvordan han/hun har muligheten til å bli (Haugsgjerd et al. 2009).

Ekthet hos terapeuten betyr å kunne vise alle følelser som har med klienten å gjøre, slik de virkelig er. Når terapeuten reagerer på følelser hos klienten (uansett positive eller negative), må han kunne uttrykke det for at klienten ikke skal oppleve mangel på ekthet i relasjonen. Mangel på ekthet vil av klienten kunne oppleves som usikkert og mangel på tillit. Erfaring som terapeut, trygghet, bevissthet og anerkjennelse omkring egen person, oppgave og posisjon er avgjørende i samarbeidet med klienten. Når terapeuten evner å leve med i andres vansker, må han også kunne lete etter og leve med egne vansker (Haugsgjerd et al. 2009).

Kongruens i denne sammenheng betyr at det er samstemthet mellom det man sier og gjør i samhandling med andre mennesker. Terapeuten legger da til rette for en modningsprosess både for seg selv og klienten. Gjennom å være kongruent skaper man en trygg og aksepterende atmosfære i den terapeutiske samhandlingen (Haugsgjerd et al. 2009).

Bevissthet om følelser innebærer at klienten skal kunne oppleve en befrielse gjennom å tørre å uttrykke og oppleve sin egen situasjon. Klienten ser eller forstår situasjonen/opplevelsen, ved å uttrykke den og ved at terapeuten gjengir det hele i en klarere utgave med et mer bevisst bilde av følelser. Det kan skje gjennom at terapeuten framstår trygg og tolerant (Haugsgjerd et al. 2009).

Gjennom de fire overnevnte punktene i terapiprosessen skapes et hele ved at klienten opplever **frigjøring og vekst**. Klienten greier å kvitte seg med følelser av tristhet, tilbakeholdenhet og isolasjon gjennom å oppleve mindre forsvarsholdninger og mindre av fysisk/psykisk smerte og spenning. Prosessen frigir og gir vekstmuligheter til de ressurser og potensial som klienten allerede hadde, men som var kommet inn i et feil spor. Klienten vil bli mere moden og aksepterende ovenfor seg selv og andre og oppleve et mer ekte, realistisk, og sant forhold til seg selv og sine følelser. Rogers forsket på og var opptatt av å finne ut hvilke forandringer som skjedde i terapiprosessen med bruk av klientsentrert terapi. De viktigste forandringene han så, var at klienten fikk en vesentlig mer realistisk oppfatning av seg selv, bedre evne til sosial kontakt og evne til å glede seg over og å godkjenne andre mennesker (Haugsgjerd et al. 2009). Rogers var påvirket av Martin Bubers dialogiske Jeg-Du-forståelse der både klient og terapeut blir forandret gjennom samtalen om det oppstår gjensidig forståelse og respekt. Rogers mente at impulsene og følelsene i et menneske, gjennom et modenhetsfremmende miljø med mennesker som er

interessert i å ta kontakt og initiativ til at problemer blir tatt fram, kan hjelpe mennesket til å bli en hel person. 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 (Haugsgjerd et al. 2009).

Samhandlingen mellom terapeut og klient skal være preget av ærlighet, åpenhet og nærhet. Terapeuten skal være genuint tilstede med sin varme, være følelsesmessig engasjert, og det legges stor vekt på å møte klienten her og nå i hans egen forestillingsverden. Under behandlingen er det viktig å tenke at det er fra nå av og videre som gjelder (Haugsgjerd et al. 2009).

Klienten skal møtes på sin ambivalens og å få hjelp til å klargjøre de valgmuligheter som finnes i ulike livssituasjoner, og i kompliserte følelsesmessige opplevelser. Terapeut og klient skal søke en felles forståelse av klienten som et helt menneske (Haugsgjerd et al. 2009). Terapiprosessen skal avklare friheten til å velge og det ansvaret det innebærer å foreta valg. På denne måten skal klienten kunne oppleve større grad av ekthet og nærhet til seg selv og andre. Det terapeutiske arbeidet vil rette seg mot at klienten får økt innsikt og forståelse for de aktuelle problemene. Uten valg kommer stagnasjon og angst. Angst er et varselsignal for stagnasjon, men også en endringsressurs og blir sett på som et vekstpotensial. 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). Tilnæringsmetoden skal gi vekstmuligheter og man kan dirigere med aktiv påpekning av livsområder som klienten kan arbeide med. Det skal gjøres på en varm og omsorgsfull måte. Valget overlates til klienten og valget må respekteres av terapeuten selv om man er uenig. Åpenhet og ærlighet må vise seg ved at terapeuten er seg bevisst sin uenighet og kan uttrykke den. Terapiprosessen åpner for samspill knyttet til akseptasjon og toleranse for både enighet og uenighet, og derved også utprøving av nye handlings- og adferdsmønstre (Haugsgjerd et al. 2009).

Vi kan sette oss inn i den andres følelser, men løsning og erfaring er ikke like relevant i personsentrert perspektiv. Alle menneske er unike og har, eller vil finne, sin egen løsning. I følge Haugsgjerd et al. (2009) er det at klienten skal kunne få et aksepterende selv et

nøkkelord i personsentrert tilnærming. Målet med terapien er å styrke klientens selvfølelse og tro på seg selv, og å frigjøre de evnene og kreftene klienten har.

2.3 Relasjonsbygging mellom terapeut og klient

Mennesker med psykose er like forskjellige som alle andre mennesker og må få individuell tilpasset hjelp og tilnærming. Som tidligere nevnt er det viktig å møte personen med varm interesse og å respektere, akseptere, anerkjenne og leve med i klientens situasjon (Haugsgjerd et al. 2009). Betydningen av relasjonen har innenfor psykoterapi vært forsket aktivt på siden 1970 – årene, og oppsummert i dag er konklusjonen klar: relasjonen mellom terapeut og klient er uten tvil det mest betydningsfulle elementet i terapien (Jensen og Ulleberg 2011). God og vellykket praksis er karakterisert ved:

- At vi lytter til klienten og får fram hans/hennes egen stemme.
- At vi gir klientens erfaringer anerkjennelse og tror på deres vei til forandring. Klientens erfaringer/forklaringer skal ha prioriteres framfor den profesjonelle forklaring.
- At vi ber om tilbakemelding på forholdet/relasjonen – fremmer samarbeid, vurderinger blir hørt, endring kan gjøres. Og at vi spør om hva som har vært mest hjelpsomt i samarbeidet (Jensen og Ulleberg 2011).
- Unngår kritiske og nedsettende kommentarer (Jensen og Ulleberg 2011).

Buber, og Rogers ifølge Haugsgjerd et al. (2009), framholder at møtet mellom mennesker gir mulighet til vekst gjennom bekreftelse og ubetinget aksept av hverandre som mennesker, både på det som er og det som kan bli. Gjensidigheten som oppstår i samhandling med andre får fram muligheter og kvaliteter hos hverandre (Eide 2009). Jan Kåre Hummelvoll (2004) hevder at det å skape kontakt med personer med psykose er utfordrende, blant annet på grunn av mistenksomhet og vanskelig språk. Den største forutsetningen for å skape trygghet og kontakt, er å møte klienten der han er. I en relasjonsbygging må man være bevisst at klienten prøver å finne ut om hjelperen er til å stole på og at angst for nærkontakt og frykten for psykisk invadering ofte er tilstede. Det er en avgjørende holdning at klienten opplever tiltro til terapeuten og at man har tro på at klienten mestrer sitt eget liv, på sin egen måte (Hummelvoll 2004).

Hjørnesteinen i psykisk helsearbeid er ifølge Solveig Vatne (2006) samtalens plass og betydning i møtet mellom terapeut og klient. 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. Videre må samhandling og dialog baseres på likeverdighet, en subjekt- subjekt relasjon, for å kunne forstå den andre. Dialogen er likeverdig ved at man snakker med hverandre, ikke til hverandre (Haugsgjerd et al. 2009). Klienten skal beskrive sine egne behov og ønsker. Terapeuten skal ha respekt for den andres opplevelser, møte hans/hennes følelser, gi bekreftelse og lytte med forståelse til det som klienten vil meddele. Det er ikke alltid nødvendig at terapeuten sier så mye; anerkjennelse gjennom tilstedeværelse skaper ro. En klient forteller at det oppleves viktig at terapeuten opptrer støttende, og at det gis rom for at han/hun kan utforske psykosen (Vatne 2006). Terapeuten skal da ikke stoppe eller korrigere det klienten ønsker å formidle. På denne måten kan klienten lære å ikke frykte psykosen og kanskje oppleve mestring. Et viktig poeng for terapeuten er å utforske og å forsøke å forstå de psykotiske symptomene (Vatne 2006).

Kontaining er en metode som innebærer å reflektere truende og konfliktfylte følelser som klienten kan ha. Klienten kan oppleve lindring og å bli bekreftet som et verdifullt menneske ved at terapeuten bryr seg og tåler å lytte. Terapeuten må inn i den andres opplevelsesverden og samtidig kunne kjenne på følelser i seg selv. Å vise empati ved å prøve å forstå er viktig for å anerkjenne klienten (Vatne 2006). Nøytralitet i dialogen kan være viktig for klientens selvoppfatning og innebærer at man ikke dømmer eller bedømme klientens opplevelser. Det kan for eksempel være lett å si «du har ingen grunn til å føle det slik». Ved å bedømme tar man deres opplevelse istedenfor å forsøke å få de til å akseptere og tolerere egne følelser (Vatne 2006).

2.4 Eksistensialisme og det humanistiske perspektivet

Rogers har utviklet den humanistiske psykologien klinisk og metodisk. Abraham Maslow (1908-1970) er den som i nyere tid har betydd mest for videreutviklingen og eksponeringen av humanistisk psykologi (Haugsgjerd et al. 2009). Humanistisk perspektiv brukes som et samlebegrep for fenomenologisk, hermeneutisk og eksistensialistisk filosofi, der fellesnevneren er at de står i den humanistiske tradisjon og framholder psykologi som en i hovedsak filosofisk og ikke naturvitenskapelig disiplin. Begrepet humanisme har lange historiske tradisjoner og innebærer både en måte å forstå verden på og å handle på

som har gitt seg ulike kulturelle uttrykk til ulike tider. Fokuset er ikke på psykiske lidelser, men tematisering av allmennmenneskelige trekk som bidrar til forståelse av helse og uhelse - selvinnsikt framfor sykdomsinnsikt. Grunnleggende begreper om vitenskap, mennesket og dets handlinger, erkjennelse og forståelse er hentet fra disse tradisjonene (Haugsgjerd et al. 2009). Begrepet *humanitas* rommer både menneskelighet og dannelse, hvor det blir antydning at man lærer og på denne måten blir frie. Mennesket skiller seg fra dyrene gjennom sin utøvelse av frihet.

Fenomenologien er vitenskapen om den menneskelige erfaring og opplevelse og målet er å forstå opplevelse. Fenomenologiens grunnlegger, Edmund Husserl (1859 – 1938) brukte begrepet livsverden som en helhet av en persons forhold til sine omgivelser. Ifølge Husserl måtte bevissthet forstås i sammenheng med det den erkjenner. Livsverden er noe grunnleggende som ikke kan forklares eller reduseres til noe som kan beskrives objektivt utenfra (Haugsgjerd et al. 2009). Hermeneutikken utviklet av Wilhelm Dilthey (1833-1911) fokuserer på sammenhengen mellom forståelse og tolkning og mellom mening og handling. Filosofien vektlegger mennesket som språklige vesen, og at mennesket forstår og fortolker verden subjektivt, der fornuft og logikk er dets fremste erkjennelseskilde (Haugsgjerd et al. 2009).

Eksistensialismen har hatt avgjørende innflytelse på framveksten av humanistisk psykologi og de sentrale temaene er frihet, ansvar og valgets betydning for den enkeltes liv (Haugsgjerd et al. 2009). Eksistensialismen er influert av fenomenologien og 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. Filosofien vektlegger det reflekterte, bevisste mennesket som reflekterer omkring opplevelser, har 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. En av de sentrale eksistensialistiske filosofer er Søren Kirkegaard (1813 – 1855). Han behandler eksistensialistiske grunntemaene individ, valg, frihet og angst. Det er gjennom aktivitet og handling at hver av oss skaper rom for vår egen frihet og derigjennom valgmuligheter. Eksistensialismen hevder at mennesket er potensielt fritt, at menneskets eksistens er ikke gitt eller forutbestemt og har man har en frihet til selv å velge hva man vil være. På den måten er hvert menneske ansvarlig for utformingen av sitt eget selv og eget liv (Haugsgjerd et al. 2009). Friheten til å velge vil også si at det er en frihet å velge å ikke

velge. Begrensninger i friheten av å velge uttrykker seg med at vi hele tiden samhandler med andre mennesker og at ethvert valg derfor vil ha konsekvenser for våre medmennesker. Å velge vil forårsake en vesentlig fornemmelse av angst, avhengig av valgets karakter. Mennesket vil i sitt forsøk på å velge, forsøke å unngå opplevelsen av angst, men da vil livet bli ufullstendig, begrenset og meningsløst. Den eksistensielle angsten vil gi følelser som tomhet og en mangel på selve meningen med livet. Angst oppleves av alle som aksepterer sin frihet og sine muligheter til å ta valg (Haugsgjerd et al. 2009). Det mennesket ikke kan velge er å gi ulike situasjoner og opplevelser mening gjennom å tolke verden. Ifølge Haugsgjerd et al. (2009) er det ikke mulig for et menneske å ikke tolke verden.

Maslow grunnla den humanistiske psykologien i USA på 1960-tallet, og utviklet teorien om menneskets grunnleggende behov. Hans grunnlagstenkning innenfor eksistensialismen bygger på fenomenologien, ved at den anvender personlige og subjektive forklaringer som grunnlag for å kunne utvikle erkjennelse. Gjennom selvaktualisering og fri utfoldelse, uten dominans av restriksjoner eller mangelfull behovstilfredsstillelse, vil mennesket kunne aktualisere seg selv på naturbestemte verdier som kreativitet, kjærlighet og erkjennelse. På den måten vil personen oppnå lykke og sunnhet. Ethvert menneske er unikt og har behov for å realisere seg selv så langt det er mulig (Haugsgjerd et al. 2009). Maslow mente at mennesket har ulike behov og drifter, og humanismen hevder at mennesket skal følge sin natur, blant annet gjennom å tilfredsstille lyst og unngå ulyst. Disse behovene fremstiller Maslow gjennom behovspyramiden som søker å forklare forholdet mellom mangelmotivasjon og vekstmotivasjon. Ifølge Haugsgjerd et al. (2009) hevder Maslow at grunnkonflikten i det menneskelige liv er kløften mellom forhåpninger og begrensninger. Kløften etableres i problematikken knyttet til identitet – jeg er både den jeg er, og den jeg kunne vært. Menneskets dobbelte natur (jeg er både snill og slem, god og ond) betyr i sin konsekvens at det vil finnes problemer som vil være uløselige. Maslow mener derfor at det i psykologisk og terapeutisk arbeid er viktig å videreutvikle begrepene beslutning, handling, valg, selvstendighet og identitet. Vi tar kommunikasjon og samhørighet for gitt, men Maslow hevder at vi burde tenke på kommunikasjon og samspill som mirakler som om mulig skal kunne forklares (Haugsgjerd et al. 2009).

Maslow's behovspyramide inneholder fra bunnen av:

- Fysiologiske behov (sult, tørst)
- Sikkerhets- og trygghetsbehov (ikke å være i fare)
- Tilhørighets- og kjærlighetsbehov (bli akseptert, sosiale behov)
- Behov for anerkjennelse (få ros og respekt)
- Kognitive behov (å vite, skjønne og utforske)
- Estetiske behov (skjønnhet og orden).

(Haugsgjerd et al. 2009, 254).

Selvaktualisering er på toppen av behovspyramiden som noe alle mennesker strekker seg imot. Maslow beskriver selvaktualisering på tre områder: å utvikle intellektuelle, kunstneriske, sosiale og religiøse anlegg, å fullføre sitt livsmål, og å skaffe seg økte kunnskaper om sin egen person og å skape harmoni mellom motstridende tendenser i egen personlighet (Haugsgjerd et al. 2009, 255). Maslow oppfattet de tre nederste nivåene som såkalte mangelbehov som virker som drivkrefter inntil behovet er dekket. Mangelbehovene er normalt sett sterkest og behovene for selvrealisering settes i bakgrunnen hvis mangelbehovene ikke er dekket. Det første trinnet i vekstprosessen er å utvikle god selvrespekt og få anerkjennelse fra andre (Haugsgjerd et al. 2009).

2.5 En personsentrert tilnærming til mennesker med schizofreni.

Artikkelen: «*A person centered approach to schizophrenia*» (Jan Van Blarikom, 2006) omhandler bruken av personsentrert tilnærming til mennesker med schizofreni, forskning på området og konklusjoner av disse. Personsentrert tilnærming har hatt lite fokus til mennesker med schizofreni, men tilnærmingen kan gjøre et uvurderlig arbeid med å hjelpe personer med alvorlig psykisk lidelse til å gjenvinne et meningsfullt selv (Van Blarikom, 2006). Den personsentrerte tilnærmingen er utviklet i en optimistisk tid, i humanistisk posisjon, som resulterte i forsømmelse av sammenhengen mellom person og sykdom ved å skille mellom et sykt eller ikke sykt selv. Psykiske lidelser kan berøre og i stor grad rokke ved følelser av selvet. Skillet mellom person og sykdom kan være en adekvat mestringsstrategi, men det er ofte ikke i overensstemmelse med klientens erfaring som må forholde seg til en virkelighet som tilsynelatende ingen deler. Livsverden hos mennesker med schizofreni er annerledes enn den tilsynelatende transparente virkeligheten der

mening er direkte tilgjengelig. Å fange denne forståelsen, empatisk søken, er en stor, men meningsfull utfordring (Van Blarikom, 2006).

Davidson og Strauss representerer en gruppe forskere og klinikere som ser personen selv som en avgjørende faktor i prosessen med tilfriskning. De antar at det å gjenoppdage og rekonstruere en varig følelse av selvet som et aktivt og ansvarlig middel gir en viktig, og kanskje avgjørende kilde til forbedring. Delvis vil det si å utføre aktiviteter, men i tillegg til det vil folk med schizofreni måtte oppleve seg selv igjen som en person: som en meningsfull enhet. Opplevelsen av seg selv som en meningsfull enhet er aldri en individuell sak; en person blir hans / hennes mening i en bestemt kultur, sammen med andre (Van Blarikom, 2006).

Artikkelen: «*A person centered approach to schizophrenia*» (Van Blarikom, 2006) viser til at antropologisk forskning på schizofrene menneskers natur har resultert i funn som angår hjertet av personsentrert tilnærming. Funnene viser at den selvhjulpne, uavhengige person ikke er synonymt med god helse, slik det en gang ble lært i den humanistiske tradisjon. Med hensyn til sårbare individer, som mennesker med psykisk lidelse er, må den relasjonelle siden av personen vektlegges. Vestlige samfunn har en definisjonen av normalitet som innebærer å være selvstendig, produktiv og sosialt engasjert. I den egosentriske innstillingen i vestlige samfunn kan selv de uten betydelig funksjonshemming føle seg isolert, fremmedgjort og alene. Funn demonstrert i flere World Health Organization studier av schizofreni viser at forløpet og utfallet av schizofreni er mer gunstig i utviklingsland i forhold til vestlige land. Selv om det ikke er sikkert hvordan dette kan forklares er sosial isolasjon regnet som en av de få sterkeste prediktorer for utfallet av schizofreni. I forskning utført i Montreal, sammenlignet Corin en gruppe menn med schizofreni som ble regelmessig reinnlagt på sykehus med en gruppe som hadde vært uten innleggelse i fire år. Forskjellen var at gruppen som hadde vært re – innlagt følte seg ekskludert mens folk fra den andre gruppen opplevde den sosiale avstanden som positivt. Hver person ser etter et meningsfylt forhold til verden. Den slags forhold avhenger av hvem vi er, kulturen vi er brakt opp i, og den verden vi lever i. Det samme gjelder for personer med schizofreni bortsett fra at psykotiske episoder har ødelagt deres opprinnelige måte å forholde seg til verden på. De står overfor oppgaven med å danne en ny tilkobling. Det å leve så marginalt kan se ut til å være i strid med livsstilen i vestlig kultur, men Corin hevder at denne måten å være i verden på gjenspeiler de viktigste verdiene i vårt samfunn:

autonomi og selvhjulpenhet. Disse menneskene er for sårbare til å fungere selvstendig på vanlig måte. I vårt vestlige samfunn er det lite rom for forskjell på den måten at vi verdsetter sterkt frihet og selvrealisering, men senere må de bli realisert på en likeverdig måte. Angivelig er vi tolerante overfor hver enkelt, men så snart den enkelte leder et helt annet liv, som en person med en psykisk lidelse, er det bare to muligheter: Man lærer å gjenopprette samsvar med enhetlige verdier (få en jobb, ha tilstrekkelig sosiale kontakter, medgjørlighet til behandling), eller man er tvunget til å leve et marginalt liv. Å være annerledes er tolerert, men ikke verdsatt (Van Blarikom, 2006).

En personsentrert tilnærming bør regne med to visjoner om schizofreni. På den ene siden er det et verk av Davidson og Strauss der personen og følelse av selvtillit anses som en avgjørende faktor i tilfriskningen. Denne tilnærmingen tar sikte på en bedring i selvfølelsen til en person med schizofreni. På den andre siden er det sosialt og kulturell antropologi som viser at det ugunstig løpet av schizofreni kan være forbundet med for mye vekt på den selvhjulpne person. Det langsiktige løpet av schizofreni syns å bli påvirket positivt når omsorgen som gis er preget av stabilitet og ubegrenset kontinuitet. Personsentrert tilnærming til schizofreni vil derfor kreve en langsiktig omsorg. Viktige element i psykoterapi vil være aktiv etablering og vedlikehold av pålitelige mellommenneskelige relasjoner over lengre tid. Videre er den terapeutiske kontekst en avgjørende variabel og omsorgen må gis i en annen kontekst annet enn den ukentlige avtalen med terapeuten. Ifølge Van Blarikom (2006) kan personsentrert tilnærming gjøre uvurderlig arbeid i psykiatrien ved å etablere et personlig forhold til klienten. Klienten kan finne et nytt verdsatt selv som en person med en alvorlig psykisk lidelse og som en person som kan gjenopprettes fra sykdommen med et nytt perspektiv på livet.

3.0 Empiri

3.1 *Fortellingen om Erik*

Erik er en godt voksen mann som bor alene. Han tok for en del år siden selv kontakt med Psykisk Helse da han ønsket hjelp til å mestre utfordringer i hverdagen. Han hadde store problemer med å finne sin plass i samfunnet og opplevde økende psykotiske symptomer. Han benytter seg av kommunale tilbud og har åpnet opp for at psykiatritjenesten kan samarbeide med hans pårørende. Han har utfordringer med stemmehøring og vrangforestillinger, noe som kan gjøre at han blir usikker på seg selv og om han er bra nok som den han er. Han sammenligner seg selv med andre som har jobb og barn, noe han ikke har, og han sier han føler på lite mening i livet. De psykiske problemene oppstod i godt voksen alder, og han fikk etter en tid diagnosen schizofreni. Før han ble syk hadde han gjennomført utdanning og fått en god jobb som han trivdes i. Han har alltid vært flink med økonomien og har kunnet brukt penger på det han ønsket. Han hadde mange venner og et godt forhold til familien. Det har han fortsatt, men på grunn av de psykiske utfordringene og tidligere hendelser i dårlige perioder er nå relasjonene mer overfladiske og møtene mer sporadiske. Han forteller ikke åpent om sine tanker og stemmer, fordi han ikke vil at andre skal tenke at han er rar, syk eller at de skal bli skremt – han er også redd for at det kan føre til en ny innleggelse i institusjon. Han har vært innlagt institusjon flere ganger tidligere, både frivillig og ved tvang. Jeg og Erik har en god relasjon og han sier det hjelper å prate, så lenge han føler seg trygg på den han prater med. Han har etter et langt opphold i institusjon utviklet økende grad av selvinnsikt. Vi har en klarhet på at jeg ikke har tilgang til hans verdensbilde med de (psykotiske) opplevelsene han har, men at jeg har forståelse for at det er slitsomt og at jeg er interessert i å vite mer om hvordan han har det og hvordan jeg kan hjelpe han.

3.1.1 Hjemmebesøk hos Erik

Ved møtet denne dagen virker han betenkt og preget av motorisk uro. Han setter seg i sofaen, på kanten, med beina trippende mot gulvet. Han inviterer meg til å sitte i stolen ved siden av sofaen.

Jeg: *Hvordan har du det i dag?*

Erik: *Jeg har fått en forespørsel fra Gud om å bli den nye Jesus og jeg vet ikke hva jeg skal gjøre.*

Jeg: *Hva tenker du om det da?*

Erik: *Jeg tenker at å ta denne jobben vil gi mening i livet og at jeg da vil få gitt tilbake til samfunnet. Samtidig vil jeg ikke bli en offentlig person. Jeg vil helst ikke ha det ansvaret og oppmerksomheten som vil følge med om jeg tar Jesus sin jobb. Off, jeg vet ikke hva som er riktig å gjøre. Jeg har ingen jeg kan prate med om dette heller, utenom dere i psykiatritjenesten. Kompisene skjønner ikke slike ting og tanta mi er ute og reiser. Jeg skulle hatt ei kone, vet du- som kunne hjulpet meg.*

Jeg: *Det virker som en stor oppgave og skulle ta Jesus sin oppgave.*

Erik: *Jeg vil ikke ha denne oppgaven, men føler jeg ikke kan la være. Jeg er ikke nok som den jeg er. Jeg kan ikke «bare» være meg selv.*

Han sier han ikke er redd og at han føler seg trygg, men at han syns det er vanskelig å bestemme seg for hva han skal gjøre og at han blir sliten og stresset av grublingen. Han er til vanlig opptatt av å gå turer i byen for å møte folk. Han rydder på bussholdeplasser og snakker med alle, også de som kanskje mange mennesker velger å passere uten å hilse eller se på. Han mener alle mennesker er like mye verdt, som den personen de er, men greier ikke se det når det kommer til seg selv.

Jeg: *Jeg blir lei meg, når du sier du ikke føler deg bra nok som den du er. Slik jeg kjenner deg gjør du mye godt i hverdagen, både for mennesker du møter og samfunnet generelt. Du har mange rundt seg som mener du er mer enn god nok*

som den du er. Jeg skjønner samtidig at du føler noe mangler, siden du sterkt vurderer en oppgave som du egentlig ikke vil ha. Du har rett til å velge selv hvordan du vil ha livet ditt. Har du tanker om hva som kunne gitt deg økt følelse av mening?

Erik: Jeg er ikke sikker på hva jeg skal gjøre. Jeg skulle gjort noe i alle fall, men jeg er for gammel til å finne jobb og mitt tidligere yrke ikke er noe jeg ønsker lengre. Kanskje jeg skulle startet med frivillighetsarbeid? Eller det jeg fikk tilbud om tidligere med hjelp til å finne jobb gjennom kommunen. Jeg kan ikke jobbe for mye heller for da kan jeg bli syk igjen.

Vi blir enige om at vi skal undersøke mulighetene for tilpasset arbeid og prate mer om hvordan denne jobben burde være for at han skal føle han kan mestre den.

Erik: Jeg føler seg mye roligere nå. Hadde jeg ikke pratet om dette ville jeg kanskje sagt ja til å bli Jesus også hadde det gått ille med meg. Jeg kan ikke og vil ikke bli Jesus. Jeg vil bare være «Erik».

Han takker for at han har fått støtte for tankene sine og bekreftelse/påminnelse om at han har rett til å velge selv hvordan han vil leve og at han er god nok som den han er. Det er trist å tenke på at han som har så mye bra med seg føler han må «ofre» seg, og hva han egentlig ønsker, for å skulle være god nok for seg selv og samfunnet. Fra tidligere erfaringer i denne relasjonen visste jeg at tankene og usikkerheten kunne komme tilbake igjen senere på kvelden eller dager etterpå. Jeg foreslo derfor en avtale der jeg oppfordret han til å ringe om han skulle føle på noe mere «press». Han sier Gud, og andre store personligheter, snakker til han og at de vil skyve oppgavene sine over på han. Kroppen hans blir brukt som en sentral for telepatiske meldinger mellom diverse ledere i verden og Gud. Han sier selv han kjenner disse meldingene som om han blir sliten i hodet og i kroppen, men han får ikke tak i hva meldingene inneholder av beskjeder – disse plager han derfor mindre enn stemmene om at han må ta et verdensansvar. Før jeg går er hans motoriske uro og bekymrede, noe febrilske ansiktsuttrykk borte. Han smiler og sier han skal prøve å slappe av resten av dagen – gjøre som han vil.

4.0 Diskusjon

4.1 *Hvordan medvirker psykosen til en stagnasjon i den sosiale utviklingen og med hensyn til selvrealisering?*

Psykose kan oppleves som å miste seg selv og uro og angst vil ofte prege den som opplever symptomene (Cullberg 2005). Rogers framholdt at impulsene og følelsene i et menneske, gjennom et modenhetsfremmende miljø med mennesker som er interessert i å ta kontakt og initiativ til at problemer blir tatt fram, kan hjelpe mennesket til å bli en hel person. En støttende sosial relasjon kan dermed bidra til at personens opplevelse av verdi understøttes (Haugsgjerd et al. 2009). Å ha en psykose kan føre til isolasjon, noe som igjen kan ta ifra klienten den helbredende kraften av å være i relasjon med andre. Ifølge Haugsgjerd et al. (2009) eksisterer mennesket i relasjon til andre og en psykoseutvikling øker sårbarhet for kvaliteten i de sosiale relasjonene som påvirker selvfølelsen. Erik i narrativet har vanskelig med å opprette og opprettholde nære relasjoner. Er utfordringene for store trekker han seg tilbake fra samfunnet for å skjerme seg selv og andre. Han kan tenke han ikke er bra nok, ikke fører et normalt liv, eller at andre er bekymret eller vil tenke at han ikke er frisk. Etter opplevd tvangsinnleggelse kan han også være redd for at dette skal gjenta seg om noen anser han som psykisk forverret. Dette gjør at han kun deler sin indre verden, tanker og følelser med få personer. Erik sier selv at det som hjelper han mest er å få prate om sine tanker med noen som han føler forstår, eller ønsker å forstå, hvordan han har det. Han trenger å få ut bekymringer og få bekreftelse på de tankene han har. Han er ofte usikker på hva han skal velge når han blir stilt ovenfor vanskelige valg, som å skulle ta over verdensansvar for store personligheter, men med at noen hører på han og bekrefter hans tanker greier han ta valg etter hva han føler for. I ettertid av slike situasjoner gjenvinner han ro, finner tilbake til seg selv, og greier å mestre hverdagen sin.

Ifølge Van Blarikoms artikkel «*A person centered approach to schizophrenia*» (2006) er opplevelsen av seg selv som en meningsfull enhet aldri en individuell sak, fordi en person blir hans / hennes mening i en bestemt kultur, sammen med andre. Funnene nevnt i artikkelen viser at den selvhjulpne, uavhengige person ikke er synonymt med god helse, slik det en gang ble lært i den humanistiske tradisjon. Med hensyn til sårbare individer, som mennesker med psykisk lidelse er, må den relasjonelle siden av personen vektlegges. For Erik kan det gjøre situasjonen hans verre å prate med noen som ikke lytter, aksepterer hans opplevelser og forsøker å forstå hvordan han har det. Han kan da føle på tomhet, at

ingen forstår han og at han er alene om vanskene sine – selv om han er i fellesskap med andre. Disse følelsene kan føre til at han isolerer seg fra nære relasjoner for å unngå skuffelsen ved å ikke bli sett, hørt og anerkjent av de som skal stå han nærmest. Han kan også være noe bitter på nær familie og venner, fordi han føler at de ikke vil lytte til hans tanker, akseptere og anerkjenne den personen han er.

Slik psykose ofte framstilles i media kan det føre til stigmatisering av mennesker med psykoselidelse. Stigmatisering er noe mennesker kjenner på kroppen. Det går ut over evnen og muligheten til å være åpen rundt sin egen situasjon og det den enkelte sliter med, fordi det merket som blir satt på hele grupper blir for tungt å bære for den enkelte. Konsekvensen er at mennesker som ellers ville hatt mye nytte av å snakke om sine egne utfordringer ikke gjør det og ikke oppsøker hjelp. Ifølge Cullberg (2005) kan stigmatiseringen fra andre og egenstigmatisering påvirker selvfølelsen negativt og personen kan føle seg utstøtt og alene med liten tro på seg selv og eget menneskeverd. Erik føler at han ikke finner sin plass i samfunnet og at han ikke er god nok som den personen han er. Han åpner ikke opp for å snakke om sitt indre fordi han er redd andre skal stemple han som syk, forverret, og at det i verste fall skal føre til bekymringsmeldinger med spørsmål om tvangsinnleggelse. Han kan oppleve at mennesker han møter der han bor holder avstand fra han, og han føler de kan være skeptiske eller redde for han. Han lurar på om de kanskje tenker han er «gal», slik han har oppfattet at schizofreni av og til framstilles i media.

Erik opplever at det er vanskelig å få nye gode venner og bekjente, fordi han ikke fullt ut kan være seg selv. Det koster mye energi å holde på relasjoner og å skaffe seg nye, når han er redd for å vise sitt indre. Han sier hans nære relasjoner, bortsett fra til hans tante, føles overfladiske. Han føler seg sett og forstått av ansatte i psykiatritjenesten, men de er ansatte og ikke den samme relasjonen som han savner med familiemedlemmer og venner. Han drømmer om en kone, men frykten for hvordan han skal få mot til å møte noen og hva de vil syns om han stopper han fra å gjøre noe med denne drømmen. Enkelte dager er han så sliten av tankekjør at han ikke føler overskudd til det til tider anstrengte sosiale livet.

4.2 *Hvordan etablere en god relasjon?*

Rogers introduserte behovet for en personsentrert tilnærming i den psykoterapeutiske relasjonen der det å lytte, vise empati, gi spontan positiv respons og sikre autentisitet var bærende prinsipper. For å etablere en relasjon er det viktig å møte mennesker på en måte som gjør at de føler seg sett og forstått. Det er viktig at klienten oppfatter terapeuten som empatisk, genuint tilstede, ærlig på følelser, engasjert og respektfull (Haugsgjerd et al. 2009). Dersom disse begrepene er forankret i ens verdigrunnlag og man har relevant teoretisk kunnskap om personens sykdomsutfordringer vil man ha et bra utgangspunkt for å kunne skape en god relasjon mellom terapeut og klient.

Nærhet og avstand være en utfordring i samhandling med mennesker med psykose (Hummelvoll 2004). Erik kan ønske å ha mennesker nær, men samtidig ha behov for avstand for ikke å føle på psykisk invadering – dette kan veksle i takt med hvordan han har det og hva han opplever. Å unngå å komme for nært i fare for å gjøre det vanskelig for han kan være uheldig da han kan føle at man tar avstand og ikke behandler han som andre mennesker. For behandlere, venner, familie kan hans behov for avstand være en utfordring da vi mennesker stort sett er sosiale og ønsker nærhet til andre. Om den klienten viser eller sier han/hun ikke ønsker at andre er nær kan det tolkes som en avvisning eller at man ikke blir likt eller godkjent. For å unngå misforståelser kan man ha en åpen dialog om nærhet og avstand og bli enig om at begge parter selv skal si ifra om hva som er greit og ikke. Ikke alle er like flinke til å si ifra, men man kan også observere reaksjoner og kroppsspråk for å se hva den andre synes er greit eller ikke.

I Van Blarikoms artikkel «*A person centered approach to schizophrenia*» (2006) understreker sosial antropologen Arthur Kleinman at det å forstå schizofreni fullt ut som en lidelse hos et menneske krever en mellommenneskelig relasjon for å etablere det språket og den empatiske kommunikasjonen som gjør at den andre vil formidle sin natur og sin innerste verden til den andre. Klientens egne meninger og ønsker skal bli verdsatt basert på gjensidig tillit, tilstrebet likeverdighet og en ikke-dømmende holdning (Haugsgjerd et al. 2009). Å gi Erik mulighet til å være seg selv innebærer å kjenne og akseptere hans livsverdier og normer, slik at man kan bidra til at han finner mening og mestring etter hans egne ønsker og behov. I relasjonsbyggingen med Erik har jeg lært å bli kjent med hans livsverden og han sier han er trygg på å snakke om hva han tenker og føler. Det er avgjørende å møte klienten der han er her og nå, og å akseptere og leve med i

klientens situasjon (Haugsgjerd et al. 2009). Ved besøket denne dagen var jeg åpen for det som måtte komme, og siden jeg visste hvilke utfordringer han kunne ha var jeg forberedt på å være med i hans følelsesverden. Om jeg ikke kjente Erik som person ville jeg kunne tolket samtalen denne dagen som en forverring i sykdomsbildet og kanskje gjort situasjonen hans verre med måten jeg tilnærmet meg eller behandlet situasjonen på. Jeg må akseptere at Eriks opplevelser for han er reelle og at de kan være en stor psykisk belastning – enda større belastning om han ikke kan prate åpent om tankene og følelsene sine. Ved at jeg lytter til han får han mulighet til å definere sin identitet, fortelle sin historie og sette ord på sin virkelighet slik han selv forstår den. Å føle empati når jeg kan sette meg inn i hvordan har det, ut ifra hva han forteller, er ikke vanskelig. Vi har tidligere hatt en åpen samtale om at jeg ikke deler hans virkelighetsforståelse i forhold til beskjeder fra Jesus, paven og lignende, men at jeg er veldig interessert i å lytte til han for å kunne sette meg inn i opplevelsene og forsøke å forstå hvordan han opplever det. Jeg er undrende og stiller spørsmål om det er noe jeg ikke forstår, men er ikke kritisk eller nedsettende. Jeg tenker også over nonverbal kommunikasjon med kroppsspråk, slik at dette samsvarer med det verbale og det jeg ønsker å formidle i tilnærmingen. På denne måten er jeg ærlig i relasjonen, jeg viser respekt, anerkjennelse og det er lettere å kunne være kongruent i møtene. Målet mitt er at han skal oppleve meg som hel ved, at jeg bryr meg, har tro på han, er ærlig og at vi kan ha en likeverdig relasjon preget av tillit.

Å møte klientens følelser anses som sentralt i relasjonen og det er viktig å gi bekreftelser. Det kan være å trekke frem pasientens positive egenskaper, men kan også være å lytte og være oppmerksomt tilstede (Vatne 2006). I samtaler med Erik er han klar over at jeg ikke har kjent på kroppen mange av de utfordringene han opplever. Jeg kan likevel forstå at hans opplevelser kan være slitsomme, viktige, intense og av og til skremmende. Når jeg forsøker å sette meg inn i hans opplevelser er jeg åpen om egne følelser, så lenge det gjelder følelser som kommer i samtalen. Jeg kan si noe om hvordan jeg ville følt det om jeg opplevde det samme eller jeg kan trekke fram egne opplevelser dersom situasjonen og følelsen er noe lik det han formidler. Jeg spør han om mine opplevelser stemmer overens med slik han føler det og jeg er bevisst at mine følelser ikke skal belaste han. Dette gjøres for å søke etter en felles forståelse og for at han skal bli mer bevisst sine egne følelser. Med ubetinget positiv forståelse setter jeg ikke begrensninger eller føringer for tema, følelser han har, uttrykksmåte eller lignende. Det kan av og til være fristende å bryte inn og si for eksempel «Nei, du trenger ikke føle at...». Ved å på denne måten bedømme tar

jeg hans opplevelse istedenfor å forsøke å få han til å akseptere og tolerere egne følelser. Jeg skal bidra til håp, optimisme og at han skal se muligheter for å komme videre i vanskelige livssituasjoner og følelser, men valget skal være hans eget.

Ifølge forskning på relasjonen i psykoterapi er det et viktig element at terapeuten ber om tilbakemelding på relasjonen med klienten (Jensen og Ulleberg 2011). I samhandling med Erik er det sjeldent jeg behøver å spørre om tilbakemelding, fordi han som oftest ytrer dette selv. I første samtale i starten av samarbeidet pratet vi om hvilke mål han hadde med å søke hjelp i psykiatritjenesten. I denne samtalen snakket vi også om at mennesker er forskjellig og at man har ulik kjemi med ulike personer. Jeg oppfordret han til å være åpen på sine tanker om samarbeidet vårt, både positivt og negativt, med mål om best mulig allianse i arbeidet med at han skal få det bedre med seg selv.

4.3 *Hvordan kan en personsentrert tilnærming bidra til selvaktualisering og vekst?*

Ifølge Maslow's behovspyramide må de grunnleggende behovene være dekt for at mennesket skal kunne oppleve selvaktualisering og vekst (Haugsgjerd et al. 2009). Eriks fysiologiske behov er dekt. Behov for sikkerhet/trygghet er dekt, selv om han føler på uro og ustabilitet, fordi han er trygg og han kjenner igjen situasjoner som denne fra tidligere. Det sosiale behovet er ikke dekt siden han føler på mangel av fellesskap, kjærighet og vennskap. Han sier han ikke kan prate med andre enn de han kjenner i psykiatritjenesten og tanten sin. Han mangler anerkjennelse fra sine kamerater og savner å ha noen nære personer i livet sitt, utenom psykiatritjenesten, som han kan åpne seg til å bli sett og hørt av. De tre mangelbehovene er normalt de sterkeste og det betyr at behovene for selvrealisering kommer i bakgrunnen når ett av mangelbehovene ikke er dekt (Haugsgjerd et al. 2009).

Eksistensialismen hevder at mennesket er potensielt fritt på den måten at vi selv har frihet til å velge hva vi vil være. I personsentrert tilnærming er det viktig at klienten får hjelp til å se muligheter og kan ta et valg for å oppleve vekst og utvikling (Haugsgjerd et al. 2009). Samtalen med Erik denne dagen fikk han til å føle at han ble hørt, få et mer bevisst bilde av sine følelser, se at han er god nok som han er og at han har mulighet til å ta valg for å komme videre. Angsten han følte på var et varsel for stagnasjon, fordi han ikke greide å ta

valg. Min oppgave var å være undrende og lyttende til det Erik hadde å fortelle og å jobbe med hans følelser, slik at han kunne komme fram til en løsning selv. Målet er at Erik skal kunne stole mer på seg selv og få bedre selvfølelse, slik at han bedre kan mestre slike situasjoner. Det å spørre Erik hva han tenker om hva som skal til for at han skal ha det bedre er selve essensen i brukermedvirkning. Jensen og Ulleberg (2011) hevder at både endring, utvikling og læring går bedre når den det gjelder blir involvert direkte. Ved å få fram Erik sine tanker fikk han muligheten til å få fram sine egne behov og ønsker for hva som skulle til for at han skulle kunne oppleve mer mening. Han fikk da også selv ansvaret. Han opplever at egne meninger blir vektlagt, så lenge meningene blir hørt og tatt på alvor. Medbestemmelse gir en følelse av verdighet og at det man mener om sin egen situasjon, har betydning. Brukermedvirkning gir klienten ansvar. Det er han eller henne selv som vet best hva som ikke fungerer for dem og hva som er riktig og viktig hjelp for seg selv. Å selv få være med å bestemme øker motivasjonen for å nå mål som en setter seg. Når vi føler oss viktige i våre egne liv, øker det livslysten og livsgleden vår, som igjen kan føre til mestringsfølelse, selvaktualisering og vekst.

Erik har hatt psykisk sykdom i mange år og har de siste årene greid å få økt selvinnst, på den måten at han bruker faste medikamenter som har vist seg å hatt god effekt og han ser selv viktigheten av å prate om følelser og tanker for å få støtte og hjelp til å mestre vanskelige situasjoner. Siste opphold i institusjon varte i nærmere 6mnd og det ble etter utskrivelse opprettet vedtak om tvangsmedisinering. Han har hele veien hatt god kontakt med fastlegen sin, men har hatt ulik hell med relasjonen til hjelpere i den kommunale psykiatritjenesten. Han sier selv at det ikke er noe hjelp i kontakt med «hjelpere» om han ikke kan snakke åpent med de. Han greier ikke helt forstå, eller vil ikke vedkjenne, snakk om diagnose, men han kan godt prate om og har en god innsikt i hvilke symptomer/utfordringer han føler på. Han har etter sist innleggelse og etter han fikk økt selvinnst, vært stabil og mestrer hverdagen og utfordringene stort sett på egenhånd. Han er flink til å ta kontakt utenom faste avtaler om han skulle ha behov for en samtale. Det er utarbeidet en mestringsplan, i samarbeid med institusjon, som han bruker når han opplever de psykiske utfordringene som for påtrengende – han syns denne planen fungerer godt, men trenger påminnelse for å huske å bruke den. Prognosen til Erik er på bakgrunn av dette god. Før siste innleggelse var det et par episoder der han oppførte seg på en negativ måte ovenfor venner og familie. Han fikk støtte på å ta opp kontakten med disse etter utskrivelse for å «gjøre opp» for de uheldigheter som skjedde. Han har etter dette tatt opp

kontakten igjen med de fleste, føler i mye mindre grad på skam og dårlig samvittighet, og er noe mer åpen på hvordan han har det (uten å gå i detaljer) ovenfor venner og familien. Han er åpen for samarbeid mellom enkelte familiemedlemmer og psykiatritjenesten, noe han sier gjør at han føler seg tryggere om det eventuelt skulle oppstå psykisk forverring. Det er han selv som styrer hvilken og i hvor stor grad av hjelp han har behov for.

Samtalebehandling kan ifølge Haugsgjerd et al. (2009) være nyttig for mange som opplever psykiske lidelser, fordi det vil kunne gi en bedre selvforståelse og være en del av en tilfriskningsprosess. Terapien tar sikte på å endre eller utvide pasientens selvopplevelse, relasjonsmønster, psykologiske forsvar og mestringsmønster. Noen klienter aner ikke hvordan de kan få det bedre, men de selv er likevel den største autoriteten på hva som fungerer for dem. Erik vil forhåpentligvis fortsette på veien mot et aksepterende selv og kunne føle at han er bra nok som den han er. Kanskje om han starter i en jobb, frivillighetsarbeid, får en kvinnelig nær venn eller får en mer åpen relasjon til kamerater vil han oppleve at hans sosiale behov blir dekt. Først når mangelbehovene er dekt kan han oppleve selvaktualisering. Rogers framholder at elementene empati, ekthet, kongruens og bevissthet om følelser skaper en sammenheng og målet er at klienten skal bli et helt menneske som aksepterer seg selv. Videre fremholder han at mennesket har vekstpotensial som frigjøres av terapeutisk empati, ubetinget positiv forståelse og ekthet (Haugsgjerd et al. 2009).

5.0 Konklusjon

Oppsummert forskning av betydningen av relasjonen innenfor psykoterapi i konkluderer at relasjonen mellom terapeut og klient uten tvil er den mest betydningsfulle elementet i terapien (Jensen og Ulleberg 2011). Van Blarikom (2006) hevder at en personsentrert tilnærming kan gjøre uvurderlig arbeid i psykiatrien, fordi det i ingen annen terapeutisk tradisjon er mer ekspertise for å etablere en relasjon der et menneske formidler sin indre verden til en annen. Klienten kan finne et nytt verdensansettelse som en person med en alvorlig psykisk lidelse og som en person som kan gjenopprettes fra sykdommen med et nytt perspektiv på livet. Det er flere faktorer som påvirker og utfordrer helhetstenkning og personsentrert omsorg på det praktiske nivået. Økende jager etter effektivitet, effekt og budsjettbalanse være en utfordring. Skal man kunne bygge en relasjon og anvende personsentrert omsorg er det viktig å ha nok tid med klienten, samt at man er tilgjengelig og fleksibel- noe som ikke alltid er like enkelt. En annen faktor på det praktiske nivået er at selvaktualisering kan være et vanskelig mål dersom klientens evne til selvrefleksjon og selvaktualisering av forskjellige årsaker er nedsatt eller mangler.

Referanser:

Beck, A.T, Rector, N.A, Stolar, N., and Grant, P. (2009). *Schizophrenia. Cognitive Theory, research and therapy*. The Guilford Press.

Cullberg, Johan (2005). *Psykosser*. Universitetsforlaget.

Eide, Solveig, Hans H. Grelland, Aslaug Kristiansen. (2009). *Fordi vi er mennesker*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Haugsgjerd, Svein. Jensen, Per. Karlsson, Bengt. Løkke, Jon A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive, og behandle*. Gyldendal Norsk forlag AS.

Hummevoll J.K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Egidius, Henry (2006). *Psykologisk leksikon*. Aschehoug.

Jensen, Per og Ulleberg, Inger (2011). *Mellom Ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Karlsen, K., Løberg, E.M. (2012) *Psykose hos unge: gjenkjenning og behandling*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 6, 2012, side 554-559.

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

Repål, Arne og Helge Jordahl (2011). *En annen virkelighet, en bok om stemmehøring og annerledeshet*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

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

Van Blarikom, Jan (2006). *A person centered approach to schizophrenia*. Person-Centered and Experiential Psychotherapies. Vol.5(3), Fal 2006, pp. 155-173, Peer Reviewed Journal: 2007-06192-002. PCCS Books Ltd; United Kingdom.

Vatne S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nettsteder:

Helsebiblioteket: <http://www.helsebiblioteket.no/>