



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Hvordan kan man møte og forstå pasienter med paranoid schizofreni i døgnavdeling med en personsentrert tilnærming?**

**Inga Johanne Brateng**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 30**

**Molde, 19.04.2017**



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<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: 30.03.17

**Antall ord: 9202**

## Sammendrag

Gjennom mitt arbeid innen psykisk helse har jeg blitt kjent med mange forskjellige mennesker med ulike utfordringer og livshistorier. Som sykepleier er jeg opptatt av å være imøtekomende som omsorgsperson, med fokus på respekt, anerkjennelse og likhet i relasjonen. Det å kunne være til stede og ta del i et annet menneskes opplevelsesverden, er for meg et stort privilegium som sykepleier. Viktigheten av å kunne se mennesket bak en eventuell diagnose står svært sentralt i den terapeutiske samhandlingen.

Bakgrunnen for denne oppgaven ble til under mitt møte med en person som jeg her har valgt å kalle «Kristian». Han hadde fått diagnosen paranoid schizofreni, og var innlagt i døgnavdelingen over en lengre periode. Jeg opplevde at det kunne være utfordrende for oss som helsepersonell å møte og forstå Kristian i hans opplevelsesverden, på hans premisser. Dette førte til at jeg ønsket å utforske temaet ytterligere.

Gjennom videreutdanningen i psykisk helsearbeid ble jeg tidlig kjent med Humanismen og Carl Rogers (1902 – 1987) sin personsentrerte tilnærming, hvor fokuset var nettopp opplevelsen av den andre og en videre søken etter forståelse. Derfor har jeg valgt å benytte meg av den personsentrerte psykoterapien i møtet med Kristian i denne oppgaven. I det følgende presenteres teori om schizofreni, paranoid schizofreni, humanistisk psykologi og eksistensialisme, med anerkjennelse og respekt som underpunkter, da dette er noe som er viktig i møte med pasientene. Deretter har jeg valgt å gå over i Carl Rogers sin personsentrerte terapi, før narrative presenteres. I oppgavens diskusjonsdel har jeg i lys av teori valgt å diskutere ulike tilnæringsmåter man kan benytte seg av i møte med Kristian. Jeg har her valgt å fokusere på relasjonsbygging, tillit, anerkjennelse og respekt. Videre har jeg hatt fokus på Kristian sine muligheter og utfordringer på veien til vekst og selvaktualisering. Det vil vise seg at det kan være vanskelig å si hvorvidt en person med paranoid schizofreni kan oppnå vekst og selvaktualisering, men som helsepersonell kan de små tingene i hverdagen bidra til å gjøre stegene på veien litt enklere.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>7</b>
1.1	Problemstilling .....	9
1.2	Litteratursøk .....	10
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>10</b>
2.1	Schizofreni.....	10
2.1.1	Paranoid schizofreni.....	12
2.2	Humanistisk psykologi og eksistensialisme .....	13
2.2.1	Anerkjennelse og respekt .....	14
2.2.2	Maslows behovspyramide.....	14
2.3	Personsentrert terapi .....	15
2.4	Personsentrert tilnærming til schizofreni .....	17
<b>3.0</b>	<b>Empiri</b> .....	<b>17</b>
3.1.1	Fortellingen om Kristian .....	17
3.1.2	Situasjon – «Hva hvis ...» .....	19
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>20</b>
4.1	Hvilken betydning har tillit, anerkjennelse og respekt for å danne en god relasjon til denne pasienten? .....	20
4.2	Hvordan kan man bidra til at denne pasienten opplever vekst og selvaktualisering?.....	25
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
<b>6.0</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>30</b>

## 1.0 Introduksjon

Som sykepleier blir man beriket med oppgaven av å være til stede i et annet menneskes liv, gjennom gleder og sorger, oppturer og nedturen. I løpet av mitt arbeid i psykiatrien har jeg møtt mange ulike utfordringer og situasjoner. Noen har berørt meg sterkere enn andre, og det er disse opplevelsene jeg har tatt med meg videre og som stadig fremmer ønsket om å bli en bedre sykepleier. Det er viktig å la seg berøre i møte med et annet menneske. Man burde la seg selv bli følelsesmessig påvirket, og man burde tenke over og sette seg inn i andres situasjoner. For mitt vedkommende er det nettopp dette som gjør det enkelt å være sykepleier i en hektisk hverdag.

Møtet med Kristian er en av disse historiene hvor jeg i min sykepleierrolle har latt meg berøre, og det er han jeg ønsker å presentere som narrativ i denne oppgaven. Kristian var innlagt ved en avdeling hvor jeg har jobbet over lengre tid, men grunnet anonymisering vil jeg ikke gå nærmere inn på hva slags avdeling det her dreier seg om. Kristian hadde etter lengre tid i psykiatrien fått diagnosen paranoid schizofreni. Allerede i løpet av de første møtene med Kristian kunne jeg se hvor viktig det var å se mennesket bak diagnosen, og møte han der han var i sitt sykdomsforløp. Relasjonsbygging, respekt, tillit og anerkjennelse ble sentrale faktorer i møte med Kristian. Det ville vise seg at det var utfordrende å møte Kristian i hans opplevelseshverden, sette seg inn i hans hverdag, tanker og følelser. Allikevel var dette så viktig i det terapeutiske samarbeidet.

I Helsenorge (2015) står det at schizofreni er den vanligste formen for psykose, og i løpet av et år kan man regne med at mellom sju til ti individer per 100 000 innbyggere rammes av det som før eller senere kan diagnostiseres som et schizofrent syndrom. Det finnes ingen entydig svar på hva som forårsaker schizofreni, men trolig skyldes det en kombinasjon av arvelig sårbarhet og ytre påkjenninger, som for eksempel sosial isolasjon, stress, manglende nettverk eller bruk av rusmidler. Å ha schizofreni betyr at du kan miste kontakt med virkeligheten. Denne tilstanden kan være både vanskelig og skremmende å leve med, og det kan i perioder oppleves vanskelig å skille mellom hva som er innbilning og hva som er virkelig. Det påvirker både tanker, følelser og måten man opplever verden på (Helsenorge 2015).

Å lese at mellom sju til ti individer per 100 000 innbyggere diagnostiseres med en form for schizofreni i løpet av et år, var en tankevekker hos meg. Etter mitt møte med Kristian, hvor jeg på nært hold fikk ta del i hans opplevelsesverden og utfordringene han møter i hverdagen, ønsket jeg et større fokus på hvordan man kan møte nettopp denne typen pasienter i hverdagen i en døgnavdeling. Ut fra litteraturen (Cullberg 2005 og Haugsgjerd 2012) kunne jeg lese at den personsentrerte terapien som bygger på den humanistiske psykologien var en god tilnæringsmåte for pasienter med paranoid schizofreni. Allikevel opplever jeg at det kan være utfordrende å anvende denne formen for terapi i møte med pasienter med denne diagnosen.

I følge McLeod (2014) var Carl Rogers en innflytelsesrik amerikansk psykolog som sammen med Abraham Maslow grunnla den humanistiske tilnærmingen innen psykologi. Carl Rogers grunnleggende tenkning gikk ut på at dersom et menneske skulle oppleve vekst og selvaktualisering, trengte de et miljø som bidro til ekthet, aksept og empati. Uten disse elementene ville ikke relasjoner og sunne personligheter utvikle seg slik de var ment, omtrent på samme måte som at et tre ikke vil vokse uten vann og sollys. Rogers mente at alle kan oppnå sine mål, ønsker og lyster i livet og gjennom dette ville man oppnå selvaktualisering (McLeod 2014).

I den følgende teoridelen har jeg valgt å ta for meg diagnosen schizofreni, kort om den humanistiske psykologien og eksistensialisme, hvor jeg deretter fortsetter med å presentere den personsentrerte terapien og dens tilnæringsmåter til pasienter med diagnosen schizofreni. I den personsentrerte terapien presenteres Carl Rogers og hans fokus på klientens følelsesmessige og kroppslige opplevelser. Jeg kommer her inn på Rogers fem hovedpunkter i den terapeutiske tilnærmingen: empati, ekthet, kongruens, bevissthet om følelser og frigjøring og vekst. I følge Haugsgjerd (2012) bør terapeuten i møtet med pasienten tilstrebe en trygg og god relasjon som danner grunnlaget for anerkjennelse, respekt og gjensidig akseptasjon.

Videre presenteres narrative, som danner grunnlag for refleksjon over samspillet som fant sted i situasjonen. Her velger jeg å ha hovedfokus på hvordan man møter pasienten i ulike situasjoner, med fokus på den personsentrerte terapien, således relasjonsbygging, anerkjennelse og respekt. Hvordan vi kan bidra til vekst og selvaktualisering står sentralt.



## 1.1 Problemstilling

- *Hvordan kan man møte og forstå pasienter med paranoid schizofreni i en døgnavdeling med en personsentrert tilnærming?*

Jeg ønsker å formidle min opplevelse av Kristian sin historie for å belyse min oppgave. Jeg vil i det følgende presentere hvordan Kristian blir møtt i en bestemt situasjon. Gjennom dette vil jeg ta for meg konsekvensene av dette møtet. Jeg ønsker å trekke fram viktigheten av god kommunikasjon i samspill med den psykiatriske pasienten, og hvordan dette kan være avgjørende for utfallet av situasjonen.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i personsentrert terapi i møtet med pasienten, da dette er et perspektiv hvor man møter personen i hans opplevelsesverden og fokuset er helt og fullt på subjektet. I følge Haugsgjerd (2012) hadde Carl Rogers fokus på at terapiprosessen var et modenhetsfremmende miljø, hvor målet var å skape maksimal betingelse for vekst og utvikling. Dette gjennom at det finnes noen som har en genuin interesse for kontakt og som tar initiativ til bevisstgjøring av problemer og utfordringer i et annet menneskes liv. I det terapeutiske miljøet er det en grunnleggende tro om at følelser og impulser hos et menneske er til å hankses med, og at disse følelsene kan brukes som et verktøy til å bli en *hel person*. Rogers mente at mennesket ville utvikle seg til å bli et sosialt, uegoistisk og positivt individ dersom det fikk størst mulig grad av frihet. Gjennom at terapeut og pasient møter hverandre som likeverdige mennesker, vil begge kunne oppnå en større bevissthet og innsikt om seg selv og sin egen selvforståelse. Rogers sin terapiprosess vil også bidra til økt forståelse og erkjennelse av egne ressurser og muligheter hos både pasient og terapeut (Haugsgjerd 2012).

På min arbeidsplass hvor hverdagen er hektisk, pasientene er mange og tiden er knapp, har Kristian sin historie vært en tankevekker som har satt fokus på økt oppmerksomhet på mennesket bak diagnosen. Hvordan skal vi som sykepleiere møte nettopp denne type pasienter for at de skal føle seg sett? Som sykepleiere velger jeg å si at vi må våge å være kritiske og reflektere over eget arbeid, vi må gripes for å kunne begripe. Gjennom arbeid med egne erfaringer oppstår refleksjon og på denne måten kan vi bli bedre.

Jeg har kommet fram til følgende delproblemstillinger som vil bidra til å belyse min problemstilling:

- *Hvilken betydning har tillit, anerkjennelse og respekt for å danne en god relasjon til denne pasienten?*
- *Hvordan kan man bidra til at denne pasienten opplever vekst og selvaktualisering?*

## **1.2 Litteratursøk**

I forkant av mitt litteratursøk valgte jeg å skrive ned relevante søkeord til min problemstilling for av egen vinning å systematisere søket. Søkeordene jeg valgte å benytte meg av var: «schizophrenia, paranoid, nurse, person-centered, approach, client centered approach, ward». Jeg valgte å benytte meg av engelske søkeord, da dette bidrar til å utvide søket. Jeg valgte å bruke databasen OVID psychINFO på høgskolen sine nettider til biblioteket. Her prøvde jeg forskjellige sammensetninger (AND og OR) av søkeordene, samt trunkering, til jeg fant et passende treff med artikler som jeg deretter valgte å gå igjennom. Jeg ble til slutt sittende igjen med to artikler (Blarikom 2006 og Harris 2012) som jeg syntes var av relevans for min problemstilling.

Jeg valgte også å foreta meg et Google søk for å se om jeg kunne finne noen norske artikler jeg kunne benytte meg av. Her brukte jeg søketermen «paranoid schizofreni», og fant etter kort tid fire artikler jeg kunne knytte opp mot teoridelen angående schizofreni (Helsedirektoratet 2013, Helsenorge 2015, Store Medisinske Leksikon 2014 og Torgersen 2012). Senere benyttet jeg også Google for å underbygge etterfølgende teori i oppgaven (McLeod 2014 og Fugelli 2015). Jeg har også valgt å benytte meg av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur for å belyse min oppgave.

## **2.0 Teori**

### **2.1 Schizofreni**

Allerede i 1911 ble begrepet schizofreni framstilt av den sveitsiske psykiateren Eugen Bleuler. Ordet schizofreni betyr «fragmentert sinn», og gir en beskrivelse av en omfattende oppløsning av de mentale prosessene (Helsedirektoratet 2013). I følge Cullberg (2005) omtalte Bleuler schizofreniene som en gruppe sykdommer med enkelte typiske symptomer som han valgte å kalle for grunnsymptomer. Disse grunnsymptomene, Bleulers 4 A, ligger

fortsatt til grunn for begrepet schizofreni. Grunnsymptomene lyder som følger: *Ambivalens*, en uttalt usikkerhet mellom ulike impulser, noe som kan gjøre det svært vanskelig å foreta valg i dagliglivet. *Affektive forstyrrelser*, tegn på likegyldighet, inadekvate affekter, apati, tap av interesse og manglende lystopplevelse. *Assosiasjonsforstyrrelser*, forstyrrelser i tanker, opplevelse av forandret logikk, vaghet, manglende sammenheng og splittelse. Her følger også en privat bruk av symboler og ordbruk, samt tilbøyelighet til konkret tenkning. *Autisme* er også en del av Bleulers 4 A'er, og gir seg til kjenne ved forstyrrelser i oppmerksomhet, uttalt innadvendthet, samt en sviktende kontakt mellom individet og omgivelsene. Et individ som har dette grunnsymptomet vil også ha vansker for å sette seg inn i andre menneskers subjektive verden og indre liv, noe som kan ha stor innvirkning på det sosiale livet (Cullberg 2005, 137).

I Cullberg (2005) står det at i tillegg til disse fire A'ene, kan også typiske psykotiske symptomer, såkalte «positive» symptomer forekomme. Dette for eksempel vrangforestillinger, hallusinasjoner, språk – og taleforandringer, tankeforstyrrelser og endring i atferd. Sistnevnte er ikke et kriterium siden dette også ofte forekommer ved andre psykiske tilstander (Cullberg 2005). Helsenorge (2015) skriver at når en person opplever vrangforestillinger, vil det si at man har oppfatninger som ikke stemmer overens med virkeligheten. Dette for eksempel ved at man tror noen kontrollerer ens tanker, eller at noen forsøker å forgifte deg. For at slike tanker skal kunne forstås som en vrangforestilling, må de fremstilles som en relativt fast overbevisning som ikke er mulig å korrigere eller veilede. Hallusinasjoner kan beskrives ved at man opplever ting som ikke er reelle. Dette ved at man kan føle, lukte eller se ting som ikke er der. For en person som opplever dette kan det være vanskelig å tro at det man erfarer er en del av en sykdom, og det kan oppleves svært stressende. Tankeforstyrrelser og endring i atferd kan kjennetegnes av taleflom som for andre kan være vanskelig å følge (Helsenorge 2015).

Helsenorge (2015) fremhever også at schizofreni kan kjennetegnes av «negative» symptomer. Her kan vedkommende føle seg følelsesmessig flat, gledesløs, likegyldig, ha manglende ansiktsmimikk og streve med konsentrasjonen. Det kan også være vanskelig å huske ting og tenke på en organisert måte, noe som kan føre til en utydelig uttrykksmåte som kan være vanskelig for andre å følge. De «negative» symptomene kan også gjøre at man oppleves kaotisk og at man har vansker med å kunne ta vare på seg selv (Helsenorge 2015).

Ofte oppstår schizofreni i alderen 16 – 25 år, og symptomene kan komme gradvis over en periode på uker til måneder, eller de kan oppstå akutt (Helsenorge 2015). De diagnostiske kriteriene for schizofreni er basert på det som personen selv formidler av opplevelser, samt observert atferd (Helsedirektoratet 2013). I følge Helsenorge (2015) kan det være svært utfordrende å få vite at man har diagnosen schizofreni. Ofte kan man erfare at oppgaver i hverdagen krever langt mer innsats enn tidligere. Det er heller ikke uvanlig at personer som får diagnosen schizofreni opplever hyppige tanker om døden eller får suicidale tanker. Risikoen for gjennomføre suicid er langt høyere hos mennesker med schizofreni (Helsenorge 2015).

### **2.1.1 Paranoid schizofreni**

I følge Helsedirektoratet (2013) er paranoid schizofreni (F 20) en form for schizofreni som oftest rammer personer i begynnelsen av 30 – års alderen eller eldre. De som rammes i voksen alder har ofte relativt god premorbid fungering, og langtidsforløpet er forholdsvis godt. Hovedsymptomet ved paranoid schizofreni er tydelige vrangforestillinger ved personens klare bevissthet, ofte også med hørselshallusinose. Kommanderende, kommenterende og truende stemmer kan foreligge, for eksempel ved at man hører stemmer som kommenterer ens person eller hva man gjør, eller hører noen som snakker sammen. Vrangforestillinger i form av forgiftning – eller forfølgelsesforestillinger kan variere fra det relativt bisarre til de mer plausible. Vrangforestillingene kan også dreie seg om grandiositet, sjalusi eller andre typer forestillinger. Selvhenføring med fokus på at hendelser omkring personen oppfattes og forklares som relatert til egen person kan være fremtredende, selv om dette for andre kan virke fullstendig uforståelig. Ved paranoid schizofreni forekommer det ikke desorganiserte symptomer, tydelig affektavflatning eller katatone symptomer (Helsedirektoratet 2013, Store medisinske leksikon 2014 og Torgersen 2012).

I følge Harris (2012) er behandlingen av schizofreni i hovedsak medikamentell behandling etterfulgt av samtaleterapi. Legemidler i form av antipsykotika kan bidra til symptomkontroll og forhindre tilbakevending av symptomene, forutsatt at behandlingen opprettholdes. De fleste antipsykotika kan tas som tablett, men noen kan tas som langtidsvirkende injeksjoner. Langtidsvirkende injeksjoner kan være nyttig dersom man synes det er vanskelig å huske å ta medisiner. De fleste med schizofreni må ta antipsykotika over lengre tid. Når tilstanden er under kontroll med medikamenter kan samtalebehandling i form av psykoterapi bidra til å

forhindre tilbakefall. Helsenorge (2015) fastslår at samtalebehandlinger som blant annet familieterapi, kognitiv atferdsterapi og sosial ferdighetstrening kan bidra til å forebygge tilbakefall flere år fram i tid. Kunnskap om egen sykdom er også viktig i behandlingen. Fokus på hvordan du kan mestre tilstanden, samt oppdage tegn på tilbakefall og håndtering av dette er viktig. I helsenorge (2015) står det videre at forskning viser at personer som har kunnskap om dette, har lavere risiko for tilbakefall og mindre risiko for sykehusinnleggelse i løpet av fem år.

## **2.2 Humanistisk psykologi og eksistensialisme**

Begrepet humanistisk psykologi er ikke en ren psykologisk tradisjon eller teori, men en forståelse av mennesket som plasserer seg mellom filosofi og psykologi. Humanismen tar utgangspunkt i at man skal utvikle forståelse og ikke finne forklaringer gjennom årsakssammenhenger. Når mennesket danner en mening er denne fortolket eller forstått av personen selv og deretter avhengig av hans indre forståelsesramme. Mennesket kan bare forstås, ikke forklares. For å kunne forstå et annet menneske må man inneha kunnskap om helheten gjennom deres verdisystem, livshistorie og kulturelle bakgrunn. Humanistisk psykologi fremholder at erkjennelsen av samspillet mellom min individuelle psyke og mitt sosiale vesen som kollektiv, er avhengige av hverandre for at mennesket skal kunne etableres og utvikles (Haugsgjerd et al. 2012, 247).

Abraham Maslow (1908-1970) har hatt stor påvirkning på utviklingen av den humanistiske psykologien. Han tok utgangspunkt i eksistensialismen som bygget på fenomenologien ved at den benytter seg av personlige og subjektive beskrivelser som grunnlag for å utvikle erkjennelse. Menneskesynet i humanismen er preget av en forståelse av at et hvert menneske kan utrette et stykke arbeid som kan gi ens eget og andres liv en mening (Haugsgjerd et al. 2012, 244). Eksistensialismen hevder at mennesket i utgangspunktet er fritt. Denne forståelsen av frihet innebærer at vi som mennesker kan forstå og tolke verden på mange ulike måter. Mennesket kan gi alle situasjoner en ulik mening, og vi kan ikke unnlate oss friheten til å tolke situasjoner vi opplever. Det er denne friheten til å velge som skiller mennesket fra dyrene (Haugsgjerd et al. 2012).

Eksistensialismen interesserer seg for den menneskelige situasjonen, nemlig atskillelsen mellom menneskets forhåpninger og dets begrensninger. Denne atskillelsen dannes mellom

hva jeg er, hva jeg gjerne ville ha vært og hva jeg kunne ha vært. Når alt kommer til alt, dreier det seg her om identitet, forstått som at jeg er både det jeg er og det jeg kunne ha vært. Dette er for Maslow grunnkonflikten i mennesket og i det menneskelige liv (Haugsgjerd et al. 2012, 246).

### **2.2.1 Anerkjennelse og respekt**

Maslow ser på behovet for anerkjennelse og respekt som to deler som forutsetter hverandre, og behovet kommer til uttrykk allerede i tidlig barneår. Anerkjennelse omhandler behovet for en bekreftelse og anerkjennelse fra andre på ens egen selvoppfatning. For å kunne oppleve en følelse av selvrespekt, mente Maslow at mennesket har behov for en stabil og god selvoppfatning. Dette knyttet Maslow opp mot motivasjon og samhandling med andre mennesker, gjennom at for eksempel et barn ikke vil kunne vise høy grad av motivasjon uten at samhandling og motivasjon blir bekreftet av en betydningsfull voksen. I følge Maslow er vår egen selvoppfatning knyttet til vårt behov for å mestre og prestere, og på den måten vil man kunne oppleve frihet, uavhengighet og respekt. En økt selvrespekt kan sees på som en indre belønning og bidrar til motivasjon på lik linje med ytre belønninger i form av for eksempel sosial status og oppmerksomhet (Haugsgjerd et al. 2012, 258).

### **2.2.2 Maslows behovspyramide**

Haugsgjerd et al. (2012, 254 – 259) påpeker at Maslow så på mennesket som et unikt individ hvor kropp og sjel danner en helhet. Maslow mente at man gjennom å uttrykke sine evner og anlegg vil få muligheten til å realisere det som er menneskelig i oss, derav selvaktualisering.

For å kunne oppnå selvaktualisering, mente Maslow at mennesket har flere grunnleggende behov som må tilfredsstilles. Dersom disse behovene ikke blir tilfredsstillt, vil det forekomme en mangeltilstand som vil dominere mennesket. Maslow organiserte disse behovene i en behovspyramide, etter hvilke behov som må tilfredsstilltes før det neste. Nederst i pyramiden ligger de fysiologiske behovene som Maslow mente er sterke og må tilfredsstilltes først. Deretter kan behovene for trygghet, tilhørighet, kjærlighet, anerkjennelse og respekt gradvis bli fokus for mer oppmerksomhet. Når disse behovene er tilstrekkelig tilfredsstillt ville behovet for selvaktualisering komme til syne (Haugsgjerd et al. 2012, 254 – 257).

Maslow påpekte at desto lavere i pyramiden et behov befinner seg, desto mer uunnværlig er det for et menneske. Det er også disse behovene som vil melde seg først i utviklingen hos et menneske. Dersom disse behovene blir betydelig tilfredsstilt i tidlige barneår, vil de høyereliggende behovene bli viet mer kraft senere i livet, således selvaktualisering (Haugsgjerd et al. 2012, 254 – 257).

I følge Maslow er behovet for selvaktualisering noe som alle mennesker strekker seg etter, hvor det sentrale er behovet for kunnskap og kreativitet. I følge Haugsgjerd et al. (2012, 259) er selvaktualisering en aktualisering av menneskets totale iboende potensial og en søken etter idealer og verdier som impliserer et godt menneske. Søken etter ideelle mål og verdier er like viktig som en mulig oppnåelse av dem, og det er gjennom dette arbeidet at mennesket aktualiserer seg selv (Haugsgjerd et al. 2012, 254 – 257).

## **2.3 Personsentrert terapi**

Carl Rogers (1902 – 1987) regnes som grunnleggeren av det personsentrerte perspektivet, og framholder at selvet hele tiden arbeider med å skape en overenstemmelse mellom erfaringsverdenen og jeget. En mangelfull overenstemmelse konkretiserer konfliktområder fra barndommen, som klienten ikke er seg bevisst eller har tatt stilling til. Dette kan vise seg som angst og splittelse. En overenstemmelse mellom erfaringsverden og jeget, kan ifølge Rogers danne grunnlaget for en indre og ytre frihet og fravær av angst (Haugsgjerd et al. 2012, 249).

Rogers la vekt på at terapeuten skal møte klienten som et subjekt og ikke som et objekt. Gjensidig respekt og akseptasjon, samt en forståelse at vi er likeverdige mennesker er en grunnleggende forutsetning i møtet mellom terapeut og klient. Begge parter vil være opptatt av å søke en felles forståelse av klienten som et helt menneske. Gjennom dette vil det bli mulig for terapeuten å kunne møte klienten i hans egen forestillingsverden og det som oppleves her-og-nå av klienten. Målet i terapiprosessen er å skape betingelser for at klienten skal treffe valg på et selvstendig grunnlag. Terapeuten skal legge til rette for, og synliggjøre de valgmulighetene klienten har i ulike følelsesmessige opplevelser og ulike livssituasjoner. Samhandlingen i møtet mellom terapeut og klient skal være preget av åpenhet, nærhet og ærlighet. Terapeuten skal være genuint til stede i situasjonen, og hans holdning skal være preget av varme, omsorg og omtanke (Haugsgjerd et al. 2012, 259 – 260). Rogers trekker særlig frem følgende punkter i det terapeutiske samarbeidet:

**Empati:** Rogers vektlegger at empati er å kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte, men samtidig stå utenfor styrken og intensiteten i følelsene. Ved å være herre over egne følelser, blir terapeuten en god støtte for den andre. Gjennom å oppleve, gjenkjenne og vise klienten mulighetene til å komme videre, gir terapeuten klienten et bilde av hvordan han framstår og de muligheter klienten innehar (Haugsgjerd et al. 2012, 261).

**Ekthet:** Terapeuten må kunne vise alle følelser som har med klienten å gjøre, på en ekte og genuin måte. Terapeuten skal oppleve en varm interesse og akseptere klienten for den han er, og gi tilbakemelding dersom han reagerer på følelser som for eksempel selvoppgitt hos klienten. På denne måten framstår terapeuten som ekte. Terapeuten skal framstå som trygg i sin oppgave og posisjon som terapeut, og benytte seg av all sin erfaring og kunnskap i samarbeid med klienten (Haugsgjerd et al. 2012, 261).

**Kongruens:** En kongruent terapeut, innehar et samsvar mellom atferd og følelser i forhold til andre mennesker. Gjennom høy grad av kongruens vil terapeuten selv oppleve menneskelig vekst. Denne modningsprosessen vil gjenspeile og inspirere klienten. Gjennom denne prosessen skapes en trygg og aksepterende atmosfære i den terapeutiske relasjonen (Haugsgjerd et al. 2012, 261).

**Bevissthet om følelser:** Terapeuten bekrefter og repeterer det klienten nettopp har sagt, med et bevisst fokus på følelser, slik at klienten får hjelp til å se og oppfatte det han er i dag. På denne måten tør klienten å erkjenne følelser og opplevelser han tidligere ikke har villet vedkjenne seg. Denne bevisstheten og erkjennelsen av følelser hos klienten forekommer fordi terapeuten opptrer som aksepterende, samt at han rommer og gir tilbake klientens opplevelse av følelser. Terapeuten framstår som trygg og tolerant, noe som vil gjenspeile seg hos klienten (Haugsgjerd et al. 2012, 261-262).

**Frigjøring og vekst:** Gjennom terapiprosessen klarer klienten å avstå fra følelser som isolasjon, tristhet og tilbakeholdenhet. Klient og terapeut vil oppnå en større forståelse og bevissthet om seg selv. Klienten opplever mindre forsvarsholdninger og oppleves i psykisk og fysisk bedring. Terapiprosessen bidrar til økt modenhet og akseptering overfor seg selv og andre, noe som igjen vil føre til stadig økende utvikling, frigjøring og vekst (Haugsgjerd et al. 2012, 262).



## **2.4 Personsentrert tilnærming til schizofreni**

I følge Blarikom (2006) er det vesentlig at personer med schizofreni opplever seg selv som en person, som et meningsfullt individ. En nødvendig forutsetning for bedring, vil være hensynet til personen sin særegne betydning, hvor personlige erfaringer og deres livshistorie står sentralt. Blarikom (2006) skriver at helse og sykdom ikke lenger bør betraktes som motsetninger, men som en enhet innenfor et unikt individ. Han understreker at kun dersom man er villig til å se sammenhengen mellom person og sykdom, vil man få et bilde av sykdommens rette plass hos personen.

Den personsentrerte tilnærmingen til personer med schizofreni er en langsiktig behandling som virker til å bli positivt påvirket når det er stabilitet og kontinuitet i relasjonen mellom terapeuten og klienten. Blarikom (2006) anser personen som en avgjørende faktor i recoveryprosessen. Han har også fokus på at møtene mellom terapeut og klient må forekomme oftere og under andre omgivelser enn ukentlige avtaler på et kontor.

Blarikom (2006) uttrykker at den personsentrerte tilnærmingen kan gjøre uvurderlig arbeid innen psykiatrien. Gjennom å utvikle og opprettholde et nært forhold til klienten, vil klienten etter hvert oppdage seg selv som en verdsatt person. Klienten vil ikke bare kunne se på seg selv som en person med en alvorlig psykisk lidelse, men også som en person som evner å fungere med sykdommen, med et nytt perspektiv på livet (Blarikom 2006).

## **3.0 Empiri**

### **3.1.1 Fortellingen om Kristian**

Kristian var en enslig mann i begynnelsen av 30 – årene som fra tidlig ungdomsår hadde blitt diagnostisert med paranoid schizofreni. Han bodde alene i et mindre hus et godt stykke fra byen. Han hadde ikke mange naboer og deltok lite i det sosiale livet, men ga uttrykk for at han trivdes best slik. Den siste tiden hadde hans mor gitt uttrykk for bekymring over sønnens situasjon, da hun opplevde han som mer tilbaketrukket og «på vakt». Kristian ga også selv uttrykk for at han hadde det vanskelig og at han ønsket hjelp.

Kristian ble frivillig innlagt lukket døgnavdeling for nærmere oppfølging. Under inntakssamtale ved avdelingen kom det tydelig fram at Kristian hadde hatt det svært vanskelig over en lengre periode. Her kunne han beskrive en følelse av å ha blitt overvåket og forfulgt, noe som førte til at han hadde barrikadert seg hjemme, ikke turt å dra til butikken eller utføre andre gjøremål utenfor hjemmet. Han var mistenksom mot elektronisk utstyr, fly, biler og gjenstander med små lys, da han trodde noen kunne overvåke han gjennom dette. Kristian ga også uttrykk for at han var overbevist over at menneskene rundt han kunne lese og høre tankene hans, og at vi planla en konspirasjon mot han. Under samtalen kunne vi tydelig se at Kristian i perioder «falt ut» av samtalen, og at han plagdes av noe ubestemmelig. Da vakthavende lege stilte spørsmål angående dette, var han svært nølende før han til slutt svarte at han hørte stemmer. Kristian fortalte at han selv var klar over at ingen andre enn han kunne høre disse, men at de allikevel var for sterke til at han kunne overse de. Kristian sa at han var så sliten av alle disse tankene og stemmene at han ikke hadde noen innvendinger til å bli innlagt i psykiatrien, til tross for at stemmene gjorde han usikker på om vi var ute etter å gjøre han vondt.

I avdelingen opplevdes Kristian rolig, men kontaktsøkende til personalet. Ved en til en samtale kunne han fortelle at han intuitivt søkte personalet for å gjøre rede for hvem av oss som var gode og hvem som var onde, slik at han kunne akte seg for de som ville han vondt. Det ble tidlig kjent i avdelingen at Kristian var veldig flink til å skrive dikt. Selv sa han at dette var noe han hadde tilegnet seg som en form for mestring, samt en måte å sortere tankene sine. Det kom også tydelig fram i diktene hvordan han følte seg og hva slags utfordringer som sto for tur.

I løpet av dagene som gikk, ble Kristian sine vrangforestillinger fremtredende i avdelingen, og personalet kunne se at han plagdes. I perioder kunne han bli stående lenge i gangen og stirre opp i ventilasjonssystemet i avdelingen, og han kunne gå store omveier for å unngå «vannsprinklene» tilkoblet brannsystemet.

Da Kristian hadde vært innlagt ved avdelingen i tre måneder, var det lite endringer å observere i hans atferd. Kristian hadde valgt seg ut noen personale som han kategoriserte som gode, mens resten var onde. Derfor var det ikke like enkelt for alle å kunne komme i posisjon til å hjelpe han på best mulig måte. Dette førte til økende frustrasjon på personalrommet og flere av personalet følte at de var kommet til en blindvei hvor de ikke lenger hadde

redskapene som trengtes for å hjelpe Kristian. Flere av personalet uttrykte derfor et ønske om å slippe å samarbeide med Kristian, da de følte at de ikke lenger hadde noe å bidra med i situasjonen. Derfor ble det opprettet en ansvarsgruppe rundt Kristian. Dette var en gruppe fra personalet som følte at de fortsatt hadde kunnskap og kompetanse til å hjelpe Kristian. Ettersom tiden gikk, ble det tydelig at denne ansvarsgruppen hadde gode tilnæringsmåter til Kristian. Dette førte også til at Kristian fikk færre personell å forholde seg til, og det virket til at han profiterte på dette.

### **3.1.2 Situasjon – «Hva hvis ...»**

Observasjon i fellesareal: Det begynner å nærme seg slutten av vaktskiftet og en sykepleier setter seg ned ved siden av Kristian i sofaen og tar opp et blad som ligger på bordet. Kristian ser spørrende på sykepleieren som tilsynelatende har begynt å lese en artikkel i bladet. «Jeg har tenkt på en ting», sier Kristian. Sykepleieren kikker opp over bladet, og svarer «hmm ...?», før hun igjen kikker ned i bladet. «Jeg lurte på om du hadde lyst til å lese diktene mine?» spør Kristian mens han ser bort på sykepleieren. Det går noen sekunder før sykepleieren tar blikket bort fra bladet og ser på Kristian. Sykepleieren tenker seg om før hun svarer «Nei, det er jeg ikke interessert i». Et lite øyeblikk ser Kristian veldig forvirret og usikker ut, og det ser ut som han har problemer med å finne et passende svar. Kristian ser ned i fanget sitt før han reiser seg fra sofaen og går. Sykepleieren fortsetter å lese i bladet hun hele tiden har holdt i hånda.

Jeg kunne se Kristian gå med raske skritt mot sitt eget rom. Blikket hans møtte ingen på veien dit, og jeg kunne høre døren smelle igjen i det han forsvant inn på rommet. Like etter kunne vi høre et stort smell fra rommet hans, etterfulgt av et høyt brøl. Alarmen ble utløst og flere av personalet kom strømmende til for å se hva som foregikk, inkludert sykepleieren som nettopp hadde avvist Kristian. I det vi åpnet døren til rommet hans, kunne vi se den store mannen, sittende sammenkrøpet i sengen sin, mens han tviholdt rundt bamsen sin. Han rugget frem og tilbake og det var tydelig at han hadde det vanskelig. Midt i rommet kunne vi se at han hadde kastet et bord som lå opp ned, med to brukne bordben. De fleste av personellet som var kommet til valgte å forlate rommet, mens en annen sykepleier og jeg ble stående igjen. Sykepleieren spurte Kristian hva som foregikk. Han svarte ikke, bare kikket tomt, men tankefullt ut i rommet. Minuttene gikk, og Kristian holdt fortsatt rundt bamsen sin. Sykepleieren og jeg så på hverandre med et blick som gjorde det forstått at det var trygt å

være kun en av oss igjen på rommet sammen med Kristian. Etter at sykepleieren hadde forlatt rommet, tok jeg en stol og satte meg ned. Jeg ble bare sittende, uten å si noe. Lenge satt vi slik, før Kristian begynte å snakke.

## **4.0 Diskusjon**

### **4.1 Hvilken betydning har tillit, anerkjennelse og respekt for å danne en god relasjon til denne pasienten?**

I løpet av de første møtene med Kristian ble jeg oppmerksom på at dette var en person som framsto som veldig usikker i møte med andre mennesker. I hans forestillingsverden kunne jeg se at dagene ble til store utfordringer, og det ble raskt tydelig at Kristian trengte tid til å bli kjent med meg som fagperson og medmenneske. Som jeg nevnte tidligere, kunne det være utfordrende å møte Kristian i avdelingen. Han var en sterk person som ofte sådde stor tvil om vi ville han godt eller vondt. Vi kunne ofte oppleve at Kristian kjempet en indre kamp for å gi oss sin tillitt. Derfor var det viktig for oss å møte Kristian på dette og la han ha bestemmelsesretten i forhold til når han ønsket å slippe oss inn til sin opplevelsesverden (Fugelli 2015). Det å la klienten legge føringene i det terapeutiske møtet gjenspeiler intensjonene i den personsentrerte psykoterapien (Haugsgjerd et al. 2012). Etablering av en god relasjon ble derfor svært viktig i denne prosessen.

Allerede i de første møtene med Kristian hadde jeg fokus på å skape en god relasjon. For å kunne oppnå nettopp dette var det viktig for meg at Kristian etablerte tillit til meg som terapeut. I følge Fugelli (2015) har mennesker i en sårbar situasjon behov for tillit da deres sykdom kan innebære tap av tillit til kropp, funksjon og fremtid. Når en person mister sin selvtillit, øker behovet for å stole på andre, i denne situasjonen; meg som fagperson. I følge Rogers (Haugsgjerd et al. 2012) er det sentralt at terapeuten omgir seg med en varm, positiv og aksepterende atmosfære. På grunnlag av dette ble det viktig for meg å møte Kristian med et åpent sinn. Hver morgen når vi kom på jobb sto Kristian i gangen utenfor rommet sitt og ventet på oss. Jeg kunne tydelig se at han var nysgjerrig på hvem som kom på jobb, og hvem han skulle samarbeide med resten av dagen. Jeg gikk bort til Kristian før morgenrapporten,

hilste på han og sa at jeg skulle undersøke hvem som skulle være hans samarbeidsperson og komme tilbake til han med dette. Han takket for dette og gikk tilbake til rommet sitt.

Dersom man møter klienten og viser at vi ser han kan dette bidra til å skape trygghet i relasjonen. Jeg opplevde også gjentatte ganger når vi kom på jobb at personalet valgte å si til Kristian at han bare måtte vente til listen over samarbeidspersoner ble hengt opp, og at dette kunne ta litt tid. Det var tydelig at han trengte å vite hvem han skulle samarbeide med og at han ble utrygg av uvissheten. Dette kom svært ofte til syne ved at han ble vandrende og urolig i avdelingen, og det ble ofte svært utfordrende å komme i posisjon til å hjelpe Kristian resten av dagen. I følge Blarikom (2006) er det en betydelig variasjon i sykdomsforløpet hos en person med paranoid schizofreni, og utfallet kan i perioder føre til en alvorlig tilstand. Gjennom å tilnærme seg Kristian ved å vise en positiv og aksepterende atmosfære og gi han aksept for at han faktisk trengte å vite, var faktorer som kunne bidra til en god start og et godt samarbeid med Kristian gjennom dagen. Derav kan man argumentere for at man kan bidra til å avverge potensielle situasjoner som kan oppleves utfordrende for pasienten. Dette gjennom å møte pasienten i deres nåværende sinnstilstand hvor man viser at man aksepterer deres behov. Jeg påpeker derfor at hvordan jeg møtte Kristian om morgenen er en faktor som bidro til at Kristian opparbeidet et tillitsforhold og en god relasjon til meg.

Haugsgjerd et al. (2012) skriver at vi gjennom å akseptere og anerkjenne et annet menneskes behov, bidrar til å bringe fram det medmenneskelige i oss. Det å sette oss inn i den andres situasjon, og føle på de følelsene som pasienten har i det terapeutiske møtet, står sentralt i Rogers sin terapeutiske modell. Samtidig må man være nær uten å være for nær. Dersom man lar seg rive med av den andres utfordringer, vil man i det terapeutiske møtet risikere å komme til en blindvei. Derfor er det viktig å søke etter en gyldne middelvei, som kan bidra til at vi kan være tilstede for den andre på en empatisk, god måte (Haugsgjerd et al. 2012).

I situasjonen («Hva hvis ...») har jeg beskrevet observasjonen av et møte mellom to mennesker; pasient og terapeut i døgnavdeling. I etterkant av dette møtet har jeg forsøkt å analysere situasjonen med fokus på Rogers sine fem terapeutiske holdepunkter. Jeg har også stilt spørsmålet om hva slags relasjon som lå til grunn for dette møtet. Etter mine observasjoner fra tidligere, hadde det vært lite kontakt mellom denne sykepleieren og Kristian. I Kristian sin forestillingsverden sto fokuset på «god» og «ond» svært sentralt, og store deler av dagene hans gikk ut på å utforske hvilke kategorier han skulle plassere hver og

en av oss i. Derfor tror jeg Kristian på eget initiativ valgte å kontakte denne sykepleieren. Hvordan man som sykepleier velger å møte pasienter med denne typen utfordringer kan være avgjørende for utfallet av situasjonen. I følge Cullberg (2005) har pasienter med diagnosen paranoid schizofreni en endret virkelighetsoppfatning som er fullt og helt reelt for personen det gjelder. Dette er således svært viktig å ta hensyn til i det terapeutiske møtet. Haugsgjerd et al. (2012) skriver at den personsentrerte tilnærmingen dreier seg om nettopp dette; å møte pasienten i hans eller hennes opplevelsesverden. Gjennom å gjøre dette bygger man også naturlig en relasjon til pasienten ved at man er imøtekommende og forståelsesfull.

I Haugsgjerd et al. (2012) står det at anerkjennelse er av betydningen å bli sett i relasjonen, og er et grunnleggende behov som blir fremhevet i Maslows behovspyramide. Som jeg beskrev tidligere, var det Kristian som viste initiativ til å samtale med sykepleieren i fellesarealet. Det var tydelig at Kristian var svært usikker og at dette var en svært utfordrende situasjon for han. Til tross for at dette var noe som tilsynelatende kom tydelig fram, valgte sykepleieren å svare Kristian på sin genuint ekte måte; at nei, hun ville ikke lese diktene Kristian hadde skrevet. I Rogers sine holdepunkter blir ordet *ekthet* beskrevet. Rogers hadde fokus på at hjelperen skulle kunne vise alle sine følelser på en ekte og genuin måte. I denne situasjonen valgte sykepleieren å gjøre nettopp dette (Haugsgjerd et al. 2012). Allikevel hadde dette store konsekvenser for pasienten som i dette tilfelle søkte oppmerksomhet og anerkjennelse. Dersom sykepleieren gjennom sine handlinger og væremåter formidler en klar interesse, omsorg og varme for dem som menneske, kan dette oppleves som et tegn på empati og forståelse, samt at de får en følelse av å bli respektert, ivaretatt og bekreftet for den de er. Denne anerkjennelsen står sentralt i humanismen og er viktig del av det terapeutiske møtet (Haugsgjerd et al. 2012).

I følge Blarikom (2006) er mange måter man kan være *ekte* i det terapeutiske møtet. Jeg velger her å trekke inn respekten for mennesket. I Haugsgjerd et al. (2012) beskriver humanismen ordet respekt med at man som hjelper skal kunne endre vår måte å se situasjonen på. Dette gjennom å reevaluere egen evne til å lytte, observere, akseptere og forstå. Man må også kunne vurdere sin egen hjelpeevne. Frost (2001) og Hummelvoll (2004) skriver at en forutsetning for å nå inn til pasientens selvoppfatning er at hjelperen lytter og er åpen for de ulike måtene pasienten forsøker å gjøre seg forstått og å forstå seg selv på, både verbalt og nonverbalt (Frost 2001 og Hummelvoll 2004, sitert i Haugsgjerd et al. 2012, 277).

I møtet mellom Kristian og sykepleieren fikk jeg inntrykk av at sykepleieren ikke hadde fokus på å forsøke å forstå hva Kristian ønsket å formidle i situasjonen. Slik jeg observerte situasjonen fikk jeg inntrykk av at sykepleieren virket til å være uinteressert i Kristian sin tilstedeværelse i fellesarealet. Dette gjennom at hun valgte å ikke legge fra seg bladet i det Kristian initierte at han ønsket å snakke med henne, samt at hun var, slik jeg så det, direkte avvisende i kontakten. Det er nærliggende at dette førte til at Kristian ikke fikk formidlet det han ønsket, samt at han satt igjen med en følelse av å bli avvist. I Kristian sin forestillingsverden kunne en slik avvisning være avgjørende for hans atferd og tankemønster gjennom resten av dagen, kanskje resten av oppholdet ved avdelingen. I Hummelvoll (2014) står det at dersom pasienten opplever en positiv nysgjerrighet og undring fra sykepleieren, kan dette kanskje føre til at pasienten selv begynner å stille spørsmål ved sine opplevelser og symptomer. En optimistisk og interessert holdning hos sykepleieren, kan også komme godt ut i relasjonsbygging med pasienten, gjennom at man blir felles om å søke etter løsninger på hans utfordringer. Dette er også noe som kan bidra til å dempe den angsten og ensomheten som pasienten kanskje opplever (Hummelvoll 2014).

Til tross for at sykepleieren i dette tilfellet ikke var interessert i diktene han hadde skrevet, kunne hun møtt pasienten på en annerledes måte, med fokus på anerkjennelse og respekt for den sårbare personen som ønsket kontakt. Sykepleieren kunne for eksempel fortalt Kristian på en høflig måte at hun fra tidligere ikke hadde noe særlig interesse eller erfaring med dikt, men at hun var nysgjerrig på hva Kristian ønsket å vise henne. Dette kunne bidratt til at Kristian fikk en følelse av å bli respektert og anerkjent for sitt behov for å uttrykke seg gjennom å dele diktene sine med henne. Gjennom å vise interesse ville hun også framstått som empatisk, ekte og trygg i den terapeutiske relasjonen, noe som også kunne ført til et annet utfall av situasjonen (Haugsgjerd et al. 2012).

I Haugsgjerd et al. (2012) står det at gjennom respekt kan både pasienten og helsearbeideren søke etter andre og nye måter å forstå pasientens ønske om hjelp og *hva* som kan hjelpe han. Gjennom en fokusendring for hva som skal til for å hjelpe pasienten til å få det bedre og mestre sin hverdag og utfordringer, inviteres pasienten til å se sin situasjon på ny og hva slags ressurser og muligheter personen innehar. Denne fokusendringen kan også være til stor hjelp for terapeuten (Haugsgjerd et al. 2012). Hånd i hånd med å være ekte i møtet med pasienten fremholder jeg at empatien for det andre mennesket kommer naturlig til syne.

Som tidligere påpekt kunne det være utfordrende å møte Kristian i det dagligdagse miljøet i avdelingen. Siden Kristian var innlagt frivillig ved avdelingen, tenkte han ofte på at han ønsket å reise hjem. Spesielt i situasjoner der han ikke følte seg imøtekommet. Det var ønskelig for oss at Kristian ble værende ved avdelingen, da vi ut fra hans sykdomsbilde tydelig kunne se at han trengte de trygge rammene vi kunne tilby. Derfor ble det svært viktig for oss å hele tiden sørge for at Kristian følte seg imøtekommet og ivaretatt, slik at han ikke valgte å forlate avdelingen. Hummelvoll (2014) presiserer sykepleierens plikt om å arbeide for at pasientens integritet respekteres. Dette er noe vi underbygger ved bruk av den personsentrerte tilnærmingen, hvor fokuset er å møte pasienten i hans opplevelsesverden, samt at det er han som legger premissene for det terapeutiske samarbeidet (Haugsgjerd 2012).

Når man skal imøtekomme pasienten på en anerkjennende og respektfull måte er det viktig å huske på at en pasient som opplever en psykose, ikke er psykotisk tjuetimer i døgnet og heller ikke sju dager i uken (Hummelvoll 2014). Vi kunne ofte oppleve at Kristian hadde «klare» perioder, hvor han delte vår virkelighetsoppfatning. I følge Hummelvoll (2014) er dette perioder man må ta vare på for å kunne bygge opp den nødvendige tillitten og kontakten som skal ligge til grunn i samarbeidsforholdet gjennom de uklare fasene.

Som helsepersonell kan det ofte være utfordrende å «stå i» en psykose sammen med pasienten. Ofte kan man kjenne på negative følelser som at man blir oppgitt, lei, irritert, frustrert, krenket, nedverdiget, uthengt, og «overkjørt» i møte med pasienten. Derav er det ikke urimelig å anta at de fleste som har arbeidet med en pasient i psykose over lengre tid kan kjenne igjen enkelte av disse følelsene. Da kan det være enkelt å se forbi psykosen og tenke at dette er pasienten sine genuine opplevelser av meg som person, til tross for at det er psykosen som kommer til uttrykk. Når man opplever slike negative følelser i møte med pasienten, kan det være enkelt å glemme pasienten bak psykosen, og respekten for mennesket kan havne i en gråsoner. Man kan anta at det er det som har forekommet under Kristian sitt møte med sykepleieren på fellesstua. Hvordan vi velger å takle disse negative følelsene, mener jeg har stor betydning for våre relasjoner og samhandling i møte med pasientene. Det er også mange andre følelser som kan komme til syne i møtet med en pasient i psykose. Jeg snakker her om følelser som empati, medfølelse og omsorg for pasienten. Ut fra den personsentrerte tilnærmingen er det viktig å finne en gylden middelvei mellom alle følelsene man står overfor i det terapeutiske møtet. På denne måten kan terapeuten bli kjent med sine egne følelser og oppnå en større bevissthet om seg selv, noe som bidrar til at man kan vokse sammen med



pasienten og framstå som trygg og tolerant, noe som etter hvert også vil gjenspeile seg hos pasienten (Haugsgjerd et al. 2012).

## **4.2 Hvordan kan man bidra til at denne pasienten opplever vekst og selvaktualisering?**

I følge Blarikom (2006) er det i de vestlige samfunnene lite rom for å være annerledes, dette er noe som blir tolerert, men ikke verdsatt. Dette blir videre beskrevet gjennom en forventning om at hvert enkelt menneske skal verdsette friheten man innehar og muligheten for selvrealisering. Blarikom (2006) mener at mennesker som lider av schizofreni må kunne tolereres og realiseres på lik linje med andre, noe som også underbygges av den personsentrerte tilnærmingen.

I løpet av Kristian sitt opphold ved avdelingen, kunne jeg i perioder oppleve at han var svært pågående i forhold til ønsket om kontakt. Dette ønsket om kontakt kom mer til syne i etterkant av hendelsen beskrevet i situasjonen «hva hvis ...», da jeg hadde valgt å sette meg rolig ned på en stol inne hos pasienten.

På grunn av vår gode relasjon tok han ofte kontakt med meg, også de dagene jeg ikke var hans kontaktperson. Dette kunne i perioder by på utfordringer da dette tok opp mye av min tid og begrenset kontakten jeg fikk med andre pasienter. På grunn av Kristian sitt ønske om stadig kontakt, fikk jeg kjenne på følelsen av at det var utfordrende å begrense dette uten å ødelegge vår relasjon. Haugsgjerd et al. (2012) skriver at når terapeuten går helt opp i den andre og identifiserer seg med og blir oppslukt av den andres opplevelser eller følelser vil ikke dette være til hjelp for pasienten. For å kunne være empatisk må man kunne oppleve den andres opplevelse av situasjonen, samtidig som man står utenfor intensiteten i følelsene. Siden Kristian var en person som tydelig trengte å bli sett og anerkjent, ble det viktig å kunne skape en balansegang mellom hvor nær man skulle være i relasjonen. Når denne balansegangen ble funnet og opprettholdt kunne jeg oppdage et bedret samarbeid i relasjonen.

Cullberg (2005) skriver at en del av diagnosen paranoid schizofreni er ambivalens, noe som betyr at evnen til å ta ulike valg blir svekket. Hele livet består av valgmuligheter, noe som kan

være svært utfordrende for en person med diagnosen paranoid schizofreni. Når Kristian valgte å ta kontakt med hver og en av oss i avdelingen, er det nærliggende å tro at han i forkant hadde vært gjennom en lang tanke – og vurderingsprosess med seg selv. En prosess hvor hans endrede tankemønster hadde vurdert farer og risikoer som kunne forekomme som et resultat av vårt møte. Som terapeut mener jeg det er viktig å anerkjenne Kristian sitt tankemønster. Det å kunne vise forståelse for at det er en vurderingsprosess som hele tiden foregår, og at dette kan være psykisk og fysisk slitsomt for den personen som innehar disse funderingene, er en viktig del av arbeidet i møte med pasienter som Kristian.

I møtet med Kristian i etterkant av hendelsen på fellesstua, hvor jeg ble sittende igjen sammen med han inne på rommet hans, spurte jeg etter hvert om jeg kunne lese diktet han hadde forsøkt å vise fram til sykepleieren. Det tok noen minutter før Kristian svarte, og han sa at han var svært usikker på om han trodde det var lurt å vise fram diktet han hadde skrevet. Jeg valgte derfor å fortelle Kristian at jeg ikke hadde noe dårlige hensikter med dette, men at jeg rett og slett bare var nysgjerrig på diktet han hadde skrevet. I Haugsgjerd et al. (2012) beskrives et av Rogers sine holdepunkter ved at man gjennom å bekrefte eller avkrefte det pasienten nettopp har sagt, med et bevisst fokus på følelser, kan han få hjelp til å erkjenne følelser og opplevelser han tidligere ikke har villet vedkjenne seg. På denne måten kunne jeg subtilt gi han tilbakemelding om at jeg ikke hadde noen «onde» baktanker når jeg ga uttrykk for at jeg ønsket å lese diktet hans.

Da Kristian til slutt valgte å vise meg diktet han hadde skrevet, kunne jeg se at dette var et dikt hvor han ytret sine håp og ønsker for framtiden. I Haugsgjerd et al. (2012) kan jeg lese at eksistensialismen legger fokus på at grunnkonflikten i mennesket anrettes mot atskillelsen mellom menneskets forhåpninger og dets begrensninger. Denne atskillelsen skapes av tanker om hva jeg er som menneske, hva jeg gjerne ville ha vært og hva jeg kunne ha vært (Haugsgjerd et al. 2012, 246). Det at Kristian gjennom sine dikt ga uttrykk for sine håp og ønsker for framtiden, kan bero på at han forsøker å omskape sine meninger omkring sin egen livssituasjon. Dette går over i den humanistiske psykologien, som fremholder helhetsforståelsen av mennesket. Wilhelm Dilthey innførte på 1800 – tallet begrepet «åndsvitenskap». Dette betyr at mennesket gjennom abstraksjon og symboldannelse, kan benytte vår menneskelige evne, *ånden*, som en skapende bevissthet til å omforme og danne en ny mening (Haugsgjerd et al. 2012, 247). Gjennom å skrive dikt, hadde Kristian gjort nettopp dette. Et dikt kan oppleves som en samling med ord på et papir, men dersom vi tillegger

ordene meninger, kan diktet framstå som noe mer enn bare en sammensetning av ord. Et dikt kan gi uttrykk for ulike sinnsstemninger eller situasjoner som appellerer til vår ånd og oss som mennesker. Gjennom denne appellen, kan vi oppfatte diktets egentlige mening, altså vår forståelse av diktet (Haugsgjerd et al. 2012, 247).

Våre ønsker og håp for fremtiden er noe som står oss selv svært nært. Dette kanskje spesielt for en person hvor virkelighetsoppfatningen har blitt endret. Kristian har forskjellige oppfatninger av sin egen og vår felles verden. I perioder er han frisk nok til at han deler samme oppfatning som folk flest, men dersom han er i en psykose forekommer en brist i de trygge rammene i hans verden. Når denne bristen forekommer er ivaretagelsen av hans *selv* svært viktig. Det å inneha evnen til å kunne møte han i hans forestillingsverden vil stå sentralt for menneskene rundt han. I Haugsgjerd et al. (2012) forklarer Humanismen selvet ved at det skrider fram gjennom subjektet i form av opplevelser som at jeg vil, jeg kan og jeg skal. Selvet er både hvordan personen er sett utenfra, og personens egne opplevelser av seg selv innenfra. På denne måten blir selvet personens egne forestillinger om seg selv, og danner grunnlaget for struktur og fortolkninger av personens egne opplevelser. Det er selvet som forhindrer kaos gjennom at det skaper en sammenhengende linje i form av enhet og kontinuitet i opplevelsene. Alle mennesker oppfatter, forstår og tolker sin situasjon, og med disse forutsetningene blir vi til et handlende vesen (Haugsgjerd et al. 2012, 253). Cullberg (2005) skriver at ved en akutt psykose har jegets evne til å opprettholde sammenheng og kontinuitet i selvet brutt sammen. Personen opplever denne diskontinuiteten i selvopplevelsen som skremmende, og kan reagere med en sterk panikkopplevelse. Dette fører til at de forsøker å løse den uforståelige nåsituasjonen ved å skape nye sammenhenger ved hjelp av å omtolke den ytre virkeligheten (Cullberg 2005). I Kristian sitt tilfelle, hvor psykosen har vært langvarig, har det skjedd en viss organisering av hans forestillinger. Kanskje har han tilpasset seg trusselbildet som psykosen utgjør, og lever i en forlenget unntakstilstand (Cullberg 2005).

Å benytte personsentrert terapi i møte med pasienter med denne typen utfordringer, kan således være utfordrende, og en del forutsetninger bør være på plass for å kunne benytte denne tilnærmingen. Således er det svært viktig at terapeuten innehar en evne til å tilpasse seg pasientens utfordringer, og møte pasienten der han er. Dette kan ofte kan innebære at terapeuten må gå noen runder med seg selv, og gjøre seg kjent med hva slags utfordringer man kan komme til å stå ovenfor i det terapeutiske møtet. Gjennom denne prosessen vil både pasienten og terapeuten oppnå en større forståelse og bevissthet om seg selv, noe som kan

bidra til stadig økende utvikling, frigjøring og vekst (Haugsgjerd et al. 2012). I følge Haugsgjerd et al. (2012) er hovedmålet i terapiprosessen for å oppnå selvaktualisering å styrke det enkelte menneskets trygghetsfølelse, dets selvforståelse og selvrespekt. På denne måten kan han føle seg langt friere til å bruke og realisere sine evner og interesser.

## 5.0 Konklusjon

Selvaktualisering kan forstås som vår søken etter å konkretisere våre medfødte muligheter, og en forutsetning for dette er at vår samhandling med omgivelsene er preget av en balanse mellom tilpasning og beherskelse (Haugsgjerd et al. 2012, 248). Det er vanskelig å si hvorvidt en person med paranoid schizofreni kan oppnå vekst og selvaktualisering. Kristian var en ung mann som tidlig hadde fått diagnosen paranoid schizofreni. Store deler av hans liv hadde vært preget av tilbakevendende psykoser med tilhørende endring i virkelighetsoppfatning. Kristian sin evne til å tilknytte seg andre mennesker og skape gode relasjoner har over lang tid vært vanskelig for han og skapt en mengde utfordringer i dagliglivet. Det å kunne møte og forstå pasienter med liknende utfordringer som Kristian kan være utfordrende for den som ønsker å hjelpe og skape gode vekstmuligheter for pasienten.

Teorien tilsier at gode relasjoner mellom pasient og terapeut er en grunnleggende dimensjon i psykisk helsearbeid (Schibbye 2002, sitert i Haugsgjerd et al. 2012, 276). Mine erfaringer i møte med Kristian viser at tillit, anerkjennelse og respekt sto svært sentralt og var en grunnpilar i relasjonsbyggingen. Det å tilnærme seg Kristian på en respektfull måte kunne være utfordrende for mange, da han raskt kunne bli altoppslukende dersom det oppsto en god relasjon. Her ble en av utfordringene å gjøre seg kjent med hvordan man kunne være nær uten å bli for nær, noe som på lengre sikt kunne bidra til trygghet i relasjonen. Det å kunne anerkjenne Kristian sine utfordringer i forhold til relasjonsbyggingen, og møte Kristian i hans her – og – nå opplevelsesverden ble viktig i det terapeutiske samarbeidet.

Det kan være mange følelser i omløp i relasjonsbygging med en pasient som har en endret opplevelsesverden. Dette både hos terapeuten og pasienten. Som terapeut kan det være vanskelig å sitte inne med negative følelser når man står i møte med pasienten. Det kan være enkelt å la disse følelsene komme til syne slik jeg forklarte i situasjonen «hva hvis ...». Allikevel er det enkle grep vi som helsepersonell kan gjøre når slike følelser oppstår. Dersom

sykepleieren hadde valgt å legge fra seg avisen, møte blikket til Kristian og revaluert sin måte å samtale med Kristian på, kunne utfallet av situasjonen kanskje vært annerledes. Å møte pasienten i hans her – og – nå situasjon kan bidra til at pasienten føler seg ivaretatt og imøtekommet, på en anerkjennende og respektfull måte.

Til tross for at det for Kristian kunne være vanskelig å oppnå vekst og selvaktualisering i hans daværende fase, kunne god relasjonsbygging være en god begynnelse på noe som etter hvert kunne utviklet seg til en følelse av vekst og selvaktualisering. Det er de enkle ting i hverdagen på en døgnavdeling som kan utgjøre den store forskjellen. Kunnskap om egne følelser og holdninger, samt å kunne skape ro i relasjonen gjennom å vise at vi er der som medmennesker og at vi evner å se personen bak diagnosen, mener jeg er sentrale elementer i det terapeutiske møtet.

Etter å ha arbeidet med denne problemstillingen over lengre tid, ønsker jeg å fremheve et område for videre forskning og fagutvikling. For fremtiden hadde det vært interessant om det hadde forekommet mer forskning og fagutvikling omkring hvordan helsepersonell håndterer egne følelser i møte med pasienter som er i en psykose. Dette med fokus på hvordan man kan arbeide for at egne følelser ikke skal kunne komme i veien for den terapeutiske samhandlingen, hvor økt fokus på empati og evne til å sette seg inn i den andres opplevelsesverden står sentralt. Dette vil ha stor relevans for fagutviklingen innen psykisk helsearbeid.

## 6.0 Referanser

- Blarikom, Jan Van. 2006. «A Person-Centered Approach to Schizophrenia» *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, Volume 5, Number 3*: 155 -173.
- Cullberg, Johan. 2005. «4 Jeget, selvet og psykosen.» I *Psykosser Et Integrert Perspektiv*, 52 – 58. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Cullberg, Johan. 2005. «11 De psykotiske syndromene II» I *Psykosser Et Integrert Perspektiv*, 136 – 157. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Frost, Tore. 2001. Respekt for menneskeverdet – hva mener vi med det? Oslo: Skriftlig foredrag ved seminaret Språk, dialog og makt – om ytringsfrihet i norsk psykisk helsevern.
- Harris, Barbara A. 2012. “A Critical Nursing Perspective of Pharmacological Interventions for Schizophrenia and the Marginalization of Person-Centered Alternatives” *Issues in Mental Health Nursing*, 33: 127 – 129, 2012.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2012. «Det humanistiske perspektivet», I *Perspektiver På Psykisk Lidelse – Å forstå, beskrive og behandle*, 239 – 279. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2009.
- Helsedirektoratet. 2013. «12.5 Schizofreni – en av mange psykosed diagnoser». Lest 15.12.2016. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/schizofreni>
- Helsenorge. 2015. «Schizofreni». Lest 17.12.2016. <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni>
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2014. Helt – ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.
- McLeod, Saul. 2014. “Carl Rogers”. *SimplyPsychology*. 1 – 5. Lest 07.03.2017. <http://www.simplypsychology.org/carl-rogers.html>
- Store Medisinske Leksikon. 2014. «Paranoid schizofreni». Lest 15.12.2016. [https://sml.snl.no/paranoid\\_schizofreni](https://sml.snl.no/paranoid_schizofreni)
- Fugelli, Per. 2015. «Grunnstoffet tillit”. *Sykepleien*. Lest 03.03.2017. <https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>
- Torgersen, Sverre. 2012. «Paranoid schizofreni, paranoide psykosser og Personlighetsforstyrrelser» *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening*: 851 – 852.