



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Tittel: Hjemmeboende eldre med angstproblematikk

Anne Marthe Fiskerstrand Juul

Totalt antall sider inkludert forsiden: 30

Molde, 19.04.2018



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 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 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 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 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 type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Solrun Brenk Rønning

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.

Opgaver 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: 17.04.18

Antall ord: 8173

Sammendrag:

Stadig flere eldre er hjemmeboende. Kommunene legger opp til at eldre skal kunne bo hjemme i egen bolig lengst mulig. Mye av møtet mellom helsepersonell og pasienter foregår derfor i pasientens hjem. Som helsepersonell kommer man da tett innpå det private livet til pasienten, og opplever pasienten på hjemmebane omgitt av sin egen identitet. For mange eldre kan hverdagen etterhvert bli utfordrende i takt med at mestringssevnen både fysisk og psykisk svekkes, og flere opplever å kjenne på angst i hverdagen. Som sykepleier i hjemmebasert omsorg opplever jeg stadig å møte eldre hjemmeboende mennesker som sliter med angst i hverdagen, som gjør at livskvaliteten nedsettes. Jeg har derfor valgt å se på hvordan man kunne møtt denne gruppen av hjemmeboende eldre med utgangspunkt i personsentrert terapi. Jeg har valgt ut en situasjon fra arbeidslivet med en eldre kvinnelig pasient som sliter nettopp med livsforringende angstproblematikk i hverdagen, og ut i fra dette har jeg laget meg denne problemstillingen: *Hvordan kan helsepersonell anvende personsentrert terapi i møte med eldre mennesker som sliter med livsforringende angstproblematikk i hverdagen.*

Ved å benytte meg av personsentrert terapi og humanistisk psykologisk tankegang skal jeg prøve å besvare og diskutere problemstillingen min. Humanistisk psykologi er skapt ut ifra sterk inspirasjon fra hermeneutikken og eksistensialismen, og blir som en måte å forstå hele mennesket på. Her blir fokuset lagt til subjektets opplevelse, og at terapeuten skal forsøke å vise forståelse på hva pasienten opplever. Som terapeut skal en ikke se på pasienten som syk, men som et menneske som har stoppet opp i sin utvikling, og ved å møte pasienten med empati, ubetinget positiv forståelse, ekthet og kongruens kan man frigjøre vekstpotensial og skape endring. (Haugsgjerd et al. 2009)

Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon:	1
1.1	<i>Problemstilling.</i>	2
1.2	<i>Avgrensing.</i>	2
1.3	<i>Begrepsavklaring.</i>	2
1.4	<i>Litteratursøk.</i>	2
2.0	Teori:	4
2.1	<i>Humanistisk psykologi.</i>	4
2.1.1	<i>Persontentrert terapi.</i>	4
2.1.2	<i>Sentrale punkt i det terapeutiske samarbeidet innen persontentrert terapi.</i>	5
2.1.3	<i>Selvaktualisering.</i>	7
2.1.4	<i>Selvet.</i>	8
2.1.5	<i>Relasjonen mellom terapeut og klient.</i>	8
2.2	<i>Aldring og psykisk helse.</i>	9
2.3	<i>Eksistens.</i>	9
2.4	<i>Angst.</i>	9
2.5	<i>Rollebytte.</i>	11
2.6	<i>Den sosiale situasjonen.</i>	11
2.7	<i>Hjemmet.</i>	11
3.0	Empiri:	12
3.1	<i>Besøket. Møtet mellom meg og kvinnen.</i>	13
4.0	Diskusjonsdel:	15
4.1	<i>Ubetinget positiv forståelse og empati.</i>	15
4.2	<i>Å komme inntil den andre.</i>	16
4.3	<i>Ekthet og kongruens.</i>	18
4.4	<i>Kvinnens Livsverden.</i>	19
4.5	<i>Relasjonen mellom terapeut og klient.</i>	20
4.6	<i>Hjemmet.</i>	21
4.7	<i>Resurser, vekstpotensial og selvaktualisering.</i>	21
5.0	Konklusjon:	22
	Referanseliste	24

1.0 Introduksjon:

Jeg er utdannet sykepleier, og har i mange år jobbet i hjemmebasert omsorg og på sykehjem. På sykehjemmet har jeg jobbet på en korttids avdeling, og kan da møte igjen noen av de samme pasientene som man besøker i sine egne hjem i hjemmebasert omsorg. Det vi ser ut ifra jobbsammenheng er at angstproblematikk synes å være et stadig økende problem blant de eldre pasientene. Dette viser seg både inne på institusjon, men kanskje enda mer blant hjemmeboende pasienter. Dette er et viktig tema, i og med at kommunen ønsker og tilrettelegger for at pasientene skal være hjemme i sin egen bolig så lenge som mulig. Sykehjems plassene avvikles, og det opprettes bokollektivplasser og plassene behovsprøves enda mer enn tidligere.

Jeg synes det er spesielt utfordrende å møte de eldre pasientene som sliter med angstproblematikk som bor hjemme i egen bolig. Her er pasientene mye alene, og besøkene er ofte korte og preget av spesifikke gjøremål. Pasientene er ofte ensomme, og mye overlatt til seg selv. Det er til tider tungt å dra fra pasienter som du føler du skulle ha gjort mer for, å vite at de er alene i egen bolig.

Teorien jeg har hentet inn fra Birkeland og Flovik (2016) og fra Engedal (2008) sier noe om hvordan det er å bli gammel, både fysisk og psykisk, og hvordan det fysiske kan få følger for det psykiske. Det handler mye om livsendringer, tapsopplevelser og svekket mestringsevne. Dette blir viktige elementer i hvordan de eldre opplever seg selv, og hvilke utfordringer de kan stå i. Perspektivet jeg har valgt å belyse oppgaven ut ifra er personsentrert tilnærming. Her blir de sentrale elementene beskrevet i Haugsgjerd et al. (2009). Her er det viktig å møte pasienten med empati, ubetinget positiv forståelse, ekthet og kongruens. På denne måten kan pasienten oppleve å bli møtt og forstått, og dette kan føre til vekst og endring.

Jeg ønsker med denne oppgaven med utgangspunkt i teorien og perspektivet over, å se hvordan det kunne sett ut om man møtte de hjemmeboende eldre som sliter med angst i hverdagen, med utgangspunkt i personsentrert tilnærming.

1.1 Problemstilling.

Hvordan kan helsepersonell anvende personsentrert perspektiv i møte med eldre hjemmeboende som sliter med livsforringende angstproblematikk.

1.2 Avgrensning.

Jeg har valgt å avgrense oppgaven slik den gjelder eldre mennesker over 65 år som er plaget med belastende angstproblematikk. Avgrenser det videre til dem som bor i egen bolig, og mottar kommunale tjenester i form av hjemmebasertomsorg.

1.3 Begrepsavklaring.

Carl Rogers bruker ordet klient i sin omtale av pasienten når det gjelder personsentrert tilnærming. I denne oppgaven vil klient og pasient bli brukt om hverandre, men betyr det samme. Jeg vil bruke ordet klient i teorien, men omtale kvinnen i narrative som pasient.

1.4 Litteratursøk.

I oppgaven skal vi søke å finne relevant forskning eller artikler som kan knyttes opp mot problemstillingen vår. Før jeg startet på mitt litteratursøk så valgte jeg meg ut noen søkeord som kunne passe min problemstilling. Ordene jeg satte opp for søk var:

Engelske søkeord: Old/ elderly, anxiety, living at home, client-centered, person-centered, home living, empathy, reduce og Carl Rogers.

Norske søkeord: Personsentrert terapi / klientsentrert terapi, angst hjemmeboende, eldre, livsfaseproblematikk og aldring.

Søkte i Oria.no. Valgte alle bibliotek, og avansert søk. Søkte først på norske søkeord. Disse var angst og personsentrert terapi. Kun 1 resultat på søket, og det var kun 1 tidligere studentoppgave. La til ordet *eldre* i søket og da kom det opp 0 resultat. Søkte videre på personsentrert terapi/ klientsentrert terapi og eldre, men ingen resultat. La til livsfaseproblematikk og angst, ingen resultat. Ved å ta bort personsentrert terapi fikk jeg

resultat på eldre, angst, aldring, men ikke som jeg synes var relevant for min problemstilling.

Logget meg videre inn via helsebiblioteket og søkte via databaser der. Søkte i Pub Med og noe i Psyk Info.

Gjorde her søk på engelsk med ordene: person-centered, client- centered, anxiety, elderly, old og empathy. Brukte AND og OR for å snevre inn resultatene og få frem mest mulig relevante søk. Valgte også å sette kriteriet at resultatene ikke skulle være eldre en 10 år. Når jeg søkte på alle samlet, kom der ikke opp noen treff. Ved å søke på person-centered approach AND anxiety AND Elderly, AND Empathy, kom der 3 resultat. Men ingen relevante for min oppgave.

Søkte videre med ordene: Person-centered care AND reduce AND anxiety. Da kom det opp 9 treff, hvorav et treff synes å være relevant for meg.

I noen av kombinasjonssøkene kom det opp endel resultat, men mye er knytt til omsorg for demente, omsorg for spebarn og smerteproblematikk knytt til andre lidelser. Når det søkes på person-centered care går resultatene mye i omsorg og tilnærming til demente. Dette er kanskje ikke så rart, siden personsentrert omsorg har ifølge (Brooker, 2013) sine røtter i den klientsentrerte terapien utviklet av Carl Rogers.

Men når jeg snevret søkene inn enda mer finner jeg ikke noe spesifikt som sier noe om personsentrert tilnærming til eldre hjemmeboende med angstproblemtikk.

Tok tilslutt med en systematisk litteratur gjennomgang og metaanalyse som er knytt til personsentrert omsorg til demente. Kim, Sun Kyung, Myonghwa, Park. (2017) viser til resultat at ved å yte personsentrert omsorg for demente, bidrar det til å styrke den dementes identitet, og redusere agitasjon, nevropsykiatriske symptom, depresjon, og dermed øke livskvaliteten. Analysen viser ikke til det jeg søker for problemstillingen min, men elementer fra denne analysen kan muligens også være relevant generelt for eldre mennesker som sliter med angstproblematikk. Elementer som det og bli sett og møtt på en personsentrert måte som igjen kan være med på å styrke det enkeltes menneskets identitet. Jeg har valgt å ikke bruke denne videre i min oppgave. Jeg velger å bruke litteraturen fra pensum og annen selvvalgt litteratur som jeg fant som relevant for å belyse oppgaven min best mulig.

2.0 Teori:

2.1 Humanistisk psykologi.

Den personsentrerte terapien ligger innenfor den humanistiske psykologien, som igjen har sine røtter innenfor hermeneutisk, fenomenologisk og eksistensialistisk filosofi (Vetlesen og Stänicke, 1999). (Haugsgjerd et al. 2009, 241)

Man er i den humanistiske psykologien opptatt av menneskets subjektive og erfarte opplevelse av verden. Hvert menneske er unikt med hver sin unike oppfatning av verden og omgivelsene rundt. Det er det enkeltes menneskers opplevelse som er i fokus, og man må som terapeut strebe etter å forsøke å forstå klientens livsverden. I humanistisk psykoterapi brukes ikke begrepet pasient, dette fordi de ikke anser mennesket som sykt. Her tenkes det heller at det er et medmenneske som har stoppet opp i sin utvikling og som trenger hjelp til å komme videre, derfor brukes heller begrepet klient. Humanistisk psykologi blir en måte å forsøke å forstå hele mennesket på. (Haugsgjerd et al. 2009)

Behandlingsarbeidet i humanistisk psykologi er en prosess der målet er å skape maksimal betingelse for vekst og utvikling. Dette er et grunnsyn som innebærer at om vi lar mennesket få størst mulig grad av frihet, vil det utvikle seg til et positivt, sosialt og egoistisk individ. (Haugsgjerd et al. 2009)

2.1.1 Personsentrert terapi.

Carl Rogers er kjent for å ha utviklet metoden klientsentrert psykoterapi innen humanistisk psykologi. Her i denne terapiformen forsøker man å møte klienten som et subjekt, istedet for å behandle klienten som et objekt. Klienten skal omgis med en varm, positiv og aksepterende atmosfære, og terapeuten skal være tilbakeholden i sitt forhold til klienten. Terapeuten skal avspeile og reflektere klientens måte å være på, og la klienten være i fred med sine funderinger og innskytelser. Slik kan klienten bli bevisst sine ubevisste motiver og følelser. (Haugsgjerd et al. 2009)

Utgangspunktet for å hjelpe noen er å prøve å forstå verden slik de ser den. Ifølge Carl Rogers' personsentrerte tilnærming til terapi er det nødvendig å sette seg inn i den enkeltes referanseramme, og forstå verden fra denne personens synsvinkel. (Brooker. 2013, 49)

Det terapeutiske arbeidet i humanistisk psykologi legger vekt på klientens følelsesmessige og kroppslige opplevelser her- og- nå. Terapeuten legger også stor vekt på å forsøke å møte klienten i klientens forestillingsverden, slik som man også gjør i personsentrert terapi. (Haugsgjerd et al. 2009)

Terapeuten skal prøve å legge til rette for at klienten skal ta egne valg og avgjørelser, og målet er å tydeliggjøre for klienten hvilke valgmuligheter han kan ha i ulike livssituasjoner eller følelsesmessige opplevelser. Det forutsetter en gjensidig respekt og aksept mellom terapeut og klient, og sammen vil de søke etter forståelse og erkjennelse av problemet, klientens ressurser, tidligere forsøk på å løse problemet. Relasjonen mellom klient og terapeut skal være preget av åpenhet, ærlighet og nærhet, og holdningen til terapeuten skal vise omsorg og varme. (Haugsgjerd et al. 2009)

2.1.2 Sentrale punkt i det terapeutiske samarbeidet innen personsentrert terapi.

Noen sentrale punkter som Carl Rogers fremhever som viktige i det terapeutiske samarbeidet:

Empati: Rogers definerte empati slik: terapeuten skal kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte, og samtidig stå utenfor intensiteten og styrken i følelsene. Terapeuten må kunne styre sine egne følelser, slik den kan opptre som støtte for den andre. (Haugsgjerd et al. 2009,261)

Empati er en aktiv her og nå prosess. Her prøver man å komme nært det uttrykte, og forsøke å forstå den andres indre referanseramme. Det er viktig å kunne godta korrigering, og spørre istedet for å konstatere. (Bjørkly, 2016)

Ubetinget positiv forståelse: Terapeuten skal ikke sette begrensninger eller legge føringer for tema i samtalerne, det er pasienten som styrer samtalen. Pasienten skal kunne føle seg forstått, og dette vil igjen kunne frigjøre vekstpotensial hos pasienten. Forsøke å forstå pas uten å ha annen mål enn å hjelpe han til selvaktualisering, igjennom å finne og skape mening, ved å sette ord på hans opplevelse. Terapeuten skal ikke være moraliserende, og pas skal ikke oppleve at han/ hun er belastende for terapeuten. (Bjørkly, 2016)

I boken av Cooper et al. (2013) omtales ubetinget positiv forståelse som en måte å bry seg om klienten på, bry seg om pasienten på en ikke-dømmende og ikke-eiende måte. De sammenligner det med følelsene en forelder har for barnet sitt. Barnet kan vise uakseptabel oppførsel i forelderen sine øyne til tider, men forelderen prissetter uansett barnet, og ser på barnet som verdig. Foreldrene ser på barnet som noen man bryr seg om uansett oppførsel. (Cooper et al. 2013,26)

Ekthet: Å vise seg som ekte er viktig i personsentrert terapi. For at klienten skal kunne oppleve at terapeuten er ekte i samspillet dem imellom, må terapeuten være åpen og tro mot følelsene sine om det som angår klientens situasjon. Terapeuten må tørre å kjenne på sine egne følelser og utrykke dem, dette gjelder alle følelser, men det skal ikke være belastende for klienten. Når terapeuten viser for klienten sine ekte opplevde følelser, vil klienten oppleve at relasjonen er trygg. Om klienten ikke opplever terapeuten som ekte, vil klienten kunne oppleve relasjonen som utrygg og dette vil være negativt for relasjonen. (Haugsgjerd et al. 2009,261)

Kongruens: Med kongruens er det at adferd og følelser er samstemte. At det terapeuten sier står i samsvar med det han gjør, igjen formidle dette uten å belaste klienten. Når terapeuten har en høy grad av kongruens blir det en trygg og aksepterende atmosfære i den terapeutiske relasjonen. Terapeuten er da i menneskelig vekst, og lærer seg selv å kjenne, og øver seg på å se seg selv og andre. Terapeuten er selv i en modningsprosess, som vil påvirke og inspirere klienten. Her kan klienten også selv komme i en modningsprosess, ved at han lærer det samme som terapeuten. (Haugsgjerd et al. 2009,261)

Bevissthet om følelser: I følge Schibbye (2002) opplever og ser klienten sin egen situasjon gjennom terapiprosessen fordi han selv forteller om det, og fordi at terapeuten gjengir den tilbake til klienten. Ved at terapeuten bekrefter det klienten sier, får klienten hjelp gjennom terapiprosessen til å oppfatte og se det han er idag. Når terapeuten gjengir tilbake det han har hørt med et mer bevisst bilde av følelser, kan klienten tørre å se det han tidligere ikke har villet erkjenne. (Haugsgjerd et al. 2009,261)

I personsentrert terapi tenker man at mennesket har vekstpotensial, og at behandlingsarbeidet blir en prosess for å legge til rette for vekst og utvikling. Gjennom at empati, ekthet, kongruens og bevissthet om følelser er tilstede igjennom terapiprosessen skapes et hele, og gjennom dette frigjøres vekstpotensialet. Dette gjør igjen at klienten opplever utvikling ved at han får frigjort ressursene og potensialet han i utgangspunktet hadde. Klienten kan gjennom denne prosessen oppleve mindre forsvarsholdninger og kan klare å kvitte seg med følelser av tristhet, tilbakeholdenhet og isolasjon. Klienten kan oppleve et sannere forhold til sine følelser og seg selv, og kan være mer aksepterende ovenfor seg selv og andre. (Haugsgjerd et al. 2009,262)

2.1.3 Selvaktualisering.

Et hovedmotiv i personsentrert terapi er selvaktualisering. I humanistisk psykologi ser man på individer som søker selvaktualisering, ved å aktualisere sine medfødte muligheter som friske og velintegrerte individ.

Når de grunnleggende fysiologiske, trygghets, tilhørighets, anerkjennelses, kognitive og estetiske behovene er tilfredsstillt, vil mennesket ifølge Maslow's behovspyramide, søke å tilfredsstillte behovet for selvaktualisering. Dette er behovet for å kunne utvikle seg og bruke sine ressurser. Det er aktualisering av menneskets iboende potensial. Målet for selvaktualisering kan sees på en slik måte at mennesket søker mot å bli et helt menneske. (Haugsgjerd et al. 2009)

2.1.4 Selvet.

Ut ifra at mennesket tolker og oppfatter, gjør de handlinger basert på dette. (Haugsgjerd et al. 2009)

Opplevelsene våre danner gradvis selvet vårt, og selvet vårt blir et referansepunkt for den «virkelige verden». De opplevelsene som ikke passer inn med selvet vårt kan oppfattes som en trussel mot det. Forsvaret mot trussel blir et rigid selv, der man blir lite aksepterende for egne og andres feil. Gjennom terapi ønsker man å kunne åpne opp for et mer aksepterende selv. (Bjørkly, 2016)

2.1.5 Relasjonen mellom terapeut og klient.

I terapiretninger innen humanistisk psykologi blir terapeuten som en veileder til et menneske som leter etter større grad av ekthet og kontakt med seg selv. Terapeuten kan veilede til områder som klienten kan arbeide med, men valget overlates til klienten, og må respekteres av terapeuten. (Haugsgjerd et al. 2009) Gjennom sitt møte med hverandre vil både terapeut og klient oppnå større innsikt og bevissthet om seg selv og sin egen selvforståelse, ved at de beskriver, forstår og erkjenner seg selv og sine problemer i møtet med den andre. På denne måten vil terapiprosessen både for terapeuten og klienten bidra til økt forståelse og erkjennelse av egne muligheter og ressurser. (Schibbye, 2002)

I det humanistiske perspektivet er det samtalen som fremstår som det viktigste kliniske hjelpemiddelet. Gjennom samtalen kan man få til et ekte møte mellom terapeut og klient, og dette kan føre til at ærlighet og tillitt etableres i relasjonen, dette danner videre grunnlaget for utvikling av en felles forståelse og terapeutisk samarbeid. Gjennom samtalen gjør man en felles leting etter forståelse og utforskning av livsproblemer. Når terapeut og klient snakker med hverandre og ikke til hverandre blir samtalen likeverdige. Gjennom dialoger preget av lytting, bekreftelse, anerkjennelse og forståelse henvender man seg til refleksjonssiden til et menneske, og kan bidra til å stimulere den. (Haugsgjerd et al. 2009)

I Personsentrert terapi skal terapeuten søke å ha en terapeutisk undring, og man skal ikke trekke konklusjoner eller finne sannheter. Om ikke terapeuten er bevisst dette, vil det kunne føre til at klienten opplever å ikke bli møtt i samtalen. (Haugsgjerd et al. 2009)

2.2 Aldring og psykisk helse.

Den høye forekomsten av psykiatrisk sykdom som debuterer i de eldre år, er klart relatert til psykologiske, biologiske og psykososiale sårbarhetsfaktorer som opptrer i alderdommen. Aldringsprosessen medfører svekket homeostase, en svekket reservekapasitet som igjen fører til at sykdom lettere blusser opp. Dette er gjeldende både for somatisk og psykiatrisk sykdom. (Engedal, 2008)

I høy alder kommer også en rekke taps opplevelser. Dette kan være tap av identitet, tap av arbeid, status, anseelse, tap av helse, fremtidsplaner, tap av venner, livsledsagere og annen familie og slekt. Disse tapene setter krav til mestringssevnen vår. Ved økende alder og sviktende helse, er det eldre mennesket mer sårbar for krisereaksjoner, og det vil si at mestringsmekanismene kan falle bort, og en krise kan oppstå. For noen eldre oppleves belastningene for store i forhold til sine forutsetninger, og krisen blir vanskelig å komme ut av. Dette kan igjen føre til at den eldre går inn i en depressiv, angst eller psykotisk tilstand. (Engedal, 2008)

2.3 Eksistens.

Det ser ut til at også mange eldre sliter med å innfinne seg med alderdommen, å tilpasse seg den og finne glede i den. Det å kunne opprettholde en positiv innstilling, og akseptere og finne glede i denne fasen av livet er viktig for å kunne tilpasse seg alderdommen på en god måte. (Engedal, 2008)

2.4 Angst.

Angst kan bli sett på forskjellige måter.

Angst som sykdom blir klassifisert under ICD-10 klassifisert under gruppen nervøse og stressrelaterte lidelser(F40-49). I tillegg opererer ICD- 10 med diagnosen organisk betinget angst (F06.4) (Engedal. 2008,141)

Angsttilstander modifisert etter ICD-10 klassifikasjon: Fobier, andre angsttilstander, tvangstanker/ tvangshandlinger, tilpasningsreaksjoner og organisk angsttilstand. Angst kan

også komme som følgesvenn ved annen sykdom. Eksempelvis ved: demens, depresjon, delirium, psykoser, somatisk sykdom, bruk av legemidler og ved seponering av legemidler. (Engedal, 2008,142)

Ifølge boken fra Engedal (2008) er ikke angst hyppigere blant eldre enn blant yngre, og at trolig er det slik at angst er for mange en følgesvenn i livet. Dvs at mange eldre som får en angstdiagnose, har hatt denne lidelsen i mange år. De fleste eldre med en angst diagnose, har angst av en slik grad at deres livskvalitet blir betydelig redusert. (Engedal, 2008)

I den humanistiske psykologien er ikke angst sett på som sykdom, men som en endringsressurs. Angst blir et varsel på stagnasjon, og manglende evne til å ta valg. Uten evne til å ta valg, kommer stagnasjon og angst. Det er opplevelsen her og nå som er det sentrale, og mening og hensikt er viktigere en årsak. (Bjorkly,2016)

I boken fra Repål og Berge (2017) sier de noe om den fysiologiske opplevelsen av angst. Angst kan oppleves når kroppen kjenner på frykt, og kroppen reagerer på frykt ved å øke kroppslig aktivitet. Dette vil igjen oppleves som hjertebank, skjelvinger, anspenhet, munntørret, økt åndedrett, svimmelhet, mageproblem ol. for pasienten. Slike kroppslige opplevelser vil være ubehagelig i varierende grad for pasienten å kjenne på, og angst for angsten blir også en opprettholdende faktor. (Repål og Berge, 2017)

Eksistensiell angst blir omtalt i Haugsgjerd et al. (2009) og defineres som at ved ethvert valg vil det innebære en grunnleggende opplevelse av angst, og ved å da forsøke å unngå og velge, vil man forsøke å unngå opplevelsen av angst. Ved at mennesket unngår å oppleve angst, blir livet begrenset og oppleves meningsløst. (Haugsgjerd et al. 2009)

2.5 Rollebytte.

Det skjer ofte et rollebytte i de eldre's liv etterhvert som de blir eldre, eller etter sykdom eller funksjonsnedsettelse eller tap. Der de går fra å være omsorgsgiver til å bli omsorgsmottaker, fra å være en voksen og selvstendig person, til å bli en avhengig pasient. Fra tidligere å ha ordnet i eget hjem på egen hånd, blir en plutselig avhengig av hjelp til de samme oppgavene. Mangel på erfaring med den nye tilstanden kan føre til mye usikkerhet med tanke på fremtiden. Det er forståelig at en slik situasjon kan føre til både sjokk, sorg og fortvilelse. (Birkeland og Flovik, 2016)

2.6 Den sosiale situasjonen.

Det å ha kontakt med mennesker er et grunnleggende behov. Flere forhold har bidratt til at den sosiale delen av livet har endret seg for eldre mennesker de siste årene. Før var det vanlig at flere generasjoner bodde sammen i generasjonsboliger. Nå bor de eldre ofte lenge alene pga ektefeller dør, og barna starter familier, og bygger egne hus der de bor for seg selv. Det er og en endring i kontakt formen med hverandre, der ” ikke – ansikt – til – ansikt – kontakt” har blitt vanligere. Dette i form av telefonsamtaler, tekstmeldinger, e-post ol. (Birkeland og Flovik, 2016)

2.7 Hjemmet.

De største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har først og fremst skjedd i hjemmetjenestene, og det er hjemmesykepleien som vokser. (Birkeland og Flovik 2016,11)

Det overordnede målet for hjemmesykepleien er at pasienten skal kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig. (Birkeland og Flovik. 2016.21) Når man arbeider i hjemmesykepleien kommer man inn i hjemmet som profesjonell yrkesutøver, men er samtidig besøkende. En må derfor vise respekt og forståelse for pasienten og pårørendes valg og ønsker for sitt liv og sitt hjem. (Birkeland og Flovik. 2016,43)

Hjemmet betyr noe spesielt for de fleste, og ikke minst for de eldre, som knytter hjemmet til sitt tidligere liv. Eldre betrakter hjemmet som noe som opprettholder uavhengighet. Eldre har ofte bodd i hjemmet sitt i mange år, bygd opp et hjem og startet og oppfostret

familie der. Derfor har hjemmet også ofte stor historisk betydning, og det er knytt til egen identitet. (Birkeland og Flovik. 2016,43-44)

3.0 Empiri:

Jeg har valgt å belyse en opplevelse jeg hadde på dagvakt i hjemmebasert omsorg. Jeg skulle til et besøk hos en eldre kvinne. Kvinnen er i 80 åra og har vært enke i ca 15 år. Hun bor i huset som hun og mannen bygde sammen, der har de fostret opp 4 barn, som alle bor i nærheten idag. Hun har vært en kvinne som har engasjert seg i mye, foreninger, familiebedrift osv. Hun har vært opptatt av å holde et rent hus, følge opp barna med rene fine klær, og middag på bordet hver dag. Hun har ofte omtalt seg selv som å være opplært fra grunnen av til å være ”flink pike”. Etterhvert kom det barnebarn, og hun hadde alltid åpent hus og passet ofte barnebarn. Hun var familiens sentrale samlingspunkt, og samlet ofte familien til middager og selskaper. Etterhvert som alderen tynget og barnebarnene ble større og mer uavhengig, endret dette seg. Nå er det ikke lenger hun som holder familieselskapene, og barnebarna trenger ikke lengre pass, og er da naturlig nok ikke så mye innom som før.

Den eldre kvinnen har hatt hjelp fra hbo nå en stund til dusj x 1 i uken, men et fremtredende problem nå er at kvinnen har de siste årene blitt mer og mer plaget med angst. Dette kan synes å være i tråd med økende somatiske lidelser. Kvinnen forteller selv at hun startet å kjenne på denne angsten etter hun kom hjem fra en utenlandstur der hun fikk et kraftig mægevirus, som tappet henne for krefter. De påfølgende årene gikk hun også igjennom en knebytteoperasjon, og hadde et stygt fall der hun fikk et massivt slag mot hodet. Hun har etter fallet slitt med hodepine daglig i lengre tid. I etterkant av alt dette føler hun at angstproblematikken øker i takt med at hun makter mindre. Hun tenker mye på alle de vanlige husholdningsoppgavene hun ikke lenger klarer, og tankene om at hun mulig ikke klarer å bo hjemme mye lenger er til stede. Angstproblematikken er nå så stor at den tar over store deler av hverdagen. Det er satt inn hjelpetiltak som psyk dagsenter som hun har plass på en dag i uken, og hjemmebesøk fra psykiatriskhjemmebehandlingsteam. Det har vært prøvd dagsenter for eldre, eldre kafe, opphold på rehabiliteringsavdeling i kommunen, og innleggelse på DPS samt alderspsykiatrisk avd. Men angstproblematikken er vanskelig å håndtere. Familien er en enorm støtte, og hun lener seg mye til dem. Her

kan vi i grunn se et rollebytte. Hun har også siste tiden blitt mer avvisende til hjelpetiltak, og begrunner dette med sin skrantende helse.

3.1 Besøket. Møtet mellom meg og kvinnen.

Jeg kommer på besøk til henne som sistemann før pauseavviklingen. Dette fordi hun har selv bedt om at hbo ikke kommer så tidlig på morgenen fordi hun har ofte problemer med å sovne på kveldstid, og er da tiltakende trett på morgenen. Hun er satt opp til dusj denne dagen, og bruker da å sitte i morgenkåpen å vente til hbo kommer og hjelper henne med dusj. Ellers i uken steller hun seg selv. Jeg kjører opp til huset og ser at kjøkkenlyset er tent. Klokken er 10.30. Jeg ringer på før jeg åpner døren og går inn. Hun sitter ved kjøkkenbordet i morgenkåpe, med en kaffekopp og ferdig spist frokost. Hun kjenner meg fra før, så jeg går bort og setter meg ned og hilser god morgen med et vennlig smil. Jeg ser at underkjeven hennes skjelver, og det klapper i tennene. Hun sier ikke god morgen, men starter å fortelle hvor forferdelig hun har det denne morgenen, og hvor full hun er av angst. Hun fortsetter videre at hun ikke har sovet noe særlig om natten, og at hun ikke føler hun greier å stå i dette lengre. Jeg svarer henne med å spørre om det er noe spesielt som utløste denne søvnløse natten? Hun svarer da at det vet hun ikke, og at det ofte er slike vansker med å sove. Jeg kjenner at jeg kommer inn på tiltakssiden, og spør om hun fortsatt tar innsovningstabletter. Hun svarer da ja, men at hun føler de ikke har noen effekt lengre. Hun fortsetter med å si at hun føler seg så alene på dagtid, og at dagene er intetsigende og triste. At hun føler at alle er på jobb, og så opptatte med sine egne liv. Hun sier alt var lettere og kjekkere før i gamle dager. Da var folk som oftest hjemme på dagtid, og var sosiale med hverandre. Jeg spør videre om hun har vært noe på det psykiatriske dagsenteret i det siste. Da svarer hun at hun ikke føler hun orker å dra dit pga at det varer i så mange timer, og at hun blir så fort sliten. Og at hun da er avhengig av at familien henter henne hjem før tiden. Jeg spør videre om hun ikke kunne tenke seg å prøve å innimellom dra på eldre kafeen i bygda, for å treffe litt kjentfolk. Men hun avviser dette på samme måte med at hun som oftest er plaget med hodepine, og at hun da ikke orker å prate med folk. I samme setning så spør hun hva hun kan gjøre for å få det bedre, om ikke vi kan komme på noe som kan hjelpe. Jeg snakker videre om hun har noe besøk av noen andre i familien ellers. Jeg vet at hun har stor søskenflokk, og at hun tidligere har sagt at hun aldri får besøk av noen av disse, at hun føler de er opptatt med sine egne liv. Hun forteller da at hun har

en søster som ringte tidligere i uken å ville komme på besøk, men at hun avlyste dette fordi hun følte hun ikke var så opplagt denne dagen, og orket ikke å stelle i stand kaffe.

Jeg kjenner denne kvinnen fra tidligere som en omsorgsfull kvinne, og som en kvinne som bryr seg om hvordan andre har det i livet sitt. Tidligere på besøkene mine hos henne har hun alltid brukt å spørre om hva jeg driver med for tiden, men ikke denne gangen. Jeg sitter nå med en følelse av at jeg ikke helt kjenner henne igjen slik hun bruker å være. Jeg føler jeg sitter igjen med en opplevelse av at jeg synes hun virker litt vanskelig og selvopptatt, og kjenner på at jeg føler meg avvist. Hun avviser alle hjelpetiltak som blir nevnt, og det virker som hun avviser besøk fra andre enn kjernefamilien.

4.0 Diskusjonsdel:

I problemstillingen min har jeg valgt å se på hvordan helsepersonell kan anvende personsentrert terapi i møte med eldre hjemmeboende mennesker som plages med livsforringende angstproblematikk. Så derfor tar jeg utgangspunkt i å se på hvordan det kunne vært om jeg møtte denne kvinnen denne dagen med utgangspunkt i personsentrert terapi. Jeg nevnte over at jeg følte at jeg umiddelbart kom inn på tiltakssiden når kvinnen uttrykte sitt ubehag. Derfor følte jeg kanskje også denne sterke avvisningen når hun ikke følte hun orket å prøve noen av det.

4.1 Ubetinget positiv forståelse og empati.

I følge personsentrert terapi skal ikke terapeuten sette noe krav eller mål, men igjennom å vise empati, ubetinget positiv forståelse, ekthet og kongruens åpne opp for at pas kan oppleve forståelse av sin situasjon og finne mening. (Haugsgjerd et al. 2009)

Ved at pasienten føler seg møtt og forstått kan man få til vekst og endring. Terapeuten skal ikke oppleves som moraliserende eller fremstå som ekspert. (Haugsgjerd et al. 2009)

Det er samtalen i seg selv som er det viktigste kliniske hjelpemiddelet, og gjennom samtalen kan vi felles lete etter forståelse og utforske livsproblemene.

Ved å innta en personsentrert tilnærming er det her viktig at jeg som terapeut lytter til hva kvinnen sier, og prøver å møte henne på dette.

Om jeg istedet for å møte hennes utsagn om ubehag ved å lete etter tiltak, hadde møtt henne med ubetinget positiv forståelse og empati, hadde hun kanskje opplevd å bli møtt og forstått på en helt annen måte. Mulig det kan oppleves moraliserende og demotiverende for pas og gang etter gang høre om tiltak som hun føler hun på det tidspunktet ikke makter å gjennomføre, dette vil da kunne virke mot sin hensikt. Her vil også muligens kvinnen oppleve meg som uekte ved at jeg ikke synes å forsøke å sette meg inn i hvordan hun opplever angsten, og relasjonen mellom meg og kvinnen kan bli svekket.

4.2 Å komme inntil den andre.

Å sette seg inn i subjektet sin livsverden er fremtredende i personsentrert terapi. Å søke å forstå hvordan pasienten opplever verden og sine omgivelser. Her kunne jeg som terapeut prøve å komme inntil den indre referanserammen til kvinnen. Sette meg inn i hennes livsverdenen her og nå. Reflektere over spørsmål som: Hvordan er det egentlig å være en 82 år gammel pensjonist enke som bor alene? Hvordan opplever hun denne livsepoen? Hvordan fremtrer dagens samfunn for denne kvinnen? Hvordan mestrer hun rollebyttene som naturlig har inntred i hennes liv? Hvordan ser den sosiale situasjonen hennes ut? Hvilke utfordringer gir livet nå? Hvilke utfordringer ligger i den daglige hverdagen? Hva er med på å gi henne glede?

Ved at jeg som terapeut lytter til hva kvinnen sier, kan jeg danne meg en forståelse av hva hun opplever, og ved å spørre istedet for å konstatere viser jeg at det er pasienten selv som vet best om sitt eget levde liv. Det er kvinnen selv som erfarer livet sitt og vet hvordan det er å leve i det. Som terapeut må jeg være tilstede i samtalen, å tørre å stå i det og komme nært det utrykte. På denne måten kan hun oppleve empati og forståelse på hva hun opplever. Som terapeut kunne jeg spurt henne om hvordan det oppleves å være mye alene i hverdagene? Er det noe spesielt hun tenker hun opplever som tungt og vanskelig? Hvordan er det når hun har besøk? Er det noe hun opplever som gir henne glede? Hvordan opplever hun å bli eldre?

I teorien fra Haugsgjerd et al. (2009) blir det lagt vekt på at terapeuten blir som en veileder i samtalen, og at gjennom samtalen kan og at terapeuten og klienten søke etter å utforske livsproblemene og finne en felles forståelse av disse. I en samtale mellom meg og kvinnen ville det ikke bli oppramsing av spørsmål slik som her i teksten og ellers i oppgaven. I en naturlig samtale vil det veksle mellom spm og svar, og jeg kan da bruke svarene hennes på å undre meg videre ved å stille nye spm. Om hun eksempelvis svarte at hun opplevde det utrygt å være mye alene i hverdagen, kunne jeg undret meg videre på dette hun sier med utryggheten. Og fulgt opp med åpne spørsmål som f. Eks: Hva legger du i å føle deg utrygg? Hvordan er det å kjenne seg utrygg i hverdagen? Hva gjør det med deg å gå å kjenne på denne utryggheten? Kan du fortelle mer om dette oppleves?

Mulig kan jeg kjenne meg igjen i noe av det hun sier hun opplever, og formidle dette tilbake til henne. Spørsmål som: En gang mannen min var på jobbreise, og jeg var alene hjemme, kjente jeg på en uro på kveldstid. Ligner dette på noe av det du kan kjenne på? På denne måten kan jeg som terapeut vise empati og forståelse ved å lete etter felles plattformer. Stillhet i samtalen vil også kunne inntreffe. Stillhet behøver ikke være negativt, men gi rom for ettertanke og refleksjon.

Teorien fra Haugsgjerd et al. (2009) beskriver at det er viktig at terapeuten skal forsøke å komme inntil den subjektive opplevelsen som klienten sitter inne med. Når jeg kom på besøket denne dagen, og hun møter meg med å fortelle hvor mye angst hun har, og at hun ikke tenker hun greier å stå i dette lengre. Kunne jeg her F. Eks spurt om hun kunne fortelle litt mer om denne angsten hun opplever, og hvordan det er å ha det slik. Hvordan kjennes denne angsten ut? Hva gjør den med kroppen? Når kommer angsten? Er det ulike tider på døgnet angsten kommer? Varierer den i styrke? Er det tider hun opplever lindring av angsten? Har hun kjent på følelsen av angst tidligere i livet? På samme måte som beskrevet tidligere kan jeg også her møte svaret hennes som utgangspunkt til videre undring. Om hun eksempelvis hadde svart at: Angsten kjennes ut som en tung stein i magen, kunne jeg her videre spurt om hva det gjør med henne å føle at hun har en tung stein i magen. Er det andre ganger hun kjenner på lignende følelser? Er det flere måter å beskrive angsten på? Er følelsen av angsten alltid lik?

Ifølge Engedal (2008) er det trolig slik at angst for mange en følgesvenn i livet. Dvs at mange eldre som får en angstdiagnose, har hatt denne lidelsen i mange år. Mulig kan hun ha kjent på angstfølelsen tidligere i livet, men at hun da hadde flere resurser å ta i bruk for å hankses med angsten? Mulig ble opplevelsen av angsten dempet av naturlig flere gjøremål i datidens travle hverdag?

Jeg kunne og spurt om hva hun legger i at hun ikke orker å stå i dette lengre, og hvilke opplevelser og følelser hun har rundt dette. I teorien fra Haugsgjerd et al. (2009) står det at man som terapeut skal innta en terapeutisk undring, og ikke være opptatt av å konkludere eller finne sannheter. Vi kunne undret oss sammen om hvordan hun opplever dette. På denne måten kunne jeg også her som terapeut vise empati og prøve å komme nært det kvinnen uttrykker. Her er det viktig at jeg som terapeut spør istedet for å konstatere, og vise forståelse ved å kommunisere tilbake. På denne måten blir også relasjonen likeverdig.

Ved å møte kvinnen på denne måten hadde hun kanskje følt seg sett og møtt, og at jeg tok henne på alvor og lyttet til hvordan hun hadde det. Det å være tilstede i samtalen å lytte til det hun forteller, viser også empati og er med på å gjøre relasjonen trygg.

Videre kunne jeg bekrefte henne på at det må være tungt å gå å kjenne på slik angst. Og om mulig kunne jeg dra paralleller til en gang jeg kjente på noe som var vanskelig en gang, og om dette lignet på noe av det hun kjente på nå. Som terapeut må jeg også være bevisst på å ikke belaste den andre med u håndterlige følelser som ikke er knytt til relasjonen. På denne måten kunne jeg som terapeut vist ekthet. Gjennom at kvinnen føler seg møtt og forstått kan dette åpne opp for at kvinnen kan oppleve selvaktualisering gjennom å finne forståelse av sin situasjon og skape mening. Slik kan man hjelpe kvinnen til å ta egne valg og ha innsikt i seg selv og andre.

4.3 Ekthet og kongruens.

Jeg nevnte ovenfor at jeg kjente meg avvist når jeg følte hun ikke ville prøve noen av tiltakene jeg la frem for henne, og at hun samtidig ber om råd for å kunne føle seg bedre. For å ikke være i ekspertposisjon, men legge til rette for at pas skal kunne finne mening og ta valg selv, kunne jeg møtt henne utsagn med nye spm. Når hun ber om råd for å kunne få det bedre, kunne jeg spurt henne: Om jeg skulle gi deg et råd, hva tror du det ville være. På denne måten legger jeg til rette for at kvinnen kan bli bevisst sine egne tanker og finne mening og ta valg selv.

Videre følte jeg hun virket litt vanskelig og selvopptatt når hun avviser besøk fra søsteren sin, mens hun tidligere har sagt at hun aldri får besøk av søsknene sine og at de er så opptatt med sine egne liv. Det er beskrevet i Haugsgjerd et al. (2009) viktige element i det terapeutiske samarbeidet. At terapeuten i personsentrert terapi fremstår som ekte og kongruent, og at pasienten ikke opplever at hun er belastende for terapeuten. Jeg som terapeut skal ikke vise at jeg opplever pasienten som egoistisk eller selvopptatt, jeg trenger ikke være enig med pasienten, men søke å finne felles plattformer for å skape en opplevd forståelse hos kvinnen. Som terapeut er det viktig at jeg fremstår som ekte og kongruent, ved at følelsene mine stemmer overens med handlingene mine. På denne måten blir også

relasjonen likeverdig. Om pasienten får inntrykk til at jeg som terapeut ikke viser meg som ekte vil det kunne medføre en mistillit og relasjonen mellom oss svekkes.

Jeg kunne her som terapeut istedet forsøke å reflektere litt rundt det kvinnen sa om at hun avlyste besøket fordi hun ikke var opplagt til å stelle i stand kaffe. Mulig lå her mer bak dette enn det jeg først antok. Denne generasjonens kvinner var opplært til å varte opp besøket sitt. Huset skulle være presentabelt til enhver tid, og gjerne tine opp hjemmelagde bake varer fra fryseren. Om jeg som terapeut hadde vært opptatt av å forsøke å sette meg inn i kvinnens nåværende hverdag, og at hun muligens ser på det som et slags nederlag at hun ikke greier å ta imot besøk på samme måten som tidligere, kunne jeg kanskje sett på denne situasjonen annerledes enn jeg først tenkte. Her kunne jeg forsøke å få frem opplevelsene til kvinnen knytt til dette at hun ikke orket å ta imot besøk. Stilt spørsmål som: Hvordan var det for deg å si at du ikke orket å ta imot besøk av søsteren din? Hvem var det av søstrene som ringte? Kommer hun ofte på besøk? Hva gjør dere på når dere treffes? Hvordan oppleves det å få besøk av henne? Hva snakker dere om?

4.4 Kvinnens Livsverden.

I teorien fra Haugsgjerd et al. (2009) om humanismen ser vi ikke på kvinnens psykiske lidelse som sykdom, men som et livsproblem. Her kan man stille spm der hun kan sette ord på hvordan hun har det, og hvordan hun opplever sin livssituasjon nå. Hva hun fyller dagene sine med, og hva hun opplever som gir glede i hverdagen., og hva hun opplever som utfordrende. Ut ifra teorien fra Engedal (2008) og Birkeland og Flovik (2016), så ser vi at det er flere ting som endrer seg ved økende alder og sviktende helse. Her ser vi og at identitet, eksistens, tapsopplevelser og rollebytte er noen sentrale tema. I fortellingen om kvinnen over så kan vi og knytte disse elementene til historien. Hun har gjennomgått flere tapsopplevelser opp igjennom. Hun er pensjonist, noe som igjen gjør at hun ikke bidrar med noe lenger i arbeidslivet, dagene kan bli lange og intetsigende. Hun er gjenlevende part fra et ekteskap, som gjør at hun er mye alene i hverdagen. Flere av hennes venner og jamnaldrede er gått bort. Hun har fått rundt seg å identifisere seg med, å kunne snakke om ting slik de var tidligere i livet. Få som kan kjenne seg igjen i det å leve i en tidligere generasjonsalder. Alt dette kan være med på å rokke ved identitetsopplevelsen hennes. Eksistensielle spørsmål kan dukke for kvinnen. Spm som: Hvem er jeg nå? Jeg har ingen som er lik meg rundt meg lengre. Er jeg en byrde for dem rundt meg? Ingen trenger meg lengre. Jeg har ingenting å tilføre lengre til de som er rundt meg.

Et rollebytte har inntruffet, der hun nå istedet for å yte hjelp til familien rundt seg, nå heller er avhengig av hjelp selv. Samfunnet har endret seg rundt henne, og det er ikke like lett for henne å henge med i disse endringene, mye av kontakten med andre går nå over sosiale medier. Kvinnens sviktende helse er og med på å begrense henne i hverdagen. Det er ikke sikkert kvinnen har greid å tilpasse seg alderdommen og endringene det medfører, og akseptert dette og klarer å finne glede i denne livsfasen.

Alle disse opplevelsene er med på å påvirke selvet til kvinnen, og opplevelser som ikke passer inn med selvet kan bli en trussel mot det. Dette kan igjen føre til et rigid selv, der hun blir lite aksepterende mot egne og andres feil. Ved å møte kvinnen med empati, ubetinget positiv forståelse, ekthet og kongruens kan jeg som terapeut være med på å åpne opp for at kvinnen kan få et mer aksepterende selv.

4.5 Relasjonen mellom terapeut og klient.

I teorien fra Haugsgjerd et al. (2009) om humanistisk psykoterapi er det lagt vekt på likeverd i relasjonen mellom terapeut og klient. Her er det viktig at jeg som terapeut ikke inntar ekspertrollen, men heller blir som en veileder i terapiprosessen. Jeg som terapeut skal ikke være ute etter å finne sannheter, men å være i en undrende posisjon. Jeg som terapeut skal ikke legge føringer på hva samtalene skal gå ut på, men kan veilede pasienten inn på aktuelle tema som kan være hensiktsmessig å jobbe med, men jeg som terapeut må være bevisst på at det er klienten selv som må få bestemme, og at jeg må respektere dette. Det er viktig at jeg tenker over å snakke med kvinnen, og ikke til henne. Ved at jeg er lyttende, bekreftende og forståelsesfull kan jeg henvende meg til refleksjonssiden til kvinnen, og stimulere den. Her kan man stille åpne og utforskende spørsmål.

I denne relasjonen mellom oss der kvinnen er en eldre dame og terapeuten en yngre kvinne, er det viktig å beholde likeverdet og ikke skape ubalanse i relasjonen. Fra gammelt av er det satt at man skal ha respekt for og rådføre seg med de eldre. Denne kvinnen kan mulig synes det er vanskelig å være sårbar over en som er så mye yngre, her er det viktig å lete etter felles følelser tross ulik alder og liv. Dette vil igjen være med på å skape en nærere relasjon og sterkere likeverd som igjen kan føre til vekst.

4.6 Hjemmet.

Hun nevner at hun er redd for at hun snart ikke mestrer å bo hjemme lengre. Dette kan være vanskelig for henne å håndtere. Hun har identiteten sin knytt til huset, og mesteparten av livet hennes er i husets vegger. I følge Birkeland og Flovik (2016) er ofte hjemmet til eldre personer gjerne knyttet til deres tidligere liv, og gjerne da også tidligere relasjoner. På denne måten blir hjemmet knytt til deres egen identitet. Birkeland og Flovik (2016) sier også noe om at hjemmet er noe som de eldre ser på som opprettholder uavhengighet. Når vi tenker på denne kvinnen som nå sier hun snart ikke mestrer å bo hjemme i sin egen bolig lengre, kan jeg søke å stille spm for å finne opplevelsen hennes kring dette, og hva dette gjør med henne. Ved å stille åpne spm kring dette kunne det kanskje bidra til at hun ble mer bevisst sine egne følelser og at dette kunne åpne opp for vekst.

Personsentrert terapi er en vedvarende her og nå prosess. Når kvinnen snakker om ting i fortiden er dette greit, men her kan jeg som terapeut trekke paralleller til her og nå. Når hun snakker om at alt var enklere og kjekkere før i gamle dager. At folk var mer opptatt av hverandre før, kan jeg stille spm som drar dette frem til å gjelde her og nå. Eks: Du sier det var bedre før, hva tenker du har endret seg til nå? På denne måten kan hun oppleve å bli møtt på det hun sier, og samtidig sette i gang refleksjoner rundt spørsmålet og hente følelsene tilbake til nåtid.

4.7 Resurser, vekstpotensial og selvaktualisering.

I teorien om personsentrert terapi fra Haugsgjerd et al. (2009) er ikke angst sett på som sykdom, men på et varsel på stagnasjon og manglende evne til å ta valg. I narrative over kan dette mulig sees på en slik måte at kvinnen ikke lever livet, men på en måte kun eksisterer i det. Ved at hun muligens ikke har akseptert endringene alderdommen bringer med seg, og ønsker å leve det livet hun i en tidligere fase var i, har hun muligens på et tidspunkt stagnert eller stoppet opp.

Det sentrale i personsentrert terapi er å frigjøre ressurser og vekstpotensial, og at klienten skal komme nærmere selvaktualisering. Pasienten skal kunne komme frem til løsninger og ta valg selv. Ved å møte kvinnen med empati, ubetinget positiv forståelse, ekthet og kongruens er målet at kvinnen kan finne/ skape mening, helhet og autensitet. Ved at terapeuten tør å stå idet, stille spm å finne felles plattformer er dette med på å gi vekst og

åpne opp for endring. Kvinnen skal da kunne komme frem til løsninger og ta valg selv. Dermed vil kvinnen kunne utnytte iboende ressurser som kan hjelpe henne til å mestre dagliglivet og styrke hennes evne til å ta valg.

5.0 Konklusjon:

Målet med oppgaven var å finne ut hvordan helsepersonell kan anvende personsentrert perspektiv i møte med eldre hjemmeboende som sliter med livsforringende angstproblematikk. Ved å bruke de sentrale grunntankene i personsentrert terapi har jeg i oppgaven diskutert hvordan det kunne sett ut om jeg hadde møtt kvinnen i narrative denne dagen med utgangspunkt i personsentrert terapi. Det er vanskelig å her konkludere med noe for min del, siden diskusjonen baserer seg på om jeg hadde møtt henne med personsentrert terapi som utgangspunkt. Men jeg har gjort meg opp flere tanker ut ifra på diskusjonen basert på teorien jeg har brukt.

Siden personsentrert terapi er fri for teknikk, ikke bygger på diagnoser og passer for alle, er dette en fin måte å møte denne gruppen mennesker på. For helsepersonell i hjemmetjenesten kan det ofte være utfordrende at man kjemper mot klokken, og at besøket kan bli kortere enn ønsket. Mulig kan personsentrert terapi ved at man møter den andre med empati, ubetinget positiv forståelse, ekthet og kongruens, her være med på at den andre føler seg møtt og forstått. Dermed kan pasienten sitte igjen med en positiv opplevelse, og muligens lindre ubehag som følge av angst. Dette til tross for at besøket var kortvarig. Man kan også lettere skape en trygg relasjon mellom terapeut og pasient, som igjen kan bidra til en følelse av trygghet hos pasienten under besøket. Ved at man som terapeut forsøker å sette seg inn i pasientens livsverden kan man ofte se ting på en annen måte, og lettere kunne forstå pasientens opplevelser av ting. På denne måten kan man som terapeut lettere hjelpe pasienten til selvhjelp.

Det som kan være litt utfordrende med personsentrert terapi er at det kan være vanskelig å måle effekten av bruken av det, og ofte er det en tidkrevende metode som kan gå over lang tid. Det er heller ikke sikkert det alltid er nok å kun bruke personsentrert tilnærming. Men ut ifra det som jeg har reflektert over under diskusjonen, tror jeg personlig personsentrert tilnærming kan være en fin tilnæringsmåte for eldre hjemmeboende som sliter med

livsforringende angstproblematikk. Det å bli sett og møtt som subjekt og ikke et objekt er nok viktig for alle mennesker uansett hva de strever med.

Jeg synes det var vanskelig å finne relevant forskning opp mot det problemstillingen min omhandlet. Derfor blir det også her vanskelig å komme med noe konklusjon direkte til problemstillingen.

Kritikk til min egen oppgave: siden jeg ikke klarte å finne noe relevant forskning på det aktuelle temaet som går på personsentrert tilnærming til eldre hjemmeboende som sliter med livsforringende angstproblematikk, får jeg heller ikke sett på positive/ negative aspekter knytt til forskning rundt dette. Jeg får heller ikke styrket oppgaven min ved å vise til forsket effekt på temaet.

Det at jeg ikke fikk utprøvd å møte kvinnen igjen med utgangspunkt å møte henne med personsentrert tilnærming, gjør at det blir kun basert på hvordan det kunne sett ut om jeg hadde gjort det. Det blir da diskusjoner basert på synsing på hvordan hun hadde reagert og svart i samtalene. Om jeg hadde et eget besøk nr 2 å vise til der jeg bevisst brukte personsentrert tilnærming, kunne dette styrket diskusjonen og konklusjonen min i oppgaven.

Jeg skulle ønske det var mer forskning på dette ang å møte hjemmeboende eldre med livsforringende angstproblematikk med utgangspunkt i personsentrert terapi. Jeg synes det hadde vert et viktig tema og forsket videre på.

Referanseliste

Berge, Torkil og Arne Repål. 2017. *Den indre samtalen*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Birkeland, Arvid og Anne Marie Flovik. 2016. *Sykepleie i hjemmet, 2 utg. Cappelen Damm Akademisk*.

Bjørkly, Stål. 2016. *Humanistisk psykoterapi med hovedvekt på personsentrert tilnærming*. Forelesning tilknyttet videreutdanning i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Molde: 02.12.16

Brooker, Dawn. 2013. *Personsentrert DEMENSOMSORG veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Cooper, Mick, Maureen O'Hara, Peter F. Schmid og Arthur C. Bohart. 2013. *The Handbook of Person-Centered Psychotherapy & Counselling*. Second Edition. Palgrave Macmillan.

Engedal, Knut. 2008. *Lærebok Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse*, 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kim, Sun Kyung, Myonghwa Park. 2017 "Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis" Vol 2017:12 pp 381-397.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S117637>

Schibbye, A.L. 2002. *En dialektisk relasjonsforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vetlesen, A.J. og Stänicke, E. 1999. *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.