



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Å møte ett menneske i en annen virkelighetsforståelse**

Hanne Igland

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 19.04.18



## 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 plagiatkontrollert 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: 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.

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: 05.04.18

**Antall ord: 8207**

## **Forord**

**«Så vondt at det ikke var til å bære,  
men heller ikke til å flykte fra,  
sprang språket og tanken lekk,  
og det evige strømmet inn i øyeblikket».  
(Strand 2009)**

## **Sammendrag**

Denne oppgaven er skrevet på bakgrunn av min arbeidspraksis i møte med mennesker som opplever psykotiske episoder. Jeg ønsker å belyse hvordan miljøterapeut ved hjelp av personsentrert tilnærming, kan møte mennesker med schizofreni. Ved hjelp av valgt psykoterapeutisk perspektiv, relevant teori og beskrivelse av et møte med en bruker, vil oppgaven prøve å belyse hva som skal til for å danne den gode relasjonen til bruker og hvordan miljøterapeut kan bidra til at bruker oppnår selvaktualisering og vekst.

I teoridelen presenteres Carl Rogers personsentrerte tilnærming med en kort innføring av relevante begreper hentet fra denne. Teorien vil forklarer hva schizofreni er og hvordan miljøterapeut kan danne en god relasjon til bruker. Gjennom artikkelsøk i flere databaser fant jeg to artikler som er aktuell for oppgavens tema og problemstilling. Disse vil i korte trekk blir presentert i teorien, og senere nevnt i diskusjonsdelen.

I diskusjonsdelen ønsker jeg å belyse hvordan man kan bruke personsentrert tilnærming i praksis, og forsøke å knytte den valgte psykoterapeutiske tilnærmingen opp mot narrativet og teorien. Jeg forsøker å svare på oppgavens problemstilling ved hjelp av diskusjon rundt oppgavens tema.

Oppgaven avsluttes med en konklusjon som forsøker å få frem de viktigste funnene fra skriveprosessen. Her presenteres også forslag til videre forskning på området.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	3
1.2	Litteratursøk .....	4
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>5</b>
2.1	Schizofreni.....	5
2.2	Personsentrert tilnærming.....	7
2.3	Relasjonsbygging mellom terapeut og bruker .....	9
2.4	En personsentrert tilnærming til mennesker med schizofreni .....	10
<b>3.0</b>	<b>Empiri</b> .....	<b>12</b>
3.1	Fortellingen om Johanne .....	12
3.1.1	Utdrag fra et møte med Johanne .....	13
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>15</b>
4.1	Hvordan bygge den gode relasjonen?.....	15
4.2	Hvordan kan miljøterapeut bidra til at pasienten oppnår selvaktualisering og vekst? 18	
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>24</b>
	<b>Referanser</b> .....	<b>26</b>

## 1.0 Introduksjon

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på personsentrert tilnærming der hovedmotivet er selvaktualisering, gjennom å finne og skape mening. Dette forutsetter vilje og evne til å gjøre valg. Uten valg kommer stagnasjon og angst. I personsentrert tilnærming tenker man at mennesket har vekstpotensial, og at vekstpotensialet frigjøres gjennom at terapeuten viser empati, ubetinget positiv forståelse og ekthet/kongruens (Bjørkly 2016).

Jeg arbeider som sykepleier på et døgnbemannet bofellesskap for mennesker med ulike problemstillinger innenfor psykiatri og rus. Vi har brukere som blir boende i mange år, mennesker som kommer inn for korttidsopphold og øyeblikkelig hjelp tilbud til de som trenger akutt plass for en kortere periode. Jeg er relativt ny i faget, men har i løpet av det siste året blitt kjent med mange mennesker med ulike psykiatriske diagnoser. Mange av dem er mennesker med psykoselidelser, hovedsakelig schizofreni.

Men hva er egentlig en psykose, og hva kan hjelpe mennesker som er psykotiske? Dette er et spørsmål jeg har stilt meg selv mange ganger. Jeg forstod først hva det dreide seg om da jeg leste Immanuel Kant sin definisjon på psykose, nemlig: drøm i våken tilstand. Alt kan skje. Hendelser, egen identitet, personer, tid og rom er ikke bundet av det faste, det logiske, men blir flyktige og foranderlige. I drømmen er hendelsene ute av kontroll (Strand 2009).

Jeg har inntrykk av at mange som jobber med psykoseproblematikk, opplever uenigheter i arbeidsmiljøet ifht. hvordan man skal møte mennesker i psykose. Jeg kan tenke meg at psykose er en tilstand mange kan føle seg usikker på hvordan de skal møte og på best mulig måte hjelpe. Ifølge personsentrert tilnærming skal man møte mennesker med empati, ubetinget positiv forståelse og ekthet/kongruens. Det er brukeren som bestemmer tema for samtalen, og alle tema er lov å prate om. I personsentrert tilnærming tenker man at mennesket har vekstpotensial og vil finne frem til løsningene selv (Bjørkly 2016).

Jeg har opplevd at noen mener man ikke skal gå inn i psykosene til brukerne, da dette vil ha negativ effekt på psykosene og forverre symptomene. Dette strider mot det jeg har lært på videreutdanningen om hvordan møte psykotiske mennesker og jeg har enda ikke



opplevd at det å prate med brukeren om opplevelsene og følelsene i psykotiske øyeblikk, har hatt negativ effekt på vedkommende. Snarere tvert imot. Jeg kan tenke meg at slike dilemma er noe flere kan kjenne seg igjen i, i møte med psykisk syke mennesker. Likevel kan arbeidsmiljøet påvirke oss slik at vi ikke møter den andre på en måte man egentlig tenker er riktig.

Som sykepleier er jeg opptatt av å se mennesket bak diagnosen. Jeg ønsker så inderlig å kunne hjelpe menneskene jeg møter i min arbeidshverdag, og prøver å finne frem en ydmykhet i meg selv som gjør at jeg i det minste kan prøve å forstå hvordan brukeren har det og opplever psykosene. Jeg ønsker å finne ut av hva som er vanskelig for vedkommende her og nå. Jeg prøver å bruke tid på å forstå hva som kommer til uttrykk i det brukeren sier for å kunne være til hjelp. I personsentrert tilnærming er man ikke opptatt av diagnose. Det er en tilnærming som er fri for teknikk, og terapeuten vil være mer en guide eller veileder gjennom samtalen. Man stiller spørsmål for å åpne opp og få tak i følelsene og opplevelsene til den andre (Bjørkly 2016).

## 1.1 Problemstilling

«Hvordan kan miljøterapeut ved hjelp av personsentrert tilnærming møte mennesker med schizofreni?»

### **Delproblemstillinger:**

Hva skal til for å danne en god relasjon til brukeren?

Hvordan kan miljøterapeut bidra til at brukeren oppnår selvaktualisering og vekst?

I denne oppgaven er miljøterapeut regnet som personale med bachelor innen helse og/eller sosialfag, med eller uten videreutdanning.

Situasjonen som blir beskrevet senere i oppgaven tar plass på et kommunalt bofellesskap med døgnbemanning. I denne oppgaven blir begrepet «bruker» brukt, til tross for at jeg kjenner til at Rogers ville brukt klient. Dette fordi det er «bruker» som blir brukt i konteksten narrativet er hentet fra.

## 1.2 Litteratursøk

Bøkene som er brukt til å innhente relevant teori til oppgaven, er pensumlitteratur fra videreutdanningen og tiden min som student på sykepleien. Jeg har også funnet andre relevante bøker som er lånt fra biblioteket på høyskolen.

Før jeg startet med artikkelsøk, skrev jeg ned relevante søkeord for oppgavens problemstilling og tema. Jeg brukte følgende søkeord: «carl rogers», «personsentrert tilnærming/person centered care/client centered care», «schizofreni/schizophrenia», «psykose/psychosis», «humanitstisk/humanistic» og «approach/approaches». Jeg kombinerte disse i databasene OVID, pubmed og helsebiblioteket. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for å søke etter artikler fra 2008-2018, for å sørge for at artiklene var mest mulig oppdatert.

I OVID fikk jeg treff på en relevant artikkel «helpful factors and outcomes in person-centered therapy with clients who experience psychotic processes: therapists' perspective». Denne var ikke tilgjengelig i fulltekst, men ved å google artikkelens tittel fant jeg den i fulltekst gjennom en annen link. Da søkene ga lite relevante funn, bestemte jeg meg for å undersøke om det var artikler publisert tidligere som kunne være aktuell for denne oppgaven. Jeg bestemte meg da for å søke etter artikler publisert fra 2005. I OVID fikk jeg opp artikkelen «A person-centered approach to schizophrenia». Denne var heller ikke tilgjengelig i fulltekst. Brukte også her samme metode som nevnt over for å finne artikkelen i sin helhet.

## 2.0 Teori

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å forklare hva schizofreni er og presentere Carl Roger's personsentrerte tilnærming. Videre vil jeg beskrive viktigheten av relasjonsbygging mellom terapeut og bruker og hvordan denne kan oppnås. To artikler presenteres i korte trekk. Artikkene tar for seg hvordan den psykoterapeutiske tilnærmingen kan brukes i praksis og hva som trekkes frem som viktig og effektivt i behandling.

### 2.1 Schizofreni

Psykososer er ikke veldig utbredte lidelser, men kan forårsake stor personlig lidelse for den som rammes. Det er likevel mulig å leve et godt og meningsfylt liv.

Opp mot fire prosent av befolkningen rammes av psykososer en eller annen gang i løpet av livet. Vi snakker gjerne om psykotiske episoder, fordi de fleste psykososer varer i en begrenset periode. Gjennom behandling kan bedring skje relativt raskt. Psykososer har en tendens til å vende tilbake, og man vil være mer sårbar for nye psykotiske episoder om man tidligere har opplevd dette. Forebygging av tilbakefall er derfor en viktig del av helsehjelpen til disse menneskene (Norsk psykologforening).

Selv om vi aldri fullt ut kan forstå hva en psykose er, kan vi ved hjelp av teorien og samarbeidet med psykotiske mennesker få en stadig mer utdypet innsikt i hva psykosen som menneskelig fenomen er. Hvorfor noen opplever å bli psykotiske en eller flere ganger i løpet av livet, er et spørsmål som det ikke kan gis noe enkelt og entydig svar på, og mange mener det overhodet ikke kan besvares (Strand 2009).

Det psykiske jordskjelvet en psykose er, vil av den enkelte oppleves som virkeligheten. De tenker ikke at det de opplever er en indre fantasiverden. Denne mangelen på realitetstesting er et av de viktigste kjennetegnene på psykose. Den sosiale fungeringen og atferden endres, noe som kan skape en stor avstand til andre mennesker. Omgivelsene kan oppleve atferden til det psykotiske mennesket som besynderlig og uforståelig, noe som kan føre til usikkerhet og utestengning. Dette har en tendens til å øke det psykotiske mennesket sin opplevelse av ensomhet og symptom som hallusinasjoner og vrangforestillinger øker (Strand 2009).

Schizofreni diagnosen stilles der personen lider av omfattende og typiske forandringer i virkelighetsoppfatning og tenkning. Personen har ofte sterk tendens til tilbaketrekning fra kontakt, er passiv og har eventuelt vanskelig forståelige følelsesuttrykk.

Vrangforestillinger og hallusinasjoner er de aller mest karakteristiske symptomene. Autisme (det vil si tilbaketrekning fra kontakt), initiativløshet, følelsesflathet og tanketomhet regnes også med som sentrale trekk ved mange former for schizofreni (Haugsgjerd m.fl. 2009).

Paranoia, «på siden av fornuften», eller vrangforestillinger innebærer at personen har et tankeinnhold eller en oppfatning av virkeligheten som avviker fra det omgivelsene synes er rimelig med tanke på de observerbare data, kulturelle forestillinger, psykologisk utviklingsnivå og omstendighetene for øvrig. Forestillingen må også være umulig eller vanskelig å påvirke (Cullberg 2009). Vrangforestillingene kan oppleves som bisarre for de rundt, men vil ha en mening for den enkelte og vil kunne antyde hva som er sentralt i det vedkommende sliter med. (Strand 2009). Vrangforestillingene ved schizofreni er gjerne av fantastisk eller bisarr karakter, usammenhengende tale, tenkning av svært privat magisk-symbolisk type og følelser av å bli styrt og kontrollert – gjerne av uidentifiserbare eller fantastiske instanser (Haugsgjerd m.fl. 2009).

Hallusinasjoner er sanseopplevelser uten tilsvarende ytre stimulus. Alle sansene, det vil si hørsel, syn, lukt, smak og følelse, kan oppleves hallusinatorisk. Hørselshallusinasjoner er de vanligste ved funksjonelle psykoser, deretter kommer hallusinasjoner for lukt, smak og følelse. Synshallusinasjoner indikerer oftere organisk hjerneskade eller påvirkning av kjemiske stoff. Mange mennesker kan høre stemmer eller lyder som ikke objektivt tilsvarer noe i omgivelsene. Det er ikke dermed sagt at de er psykotiske så lenge deres virkelighetsoppfatning er intakt, og den det gjelder, vet at stemmene ikke kommer fra noen andre (Cullberg 2009). Ved schizofreni er hørselshallusinasjoner der tanker eller handlinger blir kommentert, kritisert, diskutert eller karikert er vanlig (Haugsgjerd m.fl. 2009).

## 2.2 Personsentrert tilnærming

Grunnleggeren av personsentrert tilnærming er Carl Rogers (1902-1987). I personsentrert tilnærming skal terapeuten ha oppmerksomheten innrettet mot brukeren, og bevisst avspeile og reflektere brukerens måte å være og resonnerer på. På denne måten blir brukeren bevisst sine egne ubevisste følelser og motiver, opptredenen sin både verbalt og nonverbalt (Haugsgjerd et al. 2009).

I personsentrert tilnærming tenker man at mennesket er rasjonelt. Det vil si at mennesket er bevisst seg selv og andre. Hovedmotivet er selvaktualisering gjennom å finne og skape mening. Dette forutsetter at brukeren har vilje og evne til å gjøre valg. Uten valg kommer stagnasjon og angst. Angst vil være et varselsignal og en endringsressurs. Terapeuten må da endre hvordan han har gått frem for å prate med brukeren. Personsentrert tilnærming er fri for teknikk, men terapeuten stiller åpne spørsmål for å få tak i følelsene og opplevelsene til den andre (Bjørkly 2016).

I det terapeutiske aspektet peker Rogers på noen sentrale punkt:

### **Empati**

Empati er en aktiv, vedvarende her-og-nå prosess (Bjørkly 2016). Rogers forklarer empati hos terapeuten som at terapeuten skal kunne oppleve den andres fortvilelse og smerte, og samtidig stå utenfor intensiteten og styrken i følelsene. For at terapeuten skal kunne være en støtte for den andre, må han kunne være herre over følelsene. Rogers påpeker at en god terapeut både opplever og gjenkjenner brukerens følelser, og samtidig viser mulighetene til å komme videre. Terapeuten gir brukeren et bilde av hvordan vedkommende fremstår og slik han har mulighet til å bli (Haugsgjerd et al. 2009). Terapeuten må kunne korrigere seg selv i samtale med brukeren og det er viktig at man ikke møter brukeren i en observasjonsposisjon (Bjørkly 2016).

### **Bevissthet om følelser**

I en terapiprosess vil brukeren oppleve en følelse av befrielse ved å endelig tørre å oppleve sin egen situasjon. Dette fordi brukeren selv har uttrykt den og klarer å se situasjonen eller forstå opplevelsen, og terapeuten har gjengitt denne i en klarere utgave. Gjennom bekreftelse fra terapeuten, vil brukeren få hjelp til å se og oppfatte det han er i dag.

Terapeuten gir tilbake det brukeren har sagt, men på en tydeligere måte og med et mer bevisst bilde av følelser. Brukeren tørr å se og erkjenne det han tidligere ikke har villet vedkjenne seg (Haugsgjerd et al. 2009).

### **Ekthet**

Terapeuten må være åpen for alle følelser i seg selv som angår brukers situasjon. Man må kunne vise alle følelser som har med brukeren å gjøre, slik de virkelig er. Når terapeuten reagerer på følelser som egoisme eller selvoppgittethet hos brukeren for eksempel, må terapeuten kunne uttrykke dette. Om dette ikke blir tilfelle, vil brukeren kunne oppleve en mangel på ekthet i forholdet. Brukeren vil kunne oppleve at dette er en usikkerhet og en faktor som forstyrrer tilliten til terapeuten. Det er viktig at terapeuten er trygg i sin oppgave og posisjon. Man må ha en erkjennelse av og bevissthet rundt egne personlige historier, verdier og interesser, begrensninger i rasjonalitet, persepsjon og kunnskap. Terapeuten må akseptere brukeren og oppleve varm interesse for vedkommende slik at brukeren får en følelse av at terapeuten lever med i hans situasjon (Haugsgjerd et al. 2009).

### **Kongruens**

Om terapeuten skal kunne fremstå kongruent, må det være samsvar mellom det han sier og det han gjør i forhold til andre mennesker. Terapeuten vil kunne oppleve en menneskelig vekst om han har en høy grad av kongruens. Han lærer seg selv å kjenne og øver seg i å se seg selv og andre mennesker. Kongruens innebærer også at terapeuten kan gi uttrykk for egne følelser og ta imot andres følelser. Når det blir skapt en trygg og aksepterende atmosfære i den terapeutiske relasjonen, legges det til rette for en modningsprosess for brukeren ved at han lærer det samme som terapeuten (Haugsgjerd et al. 2009).

Empati, ekthet, kongruens og bevissthet om følelser skaper et hele. Gjennom terapiprosessen skapes det hele jevnt og sikkert når brukeren opplever en vekst og utvikling. Brukeren klarer å kvitte seg med følelser av tristhet, tilbakeholdenhet og isolasjon gjennom prosessen. Han vil oppleve mindre forsvarsholdninger og mindre psykisk og fysisk smerte og spenning. Når man bringer frem følelser og opplevelser knyttet til meningen med livet skapes selve meningen i livet. Terapeut og bruker møtes som likeverdige i terapiprosessen. I terapiretningen fokuseres selvinnsikt fremfor

sykdomsinnsikt. På en varm og omsorgsfull måte kan terapeuten dirigere med aktiv påpekning av livsområder som brukeren kan arbeide med. Valget blir overlatt til brukeren, og valget skal aksepteres av terapeuten selv om han er uenig (Haugsgjerd et al. 2009).

### **2.3 Relasjonsbygging mellom terapeut og bruker**

Relasjonen kan forstås som stedet for det etiske og terapeutiske, hvor det som virker og skaper endring, får liv. Når mennesker søker hjelp for sine psykiske problemer, vil dette som oftest innebære at vedkommende etablerer en eller flere relasjoner med hjelpeapparatet. Denne relasjonen blir en ny og kanskje betydningsfull kontekst for den det gjelder. Fagpersonen trer inn og blir en del av livssammenhengen til vedkommende (Bøe og Thomassen 2007). Ifølge Bøe og Thomassen (2007), kan betydningsfulle relasjoner vise seg å være virksomme når det gjelder å skape bedring. Alle som arbeider med psykoterapeutisk behandling, forteller om viktigheten av å danne en god allianse og en god terapeutisk relasjon (Kåver 2012).

Gjennom empati, bevissthet om følelse, ekthet og kongruens, kan terapeuten skape den gode og viktige relasjonen til brukeren. Empati er en aktiv, vedvarende her-og-nå prosess. Hvem er denne brukeren terapeuten sitter ovenfor? Terapeuten bør stille spørsmål for å leite og være nysgjerrig, og spørre fremfor å konstatere. Vi må prøve å komme så nært den andre som mulig og finne ut hva selvaktualiseringen hos den andre er. Et eksempel på dette er å finne ut hvilke følelser som er tilstede når den andre snakker om å være misfornøyd med seg selv. Man kan bekrefte personen ved å si «mhm» for å vise at man er interessert og forstår det den andre sier. Om terapeuten får problemer i samtalen og ikke klarer å være empatisk, bør man stille flere spørsmål for å forstå. Vi skal ikke gi råd da den andre er selvkorrigerende (Bjørkly 2016).

I samtale med brukeren skal terapeuten tillate negative sider og følelser. Terapeuten setter ikke begrensninger og legger ikke føringer for tema og uttrykksmåte. Man skal ha en nær, aksepterende, ikke-invaderende kommunikasjon (Bjørkly 2016).

Likeverdige relasjoner er den viktigste vekst-fremmende holdningen. Man skal for eksempel ikke avbryte brukeren når han snakker. Dette er viktig for å opprettholde likeverden. Terapeuten skal være åpen om egne følelser som kommer i samtalen. Det er viktig at det er samsvar mellom det en opplever og det en formidler tilbake. Ærlighet er et



viktig stikkord i personsentrert tilnærming. Terapeuten kan gjerne bruke seg selv for å forstå den andre (Bjørkly 2016).

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser er ofte fastlåste i sine oppfatninger av sin situasjon, noe som kan medføre at relasjonen med andre også blir fastlåst. Ifølge Schibbye i Vatne (2006), hevder filosofen Hegen at anerkjennelse kan løse opp fastlåste væremønstre. Brukere trekker frem omgivelser hvor de kan uttrykke psykotiske opplevelser som viktige for å kunne bli fortrolig og etter hvert få innsikt i det psykotiske innholdet. Ifølge Vatne (2006) mener den norske psykologen Eva Axelsen at utfordringen er å forstå symptomene slik brukeren uttrykker dem i samhandlingen med andre. Bedring i pasientens tilstand skjer ved at terapeuten «går med symptomene». «Å gå med symptomene» er en motsatt tilnærming til det å korrigere eller stoppe dem, som vil innebære at en går mot det personen er opptatt av.

Behandlingsarbeidet er en prosess og målet er å skape maksimale betingelser for utvikling og vekst. Dette innebærer at dersom brukeren får størst mulig grad av frihet, vil det utvikle seg til et sosialt, uegoistisk og positivt individ. Rogers mener at mennesket vil fortsette i denne retningen om det ikke utsettes for en unødig og streng inngripen i utviklingsprosessen (Haugsgjerd et. al 2009).

## **2.4 En personsentrert tilnærming til mennesker med schizofreni**

Blarikom (2006) har som hovedmål i sin artikkel å vise en personsentrert tilnærming til mennesker med schizofreni. Artikkelen tar for seg forskning på området og konklusjonene av disse. Innledningsvis skriver forfatterne at personsentrert tilnærming har hatt lite fokus på mennesker med schizofreni, men at tilnærmingen kan hjelpe brukere med alvorlig psykisk lidelse til å gjenvinne et meningsfullt selv.

Traynor, Elliot og Cooper (2011) har gjennomført en kvalitativ studie som undersøker hva personer som praktiserer personsentrert tilnærming opplever som virksomt i deres arbeid med brukere som opplever psykotiske prosesser, og innvirkningen denne praksisen hadde på brukerne deres. Dybdeintervju ble brukt på 20 britiske personer som praktiserer denne tilnærmingen. Fokuset var på hvordan de arbeidet med brukere som opplevde psykotiske

prosesser, hva de opplevde som virksomt og hvordan de mente denne tilnærmingen hjalp brukerne deres.

Resultatene av undersøkelsen er satt opp i to tabeller, hvor den ene tabellen tar for seg oppnådde endringer i terapien og den andre virksomme faktorer i terapien. Deltakerne trakk frem at 58 tilfeller viser at det å bygge en relasjon til brukeren ved genuin interesse, dybde i relasjonen, ekthet og likeverd i relasjonen var virksomme faktorer i terapien. I 33 tilfeller var brukeren mer tilstede i realiteten, og det var forbedringer i forhold til de sosiale relasjonene.

## 3.0 Empiri

Jeg vil presentere et møte med «Johanne» som lider av Schizofreni. Enkelte faktaopplysninger i narrativet er endret for å sikre konfidensialitet. Det skrives kort om grensesetting og skjerming i narrativet, noe som ikke nevnes i teoridelen på grunn av oppgavens omfang.

### 3.1 Fortellingen om Johanne

Johanne er en dame i 60 årene som har bodd på et døgnbemannet bofellesskap de fem siste årene. Før det bodde hun hjemme med mannen, og levde greit med schizofreni diagnosen. Johanne har to døtre og fire barnebarn hun er veldig glad i, men kontakten med disse har blitt mindre det siste året. Døtrene er sliten og har innsett hvor syk moren er.

Johanne har gode perioder hvor hun fungerer greit i hverdagen. Hun gjør da oppvasken selv, lager seg mat og steller seg. Hun er også ute med støttekontakt og drar på besøk til venner og familie. De dårlige periodene varer ofte lenge. Personalet opplever da at Johanne regredierer på de fleste områder og trenger mye hjelp fra personalet. Når Johanne blir dårlig, kommer vrangforestillingene og synshallusinasjonene oftere frem. Personalet må da dekke til tv og legge vekk bilder, da hun ikke klarer å håndtere dette. Hun har også måttet flytte sengen inn på stuen, da hun ser ansikt på veggene på soverommet. Siste tiden har personalet måttet skjerme henne inne i leiligheten, da hun reagerer dårlig på stimuli fra fellesmiljøet.

Personalet opplever samarbeidet med Johanne som noe ambivalent. Hun kan til tider reagere med sinne og kommandere personalet til å gjøre ting for henne. Dette får hun tilbakemelding om at ikke er greit, da personalet er der for å hjelpe henne. Andre ganger har det vært vanskelig å få hun til å samarbeide om å ta medisinene sine. De ansatte på bofellesskapet må ofte gjøre personalbytte for å få samarbeidet med bruker til å fungere. Johanne sover ofte lite/ingenting på nettene i de dårlige periodene, og når hun sover er dette i lenestolen på stuen sin. Lite søvn øker de psykotiske symptomene hennes.

### 3.1.1 Utdrag fra et møte med Johanne

Jeg kommer inn i leiligheten til Johanne. Vi har på forhånd avtalt at hun skal ta kveldsmedisinene kl. 21, og at nattevaktene får hjelpe hun med kveldsstell kl. 23. Etter anbefaling fra fastlege skal hun ta kveldsmedisinene sine to timer før leggetid. Han ønsker at vi skal få hun inn i en normal døgnrytme.

Jeg: Hei Johanne. Hva gjør du på?

Hun ser på meg med et blikk jeg kjenner igjen fra tidligere. Hun har det ikke så lett nå. Jeg vet allerede nå at det kan bli problematisk å få hun til å ta medisinene. Dette «blikket» har Johanne når hun er psykotisk. Jeg lager til kveldsmedisinene på en skje og finner frem et glass med appelsinjuice. Det er slik Johanne ønsker å få medisinene.

Johanne: jeg skal ikke ha medisiner.

Jeg: vi gjorde en avtale på dette tidligere i dag. Det er viktig at du tar medisinene legen har forordnet, slik at du får det bedre.

Johanne: jeg har ikke tvangsvedtak på medisin og bestemmer selv om jeg vil ta de eller ikke.

Jeg: det er sant, men vi ønsker gjerne at du skal bli bedre og få en god natt søvn. Det trenger du og medisinene vil hjelpe deg med dette.

Hun snur hodet vekk fra meg og ser ut vinduet. Ansiktsuttrykket og kroppsspråket hun viser, forteller meg at hun på nåværende tidspunkt ikke kommer til å ta medisinene. Normalt sett ville jeg bare ha gått ut og ventet en stund før jeg hadde gått inn og prøvd på ny. Jeg ville eventuelt ha prøvd personalbytte. Dette hjelper ofte. Men denne dagen ønsket jeg å prate om det hun tenkte på og synes var vanskelig.

Jeg: jeg ser du har det vanskelig nå. Vil du fortelle meg hva du tenker på?

Johanne snur ansiktet mot meg igjen. Hun er stille og ser på meg med et intenst blikk. Så begynner hun å fortelle om tidligere hendelser i livet. Hun snakker om voldtekt og vold i nære relasjoner. Jeg er usikker på om dette er vrangforestillinger eller sanne historier. Jeg vet hun har hatt en tøff fortid, men kjenner ikke til alt i detalj. Jeg setter meg ned på en krakk foran henne og tar hun i hånden. Hun ser ned på hånden min, får tårer i øynene. Jeg ser tydelig at dette gjør noe med henne. Jeg møter henne på følelsene rundt dette. Sier jeg forstår at hun har vært gjennom mye tøft. Jeg trygger henne på at jeg er her for å hjelpe henne, og vil hennes beste. Etter en stund snur hun. Hun smiler og takker for at jeg er der. Vi prater om hekling og andre hverdagslige ting. Jeg tar opp medisinerbeholderen fra lommen og finner frem glasset med appelsinjuice. Hun tar medisinene.

## 4.0 Diskusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å finne ut hvordan miljøterapeut ved hjelp av personsentrert tilnærming kan møte mennesker med schizofreni. Jeg ville også undersøke hva som skal til for å danne den gode relasjonen til bruker og hvordan miljøterapeuten kan bidra til at brukeren oppnår selvaktualisering og vekst. Jeg vil knytte narrativet opp mot teorien og valgt psykotераapeutisk perspektiv for å danne ny forståelse av den valgte situasjonen med Johanne.

### 4.1 Hvordan bygge den gode relasjonen?

Bøe og Thomassen (2007) skriver at relasjonen er stedet hvor det som virker og skaper endring, får liv. Ifølge Kåver (2012) mener alle som arbeider med psykotераapeutisk behandling at det er viktig å danne en god allianse og en god terapeutisk relasjon.

Dette sier mye om viktigheten av å sette av tid til å bygge en relasjon til den man skal hjelpe. Uten denne gode alliansen, blir det fort vanskelig å kunne hjelpe og komme nært den andre. Personsentrert tilnærming kan hjelpe brukere med alvorlig psykisk lidelse til å gjenvinne et meningsfullt selv (Blarikom 2006).

Selv om jeg ikke kjenner til alle detaljene rundt fortiden til Johanne, har hun uttrykt at både barndom og ekteskap har vært vanskelig. Hun har mest sannsynlig mange vonde minner til de relasjonene hun har hatt i livet. Dette kan kanskje, forståelig nok, gjøre det vanskelig å skape tillit til nye mennesker og samarbeidet kan bli vanskelig uten at den gode relasjonen er skapt. Personalet på bofellesskapet opplever samarbeidet med Johanne som ambivalent, og det er ofte behov for personalbytte da bruker kan motsette seg å samarbeide med den som kommer inn for å hjelpe. Kanskje er deler av forklaringen på dette, mangel på en trygg relasjon til den som kommer inn i leiligheten.

I den personsentrerte tilnærmingen vektlegger Rogers empati, ekthet, kongruens og ubetinget positiv forståelse som sentrale punkt i det terapeutiske samarbeidet (Haugsgjerd et. al 2009). Terapeuten har et godt utgangspunkt for samarbeidet og behandlingen om disse begrepene er forankret i ens eget verdigrunnlag i møte med brukeren.

Empati handler blant annet om å kommunisere tilbake og spørre heller enn å konstatere (Bjørkly 2016). Om terapeuten blir usikker på hva Johanne prøver å formidle i en samtale, kan man spørre «forstår jeg deg riktig når du sier...?». På denne måten stiller man seg

undrende til det som blir sagt, og man vil kunne få en bekreftelse på om man har forstått det som kommer frem i samtalen. Det kan tenkes at dette vil hjelpe terapeuten til å forstå Johanne bedre, og Johanne vil gjerne oppleve at terapeuten hører etter og ønsker å forstå. Om man er usikker og velger å tolke det som kommer frem i samtalen på vår måte, kunne kanskje Johanne ha tenkt at vi ikke var interessert nok og at vi ikke forstår hverandre. Det kan tenkes at dette ville ha skapt en dårligere relasjon oss imellom og en del frustrasjon fra Johanne sin side. Jeg kan se for meg at Johanne ville ha sagt: «du forstår jo ingenting! Bare glem det. Jeg gidder ikke å fortelle mer». Det at Johanne ikke føler seg forstått og møtt, kan hindre henne i vekst og føre til at hun på et senere tidspunkt ikke ønsker å prate med meg.

I personsentrert tilnærming er det greit å korrigere seg selv (Bjørkly 2016). Om man opplever en situasjon hvor Johanne blir irritert eller opplever det som blir sagt som krenkende, kan terapeut si «beklager, det kom litt feil ut. Jeg forstår at det kunne oppleves krenkende». Det at terapeuten korrigerer seg selv på denne måten, vil nok oppleves positivt for relasjonen og Johanne fordi man viser at jeg som terapeut også kan ta feil, og at vi er likeverdige i relasjonen. På denne måten vil terapeuten vise empati overfor brukeren. På en annen side ville nok det å ikke ha korrigert seg selv i en slik situasjon, ført til at Johanne ble irritert eller oppgitt over terapeutens måte å være på. Dette kunne vært veldig uheldig for relasjonen og samtalen kan stoppe opp. Kanskje Johanne velger å søke andre ansatte ved bofellesskapet for forståelse og tilliten til meg vil kanskje svekkes.

I møte med Johanne prøver jeg å tenke over den nonverbale kommunikasjonen, ved at jeg er bevisst kroppsspråket mitt i samtale med henne. Jeg setter meg alltid ned foran henne slik at jeg ser mot henne og ikke ned på henne. Jeg veksler mellom å lene meg mot henne og å sette meg litt tilbake. Hendene har jeg gjerne hvilende i fanget. Terapeuten skal ikke være i en observasjonsposisjon ifølge den personsentrerte tilnærmingen, og likeverd i relasjonen står sterkt (Bjørkly 2016). Jeg vil tro at denne måten å møte Johanne på, vil gi henne en følelse av at vi er likeverdige og at jeg er interessert i det som angår henne. Jeg kan se for meg at denne tilnærmingsmåten vil gjøre det lettere for Johanne å prate med meg når jeg ved hjelp av en empatisk og kongruent tilnærming, spør «er det noe spesielt du ønsker å snakke om i dag Johanne?». Jeg stiller meg ikke over henne i en observasjonsposisjon, som lett kan oppleves truende og usikker. Slik jeg kjenner Johanne, kan jeg se for meg at det å prate med henne i en posisjon sett ovenfra, kan gjøre henne

usikker og gi en følelse av at jeg ikke er interessert i det hun skal fortelle. Dette kunne nok ha gjort at samtalen «låste seg», og hun ville gjerne ha bedt meg om å gå.

Å bidra til håp og optimisme vil være viktig (Bjørkly 2016). Om Johanne spør meg om hun vil bli bra igjen, kan jeg svare «det vet jeg ikke, men jeg skal jobbe for det». På denne måten vil jeg bidra til at hun bevarer håpet, og jeg vil tro at alle har godt av et håp å holde seg fast i. Om Johanne ikke spør meg direkte, er det ikke alltid nødvendig å formidle at håp er vanskelig hvis man tenker at dette kan være tilfellet. Dette kan kanskje føre til at brukeren mister håpet i behandlingsprosessen og ikke klarer å se meningen med å fortsette terapien. På en annen side er ærlighet viktig i personsentrert tilnærming, og terapeuten skal være ærlig om brukeren stiller direkte spørsmål.

Terapeuten skal tillate negative sider og følelser som kommer frem i samtalen. Man skal ikke sette begrensninger og legge føringer for tema og uttrykksmåte (Bjørkly 2016). Erfaringsmessig er det flere som mener man ikke skal gå inn i psykosene til brukerne og mange tillater ikke at brukeren skal få prate fritt om det som kommer frem i psykotiske øyeblikk. Ifølge den personsentrerte tilnærmingen skal man tillate at Johanne prater om de temaene hun ønsker, uavhengig om dette oppleves som positivt eller negativt av miljøterapeuten som møter henne. Gjennom å la Johanne få prate om det hun har behov for å prate om, viser terapeuten ubetinget positiv forståelse. Når jeg i samtale med Johanne opplever at hun begynner å prate om fortiden sin og vonde minner, skal jeg tillate at hun ønsker å snakke om dette og møte henne på opplevelsen og følelsene rundt dette. Jeg kan møte henne på det som kommer ved å si: «hvordan kjennes det når du forteller meg om dette?». Jeg ser for meg at det å møte Johanne på det hun ønsker å prate om, vil gi henne en følelse av at jeg er genuint interessert i hvordan hun har det. Det kan tenkes at dette også vil styrke relasjonen oss imellom. Om jeg ikke møter henne med ubetinget positiv forståelse, kan det tenkes at Johanne føler at jeg ikke er interessert og at jeg avslår henne. Dette vil nok oppleves som vondt, da hun gjerne har behov for å få uttrykt seg og få bearbeidet følelsene hun kjenner på. Dette kan hindre vekst hos brukeren.



## 4.2 Hvordan kan miljøterapeut bidra til at pasienten oppnår selvaktualisering og vekst?

Haugsgjerd et. al (2009) skriver at behandlingsarbeidet er en prosess hvor målet er å skape maksimale betingelser for utvikling og vekst, noe som innebærer at brukeren vil utvikle seg til et sosialt, uegoistisk og positivt individ om han får størst mulig grad av frihet.

Rogers mener mennesket vil fortsette i denne retningen med mindre det utsettes for unødige og streng inngripen i denne prosessen (Haugsgjerd et. al 2009).

Personalet ved bofellesskapet har i perioder bevisst skjermet brukeren i leiligheten, da man mener hun reagerer negativt på inntrykk fra fellesmiljøet. Dette er en bestemmelse som blir gjort av personalet og som ikke tar hensyn til Johanne sine ønsker. Hun har flere ganger uttrykt at hun ønsker å komme ut på stuen. Slik jeg tolker det ut i fra teorien, kan dette være en inngripen som hindrer Johanne i å utvikle seg. Da det til tider kan være mye aktivitet ute på fellesstuen, med flere psykotiske mennesker, kan det tenkes at dette kan ha negativ effekt på Johanne. På en annen side vil dette stride mot den personsentrerte tenkningen og Johanne burde blitt møtt på sitt ønske. Det kan tenkes at Johanne kommer ut på fellesstuen fordi hun er redd og ikke ønsker å være inne i leiligheten alene. Kanskje brukeren har behov for å være rundt andre mennesker for å føle seg trygg, spesielt om vrangforestillingene og hallusinasjonene blir for mye å takle på egenhånd. Ved å møte Johanne på ønsket om å komme ut på fellesstue, kunne dette ha skapt en følelse av å bli sett og hørt. Gjennom samtale med Johanne kunne terapeuten ha spurt hva som lå til grunn for at hun nå kom ut på stuen. «Hei Johanne. Så kjekt å se deg på stuen i dag. Hvordan har du det?». Et slikt spørsmål kunne kanskje åpnet opp muligheten for å få tak i dette på. Johanne ville kanskje ha svart: «nei, nå har jeg det ikke så lett. Jeg er redd». Jeg kunne da ha sagt «du sier du er redd. Kan du fortelle mer om hvordan dette føles?» eller «hvordan er det å være redd for deg?». Det kan tenkes at denne måten å møte Johanne på ville hatt positiv effekt på relasjonen og forhindre at Johanne i etterkant hadde «låst seg» og følt at personalet ikke tok henne på alvor. Om man ikke hadde tillatt Johanne å komme ut på stuen, kunne man kanskje gått glipp av en så viktig samtale og Johanne hadde muligens blitt sittende alene med disse følelsene.

På et bofellesskap med flere brukere, er man nødt til å ta hensyn til hverandre. Det kan diskuteres om Johannes utvikling skal gå på bekostning av andre i et fellesskap. Av erfaring vet jeg at andre brukere kan reagere negativt på væremåten og utsagn fra Johanne

i psykotiske øyeblikk. Det kan være utfordrende å ta hensyn til alle og dekke hver enkelt sitt behov til enhver tid. På en annen side, skal Johanne møtes med empati og ubetinget positiv forståelse slik Rogers påpeker. Hun er et eget individ som skal bli sett og hørt ifølge den personsentrerte tenkningen. Om det oppstår situasjoner på fellesstuen som personalet vet kan oppleves vanskelig for Johanne, kan det tenkes at det til tider vil være tryggere for henne å være i leiligheten for å hindre at hun skal oppleve noe som kan bremse utvikling hennes. Hvis dette er tilfelle kunne kanskje miljøterapeut ha løst dette ved å sørge for hyppige tilsyn i leiligheten og på denne måten vist at man er tilgjengelig og tilstede for å skape trygghet. For å forhindre at Johanne opplever dette krenkende, kan terapeuten møte henne i leiligheten og si «det passer litt dårlig å være ute på stuen nå fordi... er det noe du ønsker å finne på inne i leiligheten? Har du lyst at vi skal finne på noe sammen her inne?». Ved å legge det frem på denne måten, kan terapeuten gi Johanne en forklaring på hvorfor man tenker at det ikke er så lurt å tilbringe tid på fellesstuen, og samtidig sørge for medvirkning til hva som skal skje. Vi gir hun mulighet til å gjøre et valg, noe som kan skape vekst hos Johanne til tross for at vi tenker at det ikke er hensiktsmessig å være på fellesstuen. På en annen side, er det personalet som vurderer det slik at Johanne ikke bør være på stuen på dette tidspunktet, vi har gjort en vurdering om at dette er til det beste for Johanne uten å vite om hun er enig. Jeg kan se for meg at Johannes reaksjon på et slikt spørsmål vil avhenge av dagsformen. Hun vil enten være enig i at det ikke er lurt å dra på fellesstuen og komme med forslag til hva vi kan finne på i leiligheten, eller være helt uenig i det terapeuten sier og si at hun vil ut.

Det å ta fra Johanne muligheten til å være på fellesstuen, er en bestemmelse som blir gjort av personalet og som ikke møter Johanne sine ønsker. Det er et valgt som blir tatt av personalet. Om terapeuten legger frem for henne hvorfor vi tenker at det er en god løsning, kan det tenkes at Johanne ville vært takknemlig for dette. Hun har selv uttrykt at det kan oppleves utrygt å være på stuen om andre beboere er dårlig. Terapeuten kan si «det er en situasjon på fellesstuen nå... Jeg vet at du tidligere har opplevd dette ubehagelig og vanskelig og jeg kjenner at jeg blir bekymret for at du skal oppleve dette negativt denne gangen også. Hva tenker du om å dra ut dit nå?». På denne måten vil man gi Johanne et valg hun selv må ta. Terapeuten skal ha tro på at Johanne tar det valget som er best for henne og godta det valget som blir tatt. Ved denne tilnæringsmåten bruker terapeuten ekthet ved å være ærlig på hvordan man opplever situasjonen, og samtidig gir vi henne mulighet til å ta stilling til hva som skal skje videre. Dette vil gi Johanne vekst. På en annen side, kan det å si «det er best du blir i leiligheten nå Johanne. Kom så går vi inn i

leiligheten igjen» hindre muligheten for vekst, fordi terapeuten allerede har tatt et valg og en bestemmelse og fratatt Johanne denne muligheten. Det kan tenkes at dette kan skape en frustrasjon hos Johanne som kan føre til at hun mister respekt og tillit til terapeuten, noe som ville vært veldig uheldig for relasjonen og samarbeidet videre.

Ifølge Schibbye i Vatne (2006), hevder filosofen Hegen at anerkjennelse kan løse opp fastlåste væremønstre. Bedring i brukerens tilstand skjer ved at terapeuten «går med symptomene». Dette er en motsatt tilnærming til det å korrigere eller stoppe dem (Vatne 2006). Jeg har flere ganger opplevd at miljøterapeuter mener man ikke skal gå inn i psykosene til brukere, og jeg har selv vært en av dem som har møtt psykosene med å avlede samtalen over til andre tema. Mye av grunnen til dette er at man blir påvirket i det arbeidsmiljøet man arbeider i, men også på grunn av usikkerhet og lite kunnskap om hvordan møte disse menneskene. Mange har forklart at brukere vil reagere negativt på å snakke om det som kommer frem i de psykotiske øyeblikkene. Mine erfaringer i samtale med Johanne, viser det motsatte. Istedenfor å avlede Johanne over på andre samtaleemne, eller si at «dette snakker vi ikke om», burde miljøterapeut «gå med symptomene» og prate om det Johanne har behov for å prate om der og da. Å korrigere eller stoppe symptomene, vil stride mot det teorien sier er riktig, og de terapeutiske aspektene som Rogers peker på som sentrale. Når Johanne begynner å fortelle om fortiden sin og de vanskelige tingene hun har opplevd, må terapeuten møte henne på opplevelsene og følelsene rundt dette. I samtalen med Johanne, opplever jeg at ansiktsuttrykket og kroppsspråket signaliserer at hun har det vanskelig og det virker som hun tenker på noe. Jeg setter meg derfor ned foran henne og sier «jeg ser du har det vanskelig nå, vil du fortelle meg hva du tenker på?». Jeg ser i ettertid at denne måten å møte brukeren på samsvarer med Rogers tilnærming. Jeg stiller meg åpen for å prate om det Johanne ønsker, og er undrende til hvordan hun har det. Dette spørsmålet åpnet også opp for samtale, da Johanne begynte å fortelle om fortiden sin og det vanskelige hun har opplevd. Jeg innser at jeg kanskje burde ha stilt dette spørsmålet tidligere i samtalen, allerede da Johanne sa hun ikke ønsket å ta medisiner. Jeg burde da stilt meg undrende til hvorfor hun ikke ønsket å ta medisiner, istedenfor å minne henne på avtalen vi hadde gjort tidligere på vekten. Dette ville kanskje åpnet opp for samtale tidligere, og det kan tenkes at Johanne ville opplevd at jeg var interessert i å høre hvorfor hun ikke ønsket å ta medisiner. Jeg kan tenke meg at måten jeg møtte Johanne på, ga henne en følelse av at jeg var interessert og brydde meg om hun, og at dette var grunnen til at hun åpnet seg for meg. Terapeuten må stille åpne spørsmål for å få tak i følelsene og

opplevelsene til den andre (Bjørkly 2016). Å møte hver enkelt bruker med åpne spørsmål til enhver tid kan være problematisk i forhold til tidspresset på arbeidsplassen. Ofte er det få ressurser på jobb, og flere brukere å forholde seg til. Erfaringsmessig er realiteten slik at man kan gå hjem fra jobb og tenke at man ikke har fått gjort jobben slik en hadde håpet på. Av erfaring ønsker Johanne ofte å fortelle mange og lange historier om jeg først setter meg ned for å prate med henne. Dette kan gjøre arbeidsdagen problematisk om jeg alltid skal møte henne med den personsentrerte tenkningen, og behandlingen til andre brukere vil bli påvirket av dette. Jeg tenker derfor at den personsentrerte tilnærmingen er bra på mange måter, men at man må være realistisk i forhold til tidspresset man står overfor, og at man innimellom blir nødt til å bruke andre tilnæringsmåter.

Ifølge personsentrert tilnærming skal man ikke avbryte brukeren når han snakker. Dette for å opprettholde likeverden i relasjonen. Man skal som terapeut ikke sette begrensninger og legge føringer for tema (Bjørkly 2016). Jeg tenker at man i visse tilfeller blir nødt for å avslutte samtalen, eller si at «jeg vil gjerne prate mer om dette senere, men jeg har en annen beboer som venter på at jeg skal hjelpe han. Kan ikke du varme deg middag i mens, så tar vi igjen samtalen ved neste tilsyn?». Jeg kunne eventuelt ha sagt «nå har vi 15 minutter før jeg har en avtale med en annen beboer. Er det noe spesielt du ønsker å prate om før det?». Dette gir Johanne et utgangspunkt og noe å forholde seg til. På en annen side kan det å være i forkant med å informere hvor mye tid vi har til å prate, være med på å gi Johanne mulighet til å kunne fortelle det hun har behov for å prate om, samtidig som man gir hun et utgangspunkt for hvor mye tid vi har til rådighet før vi starter samtalen. Dette vil kanskje skape mer forutsigbarhet, også i relasjonen. «Jeg skal snart inn på ett annet tilsyn. Vi har 15 minutter å prate. Er det noe spesielt du tenker på som du ønsker å fortelle meg?».

Hovedmotivet i personsentrert tilnærming er selvaktualisering gjennom å finne og skape mening. Dette forutsetter at brukeren har evne og vilje til å gjøre valg. Uten valg kommer stagnasjon og angst (Bjørkly 2016). Ifølge den personsentrerte tilnærmingen burde jeg ha akseptert at Johanne ikke ønsket å ta medisinene sine. Johanne har tatt et valg. Som nevnt over, kunne jeg istedenfor ha spurt henne om denne avgjørelsen. «Du sier du ikke ønsker å ta medisinene dine. Vil du fortelle meg hvorfor du tenker at dette er en bedre løsning?». Man bevisstgjør henne på et valg ved bruk av dette spørsmålet.

Terapeuten skal være åpen og ærlig for alle følelser i seg selv som angår brukerens situasjon. Man må kunne vise alle følelser som har med brukeren å gjøre, slik de virkelig er. Terapeuten må akseptere brukeren og oppleve varm interesse for vedkommende slik at brukeren får en følelse av at terapeuten lever med i hans situasjon (Haugsgjerd et. al 2009). Når brukere ikke tar medisinene slik de er forordnet av lege, kan dette være vanskelig å forholde seg til som helsepersonell. Spesielt om man vet at medisinene er viktige og nødvendig for bedring. Jeg vet at det ikke er farlig om Johanne ikke tar medisinene som forordnet en dag eller to. Men jeg kan vise ærlighet og ekthet ved å si at «jeg blir bekymret når du ikke tar medisinene dine, fordi jeg vet at det er medisin som skal hjelpe deg til å få det bedre» når dette er noe jeg kjenner på. Samtidig må jeg respekterer og møte Johanne på valget hun har tatt og følelsene rundt dette. Johanne har uttrykt tidligere at hun synes det er vanskelig å svelge medisinene. «Jeg forstår at det kan være vanskelig å ta medisinene innimellom, men noen ganger er det slik at man har behov for det. Hva tenker du om dette Johanne?». Dette kan kanskje være en fin måte å tilnærme seg situasjonen på, fremfor å dirigere, noe som strider mot perspektivet. Å bruke egne erfaringer er ett eksempel på ekthet i den personsentrerte tilnærmingen. Et eksempel på hvordan man kan gjøre dette ved bruk av egne erfaringer som kan ligne situasjonen er: «en gang var jeg i en lignende situasjon hvor jeg.. er det slik du føler det?». Dette kunne gitt meg muligheten til å spurt Johanne om jeg har forstått hennes opplevelse rundt dette riktig. Jeg kan spørre på denne måten for å nå inn til Johanne, noe som kunne ha ført til at hun ville følt seg forstått. Johanne har også sagt at hun ikke trenger medisiner og at hun ikke er syk. Ved at terapeuten undrer seg sammen med henne rundt temaet, kunne dette ha ført til at Johanne ville fortalt om eventuelle andre grunner til at hun ikke ønsker å ta medisinene. Kanskje hun synes det er dyrt med medisiner eller en unødvendig utgift hun ikke ønsker å bruke penger på?

Jeg har opplevd at miljøterapeuter mener man ikke skal gå inn i psykosene til bruker. I en slik situasjon ville de ha gått ut av leiligheten og prøvd å gi hun medisinene igjen etter en liten stund. De ville ikke ha snakket med bruker om de følelsene hun kjente på, men oversett det hun sa og flyttet fokuset over på noe annet, eller si «vi snakker ikke om dette nå». For meg oppleves denne måten å møte bruker på som vanskelig. Det strider mot mine verdier som sykepleier, og det jeg har lært på videreutdanningen om å utvide konteksten rundt det som blir fortalt og tørre å være tilstede. Ikke minst, å være til stede hos et

medmenneske i vanskelige situasjoner. For meg er det viktig å tørre å stå i det som kommer, selv om mye kan være tøft å høre eller vanskelig å forstå.

Når jeg har jobbet med diskusjonsdelen har jeg sett at det er viktig å stå i det som kommer og møte Johanne på de opplevelsene hun har her-og-nå. Dette ser ut til å ha en terapeutisk effekt. Rogers viser til at relasjonen i seg selv er terapeutisk, og det blir viktig å skape en god relasjon og jobbe for å beholde denne. Dette vil i seg selv bidra til vekst og utvikling. Deltakerne i studien til Traynor, Elliot og Cooper (2011) trakk frem at det å bygge en relasjon til brukeren ved genuin interesse, dybde i relasjonen, ekthet og likeverd i relasjonen var virksomme faktorer i terapien.

## 5.0 Konklusjon

Gjennom skriveprosessen har det kommet frem hvor viktig det er å bruke tid på å bygge en god relasjon til brukeren. Dette kan være avgjørende for hvor godt samarbeidet blir i behandlingsprosessen. Å tilnærme seg brukere med empati, ubetinget positiv forståelse, ekthet og kongruens slik Rogers legger frem som sentrale punkt for den terapeutiske tilnærmingen, ser ut til å ha positiv effekt i møte med mennesker med schizofreni. Denne måten å tilnærme seg brukeren, kan være avgjørende for om terapeuten klarer å få til et godt samarbeid med brukeren, og for å kunne komme i posisjon til å hjelpe.

I møte med mennesker med psykoselidelser kan de se ut til at dette er en bra tilnæringsmåte, men at arbeidshverdagen på ett bofellesskapet kan gjøre det utfordrende å alltid møte brukeren med en personsentrert tilnærming. Det er likevel mulig å legge til rette for at brukerens ønsker og behov i stor grad blir ivaretatt med denne tilnærmingen.

Gjennom arbeidet med oppgaven kan det se ut som at det å «gå med symptomene» er viktig for å kunne forstå hva personen opplever som vanskelig her-og-nå. Det at terapeuten møter brukeren med åpne spørsmål rundt det som kommer frem i samtalen, åpner opp for en god samtale mellom terapeut og bruker. På denne måten får terapeuten mulighet til å komme nært den andre for å kunne forstå hva den andre opplever som vanskelig i øyeblikket. Å opprettholde likeverd i relasjonen ser ut til å være viktig for at brukeren ikke skal oppleve seg krenket eller få en følelse av at terapeuten ikke er genuint interessert i det som angår brukeren. Personer med schizofreni kan oppleve vekst ved at de blir møtt og forstått på det de opplever. Relasjonen i seg selv kan være vekstfremmende for den psykotiske.

Før jeg startet litteratursøket hadde jeg gjort meg opp noen meninger rundt hva jeg ville finne i søkeprosessen. Jeg ønsket konkrete eksempler på hvordan terapeuten bør gå frem ved hjelp av en personsentrert tilnærming for å møte brukeren i psykotisk øyeblikk. Jeg ville også finne ut hva forskningen pekte på som mest effektivt ved bruk av personsentrert tilnærming, hovedsakelig til mennesker med schizofreni. Gjennom litteratursøket klarte jeg å finne en artikkel som tok for seg dette, men det hadde vært interessant å se om andre studier fikk samme resultat. Det hadde også vært interessant å finne forskning som sammenlignet effekten av personsentrert tilnærming opp mot andre typer tilnærminger og

forskning som undersøkte hvordan legge til rette for selvaktualisering og vekst hos en bruker med psykoselidelse på et bofellesskap.



## Referanser

Bjørkly Stål (2016). «*Humanistisk psykoterapi med hovedvekt på personsentrert tilnærming*». Forelesning på videreutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Molde, 2. desember 2016

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

Bøe Tor Dag og Thomassen Arne (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget

Cullberg Johan (2009). *Psykoser. Et integrert perspektiv*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Haugsgjerd Svein, Jensen Per, Karlsson Bengt og Løkke J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse. Å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk

Holmen Aina. Norsk psykologforening.

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/finn-en-psykolog/hva-er-psykose> (lastet opp 09.02.18)

Kåver Anna (2012). *Allianse. Den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal akademisk

Strand Liv (2009). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal akademisk

Traynor Wendy, Elliot Robert og Cooper Mick (2011). *Helpful factors and outcomes in person-centered therapy with clients who experience psychotic processes: therapists' perspectives*. Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 10:2, 89-104, DOI: 10.1080/14779757.2011.576557

Vatne Solfrid (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk