



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan man via et personsentrert perspektiv se og ivareta hele mennesket og ikke bare diagnosen?

Line Dyrstad Solvang

Totalt antall sider inkludert forsiden: 29

Molde, 21. april 2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 19.april 2016

Antall ord: 9366

Sammendrag

I denne oppgaven har jeg satt fokuset på humanistisk teori og diagnoser. Jeg har satt spørsmål ved om en diagnose kan dekke over de egentlige problemer hos en klient? Og hvordan jeg med humanistisk perspektiv og personsentrert teori kan søke etter å forstå en klient og dens opplevde liv? Min problemstilling er mer konkret: Hvordan kan man via et personsentret perspektiv se og ivareta hele mennesket og ikke bare diagnosen?

Problemstillingen interesserer meg da jeg ved ulike situasjoner har opplevd at fagpersoner fort kan bli fanget i faguttrykk og diagnoser, og dermed mister fokuset på mennesket som fullt og helt.

Det er ”Anne” jeg har bygget min oppgave rundt. Henne møtte jeg en kort periode i praksis i kommunepsykiatritjenesten. Jeg opplevde at Anne og hjelpeapparatet rundt til tider var svært opptatt av hennes diagnose. Det er dette jeg ønsker å belyse i denne oppgaven.

I min besvarelse har jeg støttet meg til humanistisk teori og derunder Carl Rogers sin personsentrert teori. Jeg har også fordypet meg i noen av artikkelene til Tor-Johan Ekeland. Han uttrykker hvordan han opplever dagens psykiatri som svært objektorientert. Jeg har i oppgaven også måtte støtte meg til litt sorgteori og har beskrevet ”Tosporsmodellen” av Stroebe og Shut(beskrevet av Mai-Britt Guldin(2007).

Det jeg har funnet ut gjennom min prosess med å skrive denne oppgaven er at det er hele mennesket som er viktig. Diagnose kan være et hjelpeverktøy, men man må ikke la det blir en hemske. Søke etter å ha hele mennesket med dets historie, drømmer og håp i fokus.

1.0 Innledning	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Avgrensing og utdyping av problemstilling	1
1.3 Litteratursøk	2
2.0 Teori	3
2.1 Det Humanistiske perspektivet.....	3
2.1.1 Hermeneutikken	3
2.1.2 Fenomenologi.....	4
2.1.3 Eksistensialismen	4
2.2 Det personsentrerte perspektivet	7
2.3 Subjekt – objekt vis a vis subjekt - subjekt	9
2.4 Komplisert sorg	11
3.0 Empiri	12
3.1 Mitt første møte med Anne	12
3.2 Det andre møtet	12
3.3 Den siste samtalen med Anne	13
4.0 Diskusjon	14
4.1 Hvordan kan man forstå Anne ut fra et humanistisk syn?	14
4.2 Hva vil være viktig ut fra personsentrert teori for å bygge en god relasjon til Anne?	16
4.3 Hvordan kan Anne oppleve frigjøring og vekst gjennom humanistisk perspektiv? ..	17
4.4 Kan en diagnose overskygge et menneskes sorg?	18
5.0 Konklusjon	21
6.0 Referanser	24

1.0 Innledning

Jeg har siden jeg var nyutdannet sosionom jobbet med mennesker i alle aldre og med litt av hvert av problemstilling. I ulike jobbsammenhenger har jeg vært borti dette med ”diagnoser”. Alt fra ADHD, lett psykisk utviklingshemmet, personlighetsforstyrrelser og tungt psykisk utviklingshemmede. Man kan se fordeler og ulemper med diagnoser og ulike diagnoser trenger ulikt behandlingsopplegg. Men jeg kan også se merkelappen en diagnose kan sette på et menneske, og mennesket blir diagnosen. Man blir opphengt i hva slags medisiner man kan bruke opp mot diagnosen og konkrete behandlingsalternativer. I stedet for å se hele mennesket, og hva han/hun kan og ønsker for sin framtid.

Gjennom mitt studie i videreutdanning i psykisk helsearbeid, var jeg så heldig å få ha praksis i kommunepsykiatritjenesten. Her møtte jeg ”Anne” som jeg har valgt å kalle henne. Det er Anne jeg har bygget denne oppgaven rundt. Jeg opplevde at personalet var opptatt av diagnosen og hvor viktig det var å forholde seg til retningslinjer i forhold til denne. Jeg opplevde også at Anne var opptatt av diagnosen. Hun på sin side var opptatt av at hun hadde feil diagnose og mente hun skulle ha en annen. Jeg fikk noen tanker om at alt fokuset rundt diagnosen la seg som et teppe over hva som var det egentlige problemet. Trengte hun virkelig en diagnose for å bli bedre eller kunne man gjennom humanistisk og personsentret teori ha hjulpet henne til bedre innsikt og en bedre hverdag?

1.1 Problemstilling

Hvordan kan man via et personsentrert perspektiv se og ivareta hele mennesket og ikke bare diagnosen?

1.2 Avgrensing og utdyping av problemstilling

Oppgaven er bygget opp rundt Anne hvor jeg ønsker å belyse hennes livssituasjon. Gjennom humanistisk teori og Carl Rogers sin personsentrert terapi søker jeg å forstå Anne. Jeg vil også rette fokus på hva som er viktig i den terapeutiske situasjonen mellom henne og terapeut. Hva er bra og hva mangler for at Anne skal oppleve seg forstått og oppleve en endring i sin livssituasjon?

Tor-Johan Ekeland(2011 og 2014) har skrevet mye om subjektontologi og objektontologi. Jeg vil bruke mye av hans teori for å belyse hvor enkelt det er (ubevist) å gjøre mennesker til objekter. Ekeland(2014) ser dette også fra et samfunnsperspektiv hvor han peker på at systemet gjør at helsearbeidere tvinges inn i en arbeidsstruktur som gjør at klientene blir objekter.

I mitt arbeid med Anne fikk jeg en opplevelse av at diagnosen tok mye fokus både fra Anne og fra personalet som jobbet med henne. I samtalene jeg hadde med henne fikk jeg noen tanker om at Anne bar på en sorg. En sorg jeg opplevde ikke var særlig bevisst for henne eller de som jobbet med henne. På bakgrunn av dette har jeg trukket inn sorgteori. Den bygger jeg på Tosporsmodellen til Stroebe og Shut (beskrevet i artikkel til Mai-Brit Guldin, 2007).

Jeg har delt oppgaven inn i fire under punkter til min hovedproblemstilling:

1. Hvordan kan man forstå Anne gjennom et humansistisk syn?
2. Hva vil være viktig ut fra personsentrert teori for å bygge opp en god relasjon til Anne?
3. Hvordan kan Anne oppleve frigjøring og vekst gjennom humanistisk teori?
4. Kan en diagnose overskygge et menneskes sorg?

1.3 Litteratursøk

I mitt litteratursøk har jeg brukt ulike databaser. Jeg brukte søkeord som: subjekt – objekt, person-centerd, komplisert sorg, complicated greif. Her kommer en redegjørelse for noen av søkene jeg gjorde:

Søkedatabase: idunn.no

Søkeord: subjekt objekt

Søkeresultat: 716

Valgt: Frå objekt til subjekt – og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring, av Tor-Johan Ekeland

Søkedatabase: CINAHL

Søkeord: complicated grief

Søkeresultat: 303

Valgt: Reactiond to bereavement – new understanding and treatment, av Mai-Britt Guldin

2.0 Teori

2.1 Det Humanistiske perspektivet

Det humanistiske perspektivet har sin opprinnelse fra 1500 tallet da det kom som en reaksjon mot samtidens ortodokse kristendom. Senere har humanismen blitt utbredt og forgrenet seg i mange retninger. Den har hatt en avgjørende betydning for synet på mennesket. Fra å være en filosofisk retning, ble den på midten av 1800 tallet også en psykologisk retning og en motreaksjon på den tidens vitenskapelige retning innen psykologien. Den bygget på filosofiske tanker om at sjelslivet var styrt av ytre stimuli fra omgivelsene. Humanismen er preget av å se på hvordan mennesket skiller seg fra dyrene ved at det har en utøvelse av frihet som dyret ikke har. Dyr er preget av drifter, mens mennesket lærer av sine handlinger og på den måten kan oppleve en frihet. Selv om mennesket er fritt er det allikevel bundet til naturen gjennom fysiologiske og biologiske betingelser. Gjennom utvikling av Maslows behovspyramide setter humanismen fokus på at mennesket styres av sine behov og drifter. Et viktig prinsipp er likevel at mennesket må være bevisst sitt ansvar i forhold til handlinger, hensikter og vurderinger(Haugsgjerd et al. 2009).

2.1.1 Hermeneutikken

Humanistisk psykologi bygger på blant annet hermeneutisk filosofi. Hermeneutikken søker etter å forstå fremfor å forklare. Den søker etter en sammenheng mellom forståelse og tolkning og mellom handling og mening. Begrepet hermeneutikk oppstod førstegang på 1600 tallet under tolkning av tekster i bibelen. Det ble senere utviklet av den tyske filosofen Wilhelm Dilthey(1833-1911). Han mente de humanistiske fagene måtte være forstående og ikke forklarende slik naturvitenskapen var. Han utviklet derfor hermeneutikken til en vitenskaplig metode innenfor humanismen. Hermeneutikken ser på mennesket som et handlende subjekt, der handlingen har en mening. Mennesket handler ut fra en ubevist eller bevist mening. Språket brukes for å søke forståelsen en persons liv og hvordan denne personene opplever det her og nå. Mennesket har sin egen oppfattelse av

sitt liv, sin subjektiv oppfattelse. Hermeneutikken søker å forstå dette og hva som gjør at mennesket gjør som det gjør. Denne forståelsen mener hermeneutikken er nødvendig for å få menneskets erkjennelse. Et menneske er seg selv med sine verdier, meninger og vilje. Dette er subjektive uttrykk som blir påvirket av den kulturelle sammenhengen mennesket lever i. På bakgrunn av dette ble den hermeneutiske spiral også kalt hermeneutiske sirkel utviklet. En metode utviklet for å søke den subjektive forståelse hos mennesket. Gjennom en spiralprosess blir man hele tiden påvirket av omgivelser og situasjoner som kan skape en forståelse av ny situasjon. Det vil for eksempel bety at som terapeut må du ha en forståelse av menneskets livshistorie, kulturelle bakgrunn og verdisystemer for at det skal kunne oppleve seg ivaretatt (Haugsgjerd et al. 2009).

2.1.2 Fenomenologi

Fenomenologien er den andre filosofiske tradisjonen som har inspirert humanistisk psykologi. Edmund Husserl(1859 – 1938) var grunnlegger av denne retningen. Han mente at det var menneskets bevissthet som skilte det fra dyret, og han skapte ”læren om fenomen”. Fenomenet var studie av bevissthet og hvordan mennesket brukte denne. Han mente all vår bevissthet var rettet mot et objekt. Jeg ser, tenker og/eller hører på en bestemt ting. I møtet mellom objektet og menneskets forventinger til dette, skaper vi en konstruksjon av det samme objektet i vår bevissthet. Når vi bruker våre sanser er dette en aktiv prosess som videre skaper en struktur i vår bevissthet. De enkelte komponentene i vår bevissthet blir sammenkoblet. Dette gjør at vår bevissthet kan ”se” ting vi ikke ser. For eksempel ser vi en ball på avstand, vil vi i vår bevissthet også kunne ”se” at denne er rund på alle kanter, og vi kan ”se” for oss at denne kan trille. Dette er enkelt komponenter i vår bevissthet som blir satt sammen så vi ”ser” et større bilde. Dette bildet blir skapt av et subjekt, en person som gjennom sin tankeprosess har mange mulige bilder som kan skapes i bevisstheten. Det er studie av prosessen som skjer mellom det vi ser og hvordan vi oppfatter det og lager forestillinger i vår bevissthet som er fenomenologien (Haugsgjerd et al. 2009).

2.1.3 Eksistensialismen

Eksistensialismen er den tredje filosofiske tenkningen som har vært med å påvirke den humanistiske psykologien. Søren Kirkegaard var en av pådriverne innenfor denne tenkningen. Han skrev ”Selvet er et forhold som forholder seg til seg selv”. Det handler om å eksistere. Mennesket eksisterer ved å komme til denne verden. Det er videre fritt til å

velge sitt liv gjennom stadige å ta valg. Vi velger hele tiden. Angst oppstår ved valg. Velger vi å ikke velge, velger vi et liv som fremstår som usikkert og tomt, eksistensiell angst. Denne angsten gir følelsen av meningsløshet. Gjennom aktivitet og handling skaper vi frihet og valgmuligheter for oss selv. Disse valgene vil igjen påvirke våre medmennesker. Våre valg kan være til det gode for våre medmennesker eller det kan være til det dårlige. Våre valg har konsekvenser. Vi har også den frihet til å velge hva mening vi legger i de ulike opplevelse og situasjoner (Haugsgjerd et al., 2009).

Den amerikanske psykologen Abraham Maslow (1908-1979) var en av de sentrale utviklerne av humanistisk psykologi, og mye av hans grunntenkning ligger i eksistensialismen. Han er mest kjent for å utvikle behovspyramiden hvor Maslow beskriver mennesket med et behov for å realisere personen i seg selv, få gitt uttrykk for oss selv gjennom våre evner og anlegg. Før selvaktualisering kan nåes må de grunnleggende behovene være dekket. Maslow har ordnet dem inn i en pyramide med de viktigste nederst som: fysiologiske behov, trygghets behov, tilhørighet og kjærlighetsbehov, behov for anerkjennelse, kognitive behov, estetiske behov og på toppen av pyramiden er selvaktualisering. Det er viktig at de mest grunnleggende behovene er dekket først før man kan søke de neste behovene. Det betyr derimot ikke at det underliggende behovet må være 100% tilfredsstilt. Dette kan sees på som en behovsbølge. For eksempel kan ikke anerkjennelses behovet tilfredstilles dersom de underliggende behovene ikke er adekvat tilfredsstilt slik at det avtar i styrke og intensitet. Om ikke de underliggende behovene er adekvat tilfredsstilt, oppstår en mangelmotivasjon. Jo tidligere de grunnleggende behovene er dekket i barndommen, jo større kraft vil bli frigjort til de andre behovene senere i livet(Haugsgjerd et al, 2009).

Behovene er grunnleggende for at alle mennesker skal kunne oppleve en sunn og fundamental utvikling av personlighet. Maslow ser på psykisk sykdom som en mangelsykdom, da er ikke de grunnleggende behovene i hierarkiet oppnådd. Selvaktualisering er når mennesket søker et vekstbehov eller vekstmotiv. Dette danner videre grunnlag for personlig utvikling. Før selvutvikling må dermed alle de underliggende behovene være adekvat tilfredsstilt (Haugsgjerd et al. 2009).

Her er en fremstilling av de ulike trinnene i pyramiden:

- Fysiologiske behov beskriver behovet for mat, drikke, luft, søvn og hvile. Maslow beskriver dette som et mangelbehov som innebærer at behovet er nødvendig for mennesket eksistens. Er ikke de fysiologiske behovet tilfredstilt vil det ikke være særlig behov for å søke neste behov. All oppmerksomhet, initiativ, evne og krefter i mennesket vil søke etter å få dette behovet tilfredsstillt. Når den tilfredsstilltes vil oppmerksomheten kunne rettes mot neste behov (Haugsgjerd et al. 2009).
- Sikkerhet og trygghetsbehovet beskriver menneskets behov for personlig trygghet ved orden, struktur og forutsigbarhet. Mennesket vil med all sin kraft søke å få behovet tilfredsstillt. Blir ikke målet nådd kan tvangslidelser oppstå (Haugsgjerd et al. 2009).
- Kjærlighet, vennskap og tilhørighet er behovet for opplevelse av følelsesmessig kontakt og tilhørighet da spesielt mellom barn og foreldre. Et spedbarn har et selvstendig og medfødt behov for kontakt og sosial tilhørighet hos andre mennesker. Når dette behovet er oppfylt tilfredsstillende gjennom tidlige barneår vil ikke behovet for motta kjærlighet avta, men behovet og evnen til å gi kjærlighet vil øke (Haugsgjerd m.fl.2009).
- Respekt, verdighet og anerkjennelse inneholder behovet for en god og stabil oppfattelse av sitt eget selv. Samtidig som man opplever respekt og anerkjennelse fra andre vil man utvikle en god selvoppfatning. Selvoppfatningen er videre knyttet til behovet for å prestere og mestre for å på den måten oppleve frihet og uavhengighet. En indre belønning ved økt selvrespekt er like viktig motivasjon som ytre belønning gjennom oppmerksomhet og sosial status (Haugsgjerd et al. 2009)
- Selvaktualisering er behovet for nysgjerrighet, kreativitet og kunnskap. Det er forskjellig fra mangelbehovene ved at det ikke handler om forsvar, trygghet eller menneskets grunnleggende tilværelse. Det handler om å aktualisere sitt totale iboende potensial. De mest aktualiserte menneskene er de som har sett utover sin egen horisont og funnet sitt kall eller sin livsoppgave. Menneskets mål er dets søken etter å bli et helt menneske. Her er det veien som er målet, søket etter verdier og ideelle mål. Det er gjennom kontinuerlig arbeid mot målet at mennesket aktualiserer seg. Det er beskrevet tre hovedområder for selvaktualisering:
 1. Utvikling av kunstneriske, intellektuelle, religiøse og sosiale anlegg
 2. Utføre sitt livsmål

3. Øke sin kunnskap om seg selv som person, og skape harmoni mellom motstridende tendenser i egne personlighet (Haugsgjerd et al. 2009)

2.2 Det personsentrerte perspektivet

Carl Rogers er den som i nyere tid har utviklet det humanistiske perspektivet i psykologien. Han kalte denne retningen for personsentrert eller klientsentret terapi. Personsentrert terapi er en ikke styrt terapiform og har ingen teknikker eller føringer. Målet med terapiformen er at mennesket skal bli helt gjennom å bli kjent med seg selv gjennom gode relasjoner. Terapeuten skal skape et rom av varme, positivitet og være aksepterende overfor klienten. Oppmerksomheten skal være rettet mot klienten og være bevisst og avspeile klientens måte å være på og tenke på. På den måten vil klienten bli bevisst sine ubeviste tanker og måten å være på (Haugsgjerd et al. 2009). David J. Cain(2007) presiserer viktigheten av å være en god lytter i samtalene med klienten. Terapeut må fullt og helt være til stede for på den måten at klienten skal føle seg forstått og det bygges en viktig relasjon mellom klient og terapeut.

Selvbegrepet står sentralt i Rogers teori. Selvet er et organisert og konsistent sett av oppfatninger om ens egen person. Det er viktig for individet å holde fast ved en selvoppfatning. Dersom ens oppfatning av seg selv avviker fra andres oppfatning kan det føre til angst. Selvet dannes i tidlig barneår. Barn bør derfor blir møtt med ubetinget positivitet. For at et positivt selvbilde skal etableres må barn føle seg elsket og akseptert. Dette er også viktig senere når individet er etablert. Tvil om egenverd oppstår lett når det blir stor avstand mellom opplevd - selv og ideal - selv. En annen konflikt blir det også når det blir avstand mellom andres oppfatning og en ens egen oppfatning av ens selv. Noen mennesker kan tilpasse sin selvoppfatning slik at den stemmer overens med andres. Andre kan ha en rigid selvoppfatning, og klarer ikke lett og tilpasse seg avviket, og angst kan da oppstå (Bjerke og Svenbakk, 1997).

Rogers peker på fem sentrale punkter i det terapeutiske samarbeidet:

1. Empati: Med empati mener Rogers at man skal ha evnen til å leve seg inn i klientens tanker og følelser uten å bli helt oppløst i dem, man skal som terapeut klare å leve seg inn i samtidig som man står på utsiden av dem. Bare på den måten vil man kunne være til støtte for klienten. En god terapeut skal kunne gjenkjenne

- og oppleve klientens følelser og samtidig vise muligheten for å komme videre (Haugsgjerd et al. 2009).
2. Ekthet: terapeuten skal være åpen for alle følelser som klienten måtte ha, samtidig som det er viktig at terapeuten er ærlig overfor klienten når det gjelder egne følelsene om det klienten sier. Skulle terapeuten oppleve klienten som lat, provoserende eller annet er det viktig at terapeuten er ærlig med klienten om dette. Men det er viktig at terapeuten hele veien møter klientens følelser med aksept. Klienten må kunne oppleve en varme fra terapeuten og kjenne at han/hun forstår og gjenkjenner situasjonen (Haugsgjerd et al. 2009).
 3. Kongruens: Rogers mener det er viktig at det er samsvar mellom det terapeuten sier og det han gjør. Som terapeut skal man søke etter en indre samstemthet med det man gjør. På den måten vil terapeuten, i arbeidet med mennesker, også selv oppleve en egen modningsprosess (Haugsgjerd m.fl. 2009).
 4. Bevissthet om følelser: Gjennom en terapeutisk samtale vil klienten høre seg selv uttrykke sine følelser og tanker, og samtidig få det konkretisert av terapeuten. Klienten vil da bedre se sin situasjon, bli bevisst sine følelser. Det forutsetter at terapeuten oppleves som trygg og tolerant (Haugsgjerd et al. 2009).
 5. Frigjøring og vekst: Gjennom empati, ekthet, kongruens og bevissthet om følelser skapes det hele. Gjennom en prosess fører terapien til frigjøring og vekst hos klient (og terapeut) dersom klienten føler en vekst og utvikling (Haugsgjerd et al. 2009).

I personsentret retning er fokuset selvinnsikt fremfor sykdomsinnsikt, man fokuserer på menneskets livshistorie ikke sykdomshistorie. Terapeuten er en veileder og kan påpeke ulike retninger eller livsområder klienten kan arbeide med. Dette skal gjøres med varme og omsorg fra terapeuten. Det er så klientens valg å ta, og valget må respekteres av terapeuten. Hele veien kreves det åpenhet og ærlighet fra terapeuten hvor man er bevisst sine følelser om uenighet og uttrykker dem overfor klienten. Dette skaper et trygt og utviklende miljø for klienten. Klienten kan bruke terapeuten til å utvikle sine tanker, følelser og holdninger om seg selv i et trygt miljø med terapeut før man så tar dette ut og utvikler det i forhold til andre (Haugsgjerd et al. 2009). Gjennom selv-refleksjon skal klienten få et nytt perspektiv på sitt liv. Beste måten å få klienten til å lære av sin erfaring er når terapeuten har en empatisk tilnærming og tydelig kommunisere tilbake klientens refleksjoner og opplevelser (Cain, 2007).

I personsentrert terapi er samarbeidet og miljøet mellom klient og terapeut det viktigste. Det legges vekt på at dette er to likeverdige parter. Gjennom at både terapeut og klient deler sine livsproblemer i møtet med hverandre vil begge oppnå en større innsikt og bevissthet om seg selv og sin livssituasjon. Dette gjelder både terapeut og klient (Haugsgjerd et al. 2009). Terapeuten skal være fullt til stede, være genuint interessert i klienten og være seg selv uten skjult agenda. Da vil det kunne oppstå et trygt og sikkert miljø hvor klienten kan åpne mer av seg selv. Samtidig vil terapeuten ved et slikt miljø være mer mottakelig for hva klienten vil kunne komme med. Det er viktig å gi klienten håp om å kunne nå sine drømmer om det livet man ønsker seg (Cain, 2007).

2.3 Subjekt – objekt vis a vis subjekt - subjekt

Når vi ser et menneske som et subjekt, søker vi å se "hele" mennesket med dets kompetanse og forutsetninger, historie og kultur m.m. Når vi objektiviserer et menneske ser vi et menneske i dens natur med en oppfatning av kropp som natur. Det tas ikke hensyn til mennesket opplevelse, språk eller kultur. Tor-Johan Ekeland (2014) hevder at psykiatrien er preget av den biologiske modell hvor kunnskapen om mennesket er objektivisert. Man ser ikke det individuelle mennesket, men et menneske ut fra en vitenskaplig oppfatning av kropp som natur. Når man objektiviserer et menneske tar man fra mennesket dens kompetanse og forutsetninger til å ta egne valg, ta ansvar, kompetanse i forhold til egen dømmekraft og ha ønsker. Man fjerner seg fra medmenneske, man gjør det til et produkt. Ekeland skriver at å bli møtt som et objekt vil oppleves som lite medmenneskelig, ikke likeverdig og ikke anerkjennende. Når en terapeut reduserer den andre fra å være et medmenneske er faren for inhumanitet i behandlingen større.

Psykiatrihistorisk har det vært mange måter å søke "forståelse" på. Sterke har spenningene vært mellom det objektontologiske og subjektontologiske, og mellom somatikere og psykikere hele veien. Siden 1980 tallet har den biologiske retningen stått sterkest i psykiatrien. Det har fått ny oppsving ved ny og forsterket forskning på nevrobiologien. Ekeland kaller dette for en rebiologisering, eller remedikalisering. Det har vært en voldsom forskning på biologiskefag som genforskning og hjerneforskning som videre har gitt oss nye muligheter til å observere hjerneaktiviteter (Ekeland, 2011).

Vestlig psykiatri bygger hovedsakelig på to diagnose-systemer: ICD-systemet ("internasjonal classification of diseases, injuries and cause of death", anbefalt av WHO og felles for somatiske og psykiske lidelse) og DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, utviklet av American Psychiatric Association). Begge systemene har sin forankring i biomedisinsk praksis for sykdomsklassifisering. Hvor det i teorien skal legges til grunn en naturlig oppfatning av sykdom og videre at diagnose og behandling skal kunne forklares ved den biologisk kroppen som natur. Kroppen som har opplevelser, erfaringer og historier faller utenom. Diagnostisering foregår da på flere nivå: Først må en kunne avgrense/kategorisere sykdommen ved og beskrive, deretter må en klassifisering kunne si noe om årsaken til sykdommen, videre om utviklingen og til slutt om hvilken terapi/medisin som kan fungere. Ofte kommer ikke psykiatrien lengre enn til første stadiet: beskrivelsen. Det har ikke vært mulig til nå å kunne påvise en psykisk lidelse med en avgrenset biologisk patologi. Det man ser er at psykiske diagnosekriterier er basert på sosiale, normative data (tanker, følelser og adferd). Disse dataene må videre fortolkes. Og det blir således vanskelig å forankre en psykiatri-diagnose i den biologiske modellen. Den har gått bort fra den naturlige kroppen, i stede tatt hensyn til kroppen som har opplevd og erfart. Ekeland hevder derfor at diagnose-systemet aldri har fungert slik intensjonen var. Han skriver at biologisk kunnskap absolutt er relevant i psykiatri, men at det ikke er legitimt for biologi å være førsteperspektivet når det kommer til mennesker som sliter med følelser, tanker og væremåter som gir et vanskelig og vondt liv (Ekeland, 2014).

Fra 1980 tallet har offentlig sektor vært styrt av modernisering og effektivisering. Videre ble 90- tallet preget av en kvalitetssikringsbølge som satte krav om dokumentasjon og etterprøving om tiltak fungerte. De fleste profesjoner innen helse og sosial ble nå pålagt en evidensbasert praksis. Klinikere som tidligere hadde kunne velge sine egne metoder for praksis ble nå mer styrt gjennom en vitenskapsforvaltning. Ekeland(2014) problematiserer dette at profesjonen blir styrt gjennom teknologi og vitenskap da denne kombinasjonen er uavhengig av den som handler og den som blir behandlet. Den tar ikke hensyn til det sosiale variable i en setting, hvor det meste foregår ved kommunikasjon som verktøy. Kommunikasjon er avhengig av en som snakker og den som blir snakket til er ikke et stabilt objekt, men et fortolkende subjekt. Dette kan derfor vanskelig sees i en stabil reaksjonskjede (Ekeland, 2014).

2.4 Komplisert sorg

Kunnskapen om sorg og sorgreaksjoner har endret seg de siste 30 årene. Fra å være fase teori med ulike stadier man måtte gjennom som sørgende har man nå gått over til å tenke at det ikke finnes *en* riktig måte å gå igjennom eller bearbeide tapsopplevelser på. Det å miste noen nær vil alle oppleve som en omveltende livshendelse. For noen, de fleste, vil dette forløpe helt av seg selv og man vil komme seg videre i livet uten særlig komplikasjoner, men integrere sorgen i sitt nye liv. Mens andre kan det bli en vedvarende sorg og man kan ha vanskelig for å komme videre, kalt komplisert sorg. Man har gjennom nyere forskning fått mer kunnskap om hvordan tapet kan ha stor innvirkninger på opplevelsen av identitet (Dyregrov, 2006).

Mai-Brit Guldin(2007) har beskrevet Tosporsmodellen til Stroebe og Shut som en modell som favner den brede variasjonene av sorgreaksjoner. Modellen beskriver sorg som en dynamisk og kompleks prosess som stadig er i utvikling. Hovedtesen er at sorgprosessen er en konstant bevegelse mellom konfrontasjon med og unngåelse av tapet. Bevegelsene går mellom to spor: Det tapsorientert og det gjenoppbyggende. Det tapsorienterte sporet innebærer arbeidet med sorgens følelser, akseptere tapet og adskillelse fra den døde. Det gjenoppbyggende spor innebærer alle de ting som har å gjøre med det endrede livet etter tapet. Nye ferdigheter som skal læres, annen adferd, nye roller, ny identitet og nye relasjoner. De to sporene jobber i en kontinuerlig prosess frem og tilbake mot hverandre for å integrere tapet i personens selvoppfattelse. Følelser skal håndteres og bearbeides i personligheten (den tapsorienterte) og problemorientert håndtering av spesifikke oppgaver som tapet forårsaker i personens dagligliv (den gjeninnførte). Begge delene er like nødvendige. De er avhengige og gjensidige prosesser i sorgarbeidet. Den psykiske forsvarsmekanismen fortregning er nødvendig i sorgprosessen. Fortregning på den tapsorienterte siden er nødvendig for at individet skal få konsentrere seg om den gjeninnførte siden. Det vil si at det er nødvendig å skubbe smerten over tapet til side for at en skal kunne få konsentrere seg om praktisk gjøremål i forbindelse med tapet. Og omvendt må personen få være i sorgens smerte mens praktiske gjøremål må vente. Denne fortregningen beskrives som nødvendig reguleringsmekanisme i psyken for at sorgen skal kunne bearbeides i personligheten (Guldin, 2007).

Tosporsmodellen peker på noen tegn som kan føre til at sorgen blir en komplisert sorg. Da kan det være at personen har en manglende dynamisk veksling mellom de to sporene, man

blir for ensporet. Dessuten peker forskningen til Stroebe og Shut på at personer som opplever å stå alene i sorgen kan få en komplisert sorg. Videre kan også andre samtidige hendelser komplisere sorgen. Hendelser som av belastende faktorer som annen sykdom i familien, dødsfall, ulykker eller komplisert forhold til den avdøde. Det er også et kjennetegn ved komplisert sorg at personen selv stiller spørsmål ved sin egen reaksjon, og opplever behov for profesjonell hjelp (Guldin, 2007).

3.0 Empiri

Narrative mitt handler om Anne som jeg møtte i min praksisperiode jeg hadde i en kommunal psykiatritjeneste. Før jeg møtte henne hørte jeg mine kollegaer omtalte henne som en kreativ dame, god til å male bilder med mye og dypt budskap i, flink til å sy, humørmessig svært dype berg og dal baner, kunne ”suge” all energi ut av en under en samtale med tunge tanker. Jeg ble fortalt at hun hadde vært innlagt noen ganger og hadde fått en diagnose innenfor personlighetsforstyrrelse.

3.1 Mitt første møte med Anne

Vårt første møte var på en organisert fellestur. Hun gikk for seg selv, godt foran resten av turgruppa da jeg tok kontakt med henne. Hun virket først litt usikker på meg, men hun var fort kontaktsøkende og tok initiativ til å ha meg på egenhånd hvor hun åpent fortalte om sin situasjon. Hun overøste meg med informasjon om seg selv og søkte mye informasjon fra meg om meg. Jeg opplevde at hun ønsket meg for seg selv da hun bad meg bli med på avstikkere bort fra gruppa. Det ble mye bare oss to. Etter turen følte jeg meg litt overrumplet og lurte litt på hva som egentlig hadde skjedd. Jeg følte jeg hadde blitt trukket inn i en relasjon som ble noe annet enn en klient - terapeut. Det ble mer venninner på tur.

3.2 Det andre møtet

Siden møtte jeg Anne til samtale på kontoret. Det var da en helt annen stemning over henne. Jeg opplevde henne nedtrykt, trist og med tunge subbene skritt. Hun møtte meg ikke med blikket. Hun beskrev sin situasjon som mørk og med tunge tanker om at det var ikke noe vits i å leve lengre. Hun opplevde at hun hadde prøvd alt av behandling og hjelp, men det var ingenting som hjalp. Hun hadde tidligere vært innlagt på akuttpsykiatrisk klinikk og gav meg en utdypende og beskrivende fortelling om hvordan det var,

opplevelser og hvordan det så ut. Senere ble hun overflyttet til tilhørende DPS. Dette beskrev hun også med bedrøvelig ord og opplevde ikke at det hadde noe hensikt. Anne var god med ord og det var lett å se bildet hun beskrev. Hun fortalte meg en gripende historie om hennes mor. Hvordan Anne opplevde det da moren ble syk og hun måtte pleie både henne og samtidig ta ansvar for sin far. Da moren døde ble Anne værende hjemme til etter begravelsen, så dro hun tilbake til sitt hus og sin jobb som var en god dagsreise fra barndomshjemmet. Hun beskrev det som at det ikke hadde skjedd noe på et halvt år mens moren var syk. Nå måtte hun hjem og få hverdagen tilbake. Hun gikk inn i krevende, full jobb og la alt hjemme bak seg. Senere ble hun utsatt for en stygg ulykke hvor hun fikk varige fysiske skader. Det var etter dette at hun opplevde at tankene ble mørkere og hun fikk erfare akuttpsykiatrien og DPS. Her fikk hun en diagnose innenfor personlighetsforstyrrelse. Hun opplevde denne diagnosen som feil. Hun hadde selv svaret på hvilken diagnose som kunne passe for henne. Hun hadde satt seg inn i kriteriene og ønsket å jobbe for at diagnosen ble forandret. Hun beskriver seg selv som spesiell og ikke helt som alle andre og det har hun vært hele livet sitt. Hun fortalte flere historier om sin mor, blant annet en bursdag hun hadde feiret sammen med foreldrene og venner på hytta. Bursdagen til Anne nærmet seg nå og dette opplevde hun som vanskelig. Som hun sa: ”Hva kan slå den bursdagfeiringa (på hytta)?”.

Det var lite lyspunkt i samtalen. En av mine veiledere hadde anbefalt meg å prøve å vinkle samtalen inn på noe positivt, ikke la henne dra meg med i de triste og tunge tankene. Jeg hadde et par utspill, men ingenting av det jeg sa fikk oss opp igjen. Vi forble i den tunge og mørke samtalen. Samtalen varte alt for lenge og jeg måtte tilslutt avbryte henne og avslutte. Hun dro med like tung tanker som da hun kom. Jeg hadde en opplevelse av og ikke ha lyktes med å få henne opp av gropa.

Anne ble drøftet under en gruppeveiledning noen dager etter første samtale. Det ble her presisert at det var viktig at hun ikke fikk for mange samtaler og for mye tilbud av oss som hjelpeapparat. Med hennes diagnose ville det bare gjør vondt verre.

3.3 Den siste samtalen med Anne

Den siste gangen jeg møtte Anne hadde de mørke tankene sluppet taket. Hun møtte meg nå med blikket og med et smil på lur. Når hun skulle beskrive hva som hadde skjedd hadde hun ikke svaret, ”det var som å trykke på en knapp” svarte hun. Langsomt ble alt bare

bedre. Hun fortalte om hvordan de mørke tankene begynte. Det begynte med tanker om moren og savnet etter henne. Så ballet det på seg med dårlige tanker om seg selv, dårlig selvfølelse og alt som var galt med henne. Hun fortalt at hun gravde seg ned i en vond spiral og ønsket å fikse alt og da skulle det skje litt fort. Da opplevde hun at hun ble manipulerende, selvskadet, ting bare skjedde. Hun ønsket å stoppe det med klarte ikke.

4.0 Diskusjon

4.1 Hvordan kan man forstå Anne ut fra et humanistisk syn?

Humanismen er lite opptatt av sykdom men forstår en slik situasjon som at mennesket har mistet kontakten med seg selv og sitt sosiale liv. Humanismen søker etter selvinnsett fremfor sykdomsinnsikt. Mennesket som har mistet kontakten med seg selv lever et uekte liv og føler seg ufri til å velge sitt eget liv. Man kan føle seg trist, nedstemt, isolert og hjelpesløs. Samtidig gir det seg også uttrykk i møtet med andre mennesker, hvor man kan føle at relasjonen og kommunikasjonen oppleves falsk, uten nærhet og ekthet. Mennesket har i sin helhet mistet, eller aldri funnet, det som gir mening i livet (Haugsgjerd et al. 2009).

Anne beskriver sin situasjon med ord som mørk og tung. Hun ser ikke noe poeng i å leve lengre. Hun opplever at hun har prøvd alt som er av behandling og hjelp men til liten nytte. Hun opplever verden som ganske svart. Hun ser ikke noe plass for seg i tilværelsen. Vanskelig å se løsninger. Anne har vært utsatt for to livshendelser som vi vet om og som ville ha preget alle mennesker: å miste noen nær og en ulykke. Kan dette ha ført til at hennes tankemønster har ”kjørt seg fast”? Kan det ha ført til at hun har mistet kontakten med seg selv? Først opplevde hun at hennes mor ble syk og Anne måtte være der og stelle henne og sørge for at også faren hadde det bra. Etter en periode med sykdom døde moren. Anne dro fra sitt barndomshjem og sin far raskt etter begravelsen for å gjenoppta sitt liv på sin nye hjemplass. Hvordan kan det ha preget Anne at hun måtte være der å stelle for sin syke mor og sørgende far? Har Anne fått bearbeidet sorgen etter morens død? En annen opplevelse var en ulykke som gav henne fysiske skader. Hvordan kan dette ha preget Anne fysisk og psykisk?

Hermeneutikken søker etter å forstå. Som terapeut skal jeg søke etter å forstå klientens livsverden. Her er det Annes opplevelse og historie som er sannheten og jeg må søke etter å forstå den. Den hermeneutiske spiral er en metode utviklet under hermeneutikken og beskriver forståelsen som flere livhendelser som påvirker hverandre under en kulturell og sosial sammenheng (Haugsgjerd et al., 2009).

Anne har opplevd å miste sin mor som er en stor livhendelse. Jobb blir ikke som hun har tenkt. Hun mestrer det ikke. Det blir for mye. Hun har vært innlagt på psykiatrisk avdeling og hun får stadig oppfølging fra den kommunale psykiatriske helsetjenesten. Hun har vært utsatt for en ulykke som har preget henne fysisk, og mest sannsynlig også psykisk. Dette kan sees som enkelthendelser som påvirker hverandre i en spiral. Spiralen blir også påvirket av Annes sosiale og kulturelle tilhørighet. Anne tilhører vår vestlige kultur med de verdier og normer som følger den. Ut fra dette kan man anta at Anne har negative tanker om det at hun ikke mestrer jobb og livet. Hun er opplært til å klare seg selv være selvstendig. Det kan oppleves tabu og være innlagt på psykiatrisk avdeling. Det kan oppleves som tabubelagt å gå til behandling i kommunepsykiatrien. Alle enkelementene kan sammen være med på å gi Anne en følelse av å ikke strekke til, ikke være god nok, ikke finne sin plass i samfunnet. Slik kan Annes spiral spinne videre.

Maslow ser på psykisk sykdom som en mangelsykdom. Og mener med det at de grunnleggende behovene i pyramiden ikke er tilstrekkelig dekket. De fysiologiske behovene må være tilfredstilt oppfylt, ellers vil mennesket føle en mangeltilstand som vil påvirke dens eksistens. (Haugsgjerd et al., 2009).

Hvordan har de grunnleggende behovene til Anne blitt dekket i barndommen? Hvordan har foreldrene møtt hennes behov for trygghet, kjærlighet og tilhørighet blant annet? Maslow beskriver behovsdekningen i tidlig barndom som viktig for frigjøring senere i livet (Haugsgjerd et al., 2009).

Anne drar tett etter begravelsen for å komme tilbake til sitt liv. Hun beskriver det som om verden har stått stille siden moren ble syk. Hun drar tilbake til full og hektisk jobb hver dag. Anne ønsker tilbake til tiden hvor hun opplevde anerkjennelse for arbeidet hun gjorde. Hun var dedikert og hengiven i arbeidet sitt. Det blir ikke som Anne helt har tenkt seg. Det er som å forstå at det har oppstått et mangelbehov. Behovene hos Anne har endret seg. Anne

har mistet sin mors nærvær, kjærlighet og trygghet. Dette kan ha gitt henne mangel på følelsen av tilhørighet hos viktige omsorgspersoner. Hun har mistet en sterk morskjærlighet og behovet blir ikke dekket opp fra andre steder. Ulykken kan også ha gitt henne mangelbehov. Ulykken kom brått og uventet. Dette kan ha gitt Anne en følelse av at verden er et utrygt sted og være.

4.2 Hva vil være viktig ut fra personsentrert teori for å bygge en god relasjon til Anne?

Rogers og personsentret terapi vektlegger empati, ubetinget forståelse og ektehet/kongruens som viktige terapeutiske grunnholdninger. Dette er avgjørende for at klienten skal oppleve seg møtt og forstått. I personsentret terapi skal klient og terapeut være to likeverdige parter. Ikke bare i det terapeutisk møtet men også i det eksistensielle møtet skal terapeut og klient søke å beskrive, forstå og erkjenne sine egne livsproblemer overfor den andre (Haugsgjerd et al., 2009). Rogers vektlegger viktigheten av å lytte og søke å forstå klientens subjektive opplevd livshistorie og verden. Klientens opplevelsesverden blir ofte glemt ettersom det ofte blir fokusert på klientens symptomer, diagnoser og metoder for å avhjelpe dem (Cain, 2007).

Anne har forsøkt ulike behandlingstilbud uten særlig hell. Nå går hun til samtale i et kommunalt tilbud. Hun beskriver akuttpsykiatrien og DPS med negative ord og opplever ikke at noen kan hjelpe henne. Hvordan kunne disse møtene blitt bedre? Hvordan kan behandlingstilbudet møte Anne? Empati hos terapeut innebærer innlevelse i den andres opplevelse. Klienten skal oppleve varme og forståelse for sine opplevelser, tanker og følelser. Anne skal i møtet med meg oppleve at jeg kan gi henne tilbakemelding på det hun beskriver som treffer henne, noe som sier at "vi er på samme planet". Når en klient møter sin terapeut for første gang er han eller hun svært oppatt av om de likte og følte seg komfortable med terapeuten. Det handler mer om hvem vi er, enn hva vi kan om teorier og teknikker (Cain, 2007). Anne må føle seg vel med meg som person. Hun må føle seg ivaretatt og viktig i møtet med meg. Som terapeut skal en ikke være i en observerende posisjon men aktivt delta med spørsmål for å søke å forstå klientens verden. Når Anne får følelsen av å bli forstått vil det hjelpe til å skape en god terapeutisk allianse. Videre handler det om at Anne skal lære om seg selv gjennom selv-refleksjon. Hun skal få reflekter om sitt liv, tanker og holdninger. Cain (2007) mener beste veien for klienten å

lære om seg selv gjennom refleksjon er når terapeuten kan opptre på en empatisk måte og i klartekst kommunisere klientens refleksjoner tilbake. Skulle man som terapeut være i tvil, handler det om å lytte, og søke en større forståelse av situasjonen.

Gjennom ubetinget positiv forståelse skal terapeuten bidra til å gi klienten håp og optimisme(Cain, 2007). Anne trenger å få følelsen av at det er håp om bedre tider; en dag vil hun igjen oppleve mening med tilværelsen og livet sitt. Som terapeut må jeg ha en tro på Annes evne til å utvikle seg finne veien til et bedre liv.

Gjennom ekthet og kongruens skal terapeut være likestilt med klienten. Terapeut skal være ærlig i opplevelsen av klienten og det som blir sagt og gjort i en samtale(Haugsgjerd et al, 2009). Anne må få opplevelsen av at hun er en likeverdig part i terapisarbeidet hvor en skal søke å beskrive og forstå hverandres livssituasjoner. Anne skal føle at jeg som terapeut er der for henne fult og helt tilstede uten noen skjult agenda. Da vil det være mulig for Anne å få en trygghetsfølelse som videre kan få henne til å åpne opp sine innerste tanker og opplevelser. Ved at jeg som terapeut er fult oppmerksom på Anne vil jeg samtidig være mer åpen og mottakelig for det som måtte komme fra henne. Jeg som terapeut skal gå inn i Annes verden og være der for henne og med henne(Cain, 2007).

Gjennom disse terapeutegenskapene vil det være rimelig å anta at det er mulig for Anne å oppleve seg forstått og møtt. Med den opplevelsen vil det være tenkelig at hun ønsker å jobbe sammen mot å søke forståelse for meningen med sin livstilværelse. På denne måten vil forholdene ligge til rette for videre god kontaktetablering og relasjonsbygging mellom Anne og terapeut.

4.3 Hvordan kan Anne oppleve frigjøring og vekst gjennom humanistisk perspektiv?

Rogers har troen på mennesket iboende ønske om utvikling, vekst og forandring av personligheten for å virkeliggjøre sine evner og muligheter. Dette må gjøres med klienten som ekspert på sitt eget liv. Det er hennes individuelle opplevelser og tolkninger som er virkeligheten(Bjerke og Svebakk, 1997). For at klienten skal oppleve frigjøring og vekst må hun bli møtt med empati, ubetinget positivitet, ekthet, kongruens og få en bevissthet

om egne følelser. Maslow mener at de underliggende behov må være adekvat tilfredsstilt for å kunne nå vekst og selvrealisering (Haugsgjerd, et al. 2009).

For at Anne skal få en opplevelse av at ting går bedre er det viktig for henne å få følelsen av å bli forstått og akseptert for den hun er. Rogers mente at gjennom selv –refleksjon ville klienten få se seg selv gjennom nye ”briller” og vil da få et nytt bilde av seg selv og sin situasjon. Selv –refleksjon skal da være i samarbeid med terapeut som oppleves empatisk, ekte og ubetinget positiv (Cain, 2007 og Haugsgjerd, 2009). Gjennom å la Anne fortelle om sin historie, opplevelser og få uttrykke sine følelser må jeg som terapeut møte henne med rom og aksept. Da vil det oppstå en vekst hos Anne (og hos meg som terapeut).

Cain (2007) opplever det virkningsfullt i terapisarbeidet å få klienten til å stoppe opp ved ting som rører han som terapeut og fortelle tilbake til klienten hva en hørte henne si. Dette får klienten til å ”høre seg selv” og reflekter over det hun har sagt. Kan gi verdifull innsikt i sin egen livssituasjon.

Ut fra Maslows teori har det oppstått mangelbehov hos Anne. Hennes tap av mor kan ha gitt henne mangel på (mors)kjærlighet som ikke har blitt erstattet av andre. Ulykken kan ha skapt en grunnleggende utrygghet. Fravær fra arbeid kan ha gitt henne en mangel av opplevd tilhørighet. For at Anne igjen skal søke mot selvrealisering, er det viktig å få en adekvat dekning på de grunnleggende behovene. Det er rimelig å tenke at gjennom selv –refleksjon i samarbeid med terapeut som oppleves som empatisk, ekte og kongruent, vil det være en mulighet for å få en adekvat tilfredsstillelse av mangelbehovene. Videre kan Anne da igjen strekke seg mot selvrealisering og vekst.

4.4 Kan en diagnose overskygge et menneskes sorg?

Anne beskriver sine møtet med Akuttpsykiatrien og DPS som lite virkningsfullt. Hun opplever ikke at det har gitt henne noe fremgang i forhold til hennes situasjon. Hun føler alt like håpløse og svart. Hvordan har hun blitt møtt på disse behandlingsinstitusjonene? Hvordan har de konkludert med at Anne har en sykdom innenfor kategorien personlighetsforstyrrelse? Slik som Anne beskriver møtene med behandlingsinstitusjonene er det rimelig å anta at hun ikke har opplevd å bli møtt med medmenneskelighet, likverdighet eller anerkjennelse. Hun opplever ikke å ha blitt sett eller fått den hjelp hun trenger. Hun har ikke blitt sett på som et subjekt. ”Hele” Anne har ikke blitt sett av

behandlingsinstitusjonene. For at brukeren skal stå som et subjekt i behandlingen krever det mer enn bare kunnskap og kompetanse hos fagpersonen. Det handler om et komplekst sammensatt kompetansenivå. Fagpersonens samlet kunnskap om etikk, kommunikasjon, forståelse av kontekst og gode faglige begrep til å gripe med, bidrar til at klienten kan fremstå som subjektet(Ekeland, 2014).

Anne er selv bestemt på at hun har fått feil diagnose. Hun har svaret på hvor hun hører hjemme i diagnosesystemet. Hva kan være årsaken til at Anne er opptatt av dette med diagnoser? Kan det være at Anne opplever det vanskelig å være pasient i psykiatrien? Hun forstår ikke hva som er ”galt” med henne? Hvorfor er hun så annerledes enn alle andre(hennes eget utsagn)? Ekeland(2014) beskriver psykiatrien som et vanskelig felt å jobbe i ettersom det handler om ulike menneskelige fenomen. Mennesker som av ulike grunner finner det vanskelig å være tilstede i verden. Mange tyr derfor til andre identiteter og objektiviserer seg selv som en løsning. Det er rimelig å anta at Anne søker etter å normalisere seg selv, sine tanker og sin adferd. Fordi hun opplever verden som et vanskelig og uoversiktlig sted å være i for tiden, søker hun forklaring til sin situasjon. Gjennom å få den rette diagnosen på plass kan det gi henne svaret på hvorfor alt er som det er i hennes liv akkurat nå.

Behandlingsinstitusjonene er i dag lagt under dokumentasjonskrav og krav om å vise at behandlingen virker, evidensbasert praksis. Behandlingen blir styrt til og skal kunne gjelde for alle. Det er lite rom for variasjon. Det virker dårlig når man skal jobbe med mennesker i en vanskelig livssituasjon og som har problemer med verden de lever i. Verktøyet som blir mest brukt i disse behandlingsinstitusjonene er kommunikasjon. Kommunikasjon er avhengig av en som snakker og den som blir snakket til ikke er et stabilt objekt, men et fortolkende subjekt. Dette kan derfor vanskelig sees i en stabil reaksjonskjede (Ekeland, 2014). Hvordan har så Anne endt opp med sin diagnose? Det er tenkelig at hun har blitt møtt med kartleggingsskjema og samtale med fagpersoner som har konkludert med en diagnose. Har samtalene og kartleggingsverktøyet da vært preget av å søke etter en diagnose fremfor å ”se” Anne? Har institusjonene vært under slikt press at Anne må ha en diagnose for å være der? Det er ikke tid til å se ”hele” Anne under slike omstendigheter? Hva gjør da en diagnose med mennesket og hva utløser den? Det blir mange spørsmål og vanskelig å få svar. Men det kan se ut til at Anne har vært et offer for at systemet.

Når Anne skal forklare hvordan de dårlige periodene begynner, forteller hun at det begynner med tanker om moren og om savnet etter henne så baller det på seg. Kan det være at Anne går med en ubearbeidet sorg etter moren. En sorg som har blitt en komplisert sorg? Noen av indikatorene på en komplisert sorg kan være lite veksling mellom de to sporene i tosporsmodellen, ensidig håndteringsmekanisme, lite støtte i sorgprosessen, andre samtidige kompliserende hendelser som sykdom og ulykker(Guldin, 2007). Anne var der til støtte for moren og faren i perioden før hun døde. Hun var den som måtte ta ansvar for begge. Tett etter begravelsen dro hun tilbake til arbeid og sitt eget hjem, en god dagsreise fra barndomshjemmet. Opplevde Anne støtte i sorgprosessen? Slik Anne beskriver situasjonen kan det virke til at hun stod alene i sykdomsforløpet til mor og i tiden etterpå. Hun dro fra alt og hjem til venner og kollegaer som lenge hadde vært langt unna. Viste de støtte til henne i sorgprosessen? Ei stund etter morens død ble Anne utsatt for en ulykke som satte sine fysiske og psykiske spor. Kan dette ha vært en faktor som har komplisert sorgen til Anne?

Det sentrale i tosporsmodellen er at sorg er både emosjonsfokuseret håndtering, hvor tapet bearbeides følelsesmessig i personligheten og problemorientert håndtering som viser til de spesifikke oppgaver tapet har forårsaket i personens daglige liv. Begge deler er nødvendige prosesser i sorgen og rekkefølgen på hvilket spor en person er i vil variere i tid og fra person til person. En komplisert sorg kan vise seg ved at en person blir værende for mye i et spor(Guldin, 2007). Det er tenkelig at Annes sorgprosess er blitt ensporet. Hun har lagt igjen sorgen i barndomshjemmet. Hun finner ikke veien til sitt nye liv. Det handler mest om følelsene over tapet av moren. Hun klarer ikke å etablere sin nye identitet uten moren. Kan hende hun har hatt et nært og tett forhold til moren som gjør det vanskelig å finne sin nye identitet uten henne. Finne nye roller for hvem skal på en måte kunne ta over all støtten hun opplevde hos sin mor? Hun har problemer med å være på jobb, fungere sammen med venner og høytider blir kompliserte.

Har diagnosen overskygget Annes sorg for moren? Det er tenkelig at Anne kan ha en diagnose, men det kan også virke som hun har en sorg som hun ikke har fått bearbeidet hensiktsmessig. Hun vender stadig tilbake til tanken på moren og savnet etter henne og da begynner den vonde, nedgående spiralen som gjør at hun ikke opplever å henge sammen som menneske. Kan det være at man i fagmiljøene fort hopper til en konklusjon om diagnose uten å ha søkt etter å ha forstått hele mennesket? Er diagnosen nødvendig for å

forstå og hjelpe Anne? Hva bidrar den av hjelp til hos henne? Diagnosen utløser ulike rettigheter som sykemelding og tilrettelagt arbeid. Hun er inni et system som søker å hjelpe henne. Systemet forstår at hun trenger hjelp men hjelper diagnosen til å se den rette hjelpen dersom diagnosen ikke er rett, eller ikke er det sentrale i problemet? Kan det være slik at Anne trenger tid og rom til å bearbeide sorgen? Kan det være løsningen for at hun skal finne sin nye identitet og være tilbake i arbeidslivet og være selvgående? Det kan virke som om personsentret teori vil være en god metode å hjelpe Anne til å reflektere over sitt liv og sine handlinger gjennom empatisk tilstedeværelse og ubetinget positiv forståelse. Det er da tenkelig at sorgen over mor vil komme mer frem i bevisstheten og bidra til at Anne kan legge denne bak seg. Videre kan hun da konsentrere seg om andre ting. Om det så er diagnosen, arbeidslivet eller andre ting.

Når jeg, som terapeut, har konkludert med at Anne har en sorg etter mor, har jeg nå gjort henne til et objekt? Kan så hende. Jeg må da reflektere sammen med Anne og se om hun kan finne noen sannheter i mitt utsagn. Gjennom personsentrert teori og subjektontologien vil det være viktig at jeg som terapeut fortsetter å ha en åpenhet og likeverdig dialog med Anne for å få henne til å søke etter sin livsvei og nye identitet om det er å jobbe med sorgen eller om det skulle komme noe annet viktigere opp i samtalen med henne. Det er Anne som eier symptomene og vet hva som blir rett for henne og når tiden er rett for det.

Når Anne er subjektet ser vi ”hele” Anne. Vi ser henne som et menneske med sin kompetanse, drømmer og historie. Det er dette som er målet i personsentrert terapi. Og det er det Ekeland(2011 og 2014) mener man har mistet i diagnosesystemet og dagens psykiatri. Systemet har skapt kartleggingsverktøyverktøy, dokumentasjonskrav, evidensbasert behandling som gjør at fagarbeidere blir presset til å behandle mennesker som objekter.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg problematisert hvordan merkelapper som diagnoser kan påvirke oss som helsepersonell i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser. Jeg har lenge vært opptatt av menneskers forutinntatthet og hvordan vi blir påvirket av faguttrykk og diagnoser. Jeg har i ulike settinger opplevd at mine medstudenter og kollegaer har vært

mer opptatt av å finne faglige beskrivelser fremfor å være genuint interessert i mennesket foran dem. Samtidig som jeg mener vi ikke skal være så opptatt av diagnoser, kan jeg se at det i noen sammenhenger vil være svært viktig. Jeg kan se at klienter, pårørende og andre kan oppleve det som en lettelse å få en ”fasit” til hvorfor han/hun gjør og tenker som hun gjør. Men en diagnose er bare en diagnose, et menneske er så mye mer. Arnhild Lauveng har skrevet bok (flere) om sin opplevelse av å være schizofren. Hun problematiserer diagnoseperspektivet slik:

...man må forbi diagnoser og beskrivelse og inn på forståelser, resurser og livssituasjon. For et symptom er alltid nettopp det, et symptom på noe, noe annet og ikke en sykdom i seg selv. Og det kan hende er den største faren med en diagnose. Den blir så lett sirkulært og skjuler så lett det viktige. En diagnose settes som sagt ut fra de symptomer en person har; vrangforestillinger, hallusinasjoner osv. Arnhild hører stemmer (og har mange andre symptomer), da er Arnhild schizofren. Hvorfor hører Arnhild stemmer? Fordi hun er schizofren. Da er ringen sluttet og sirkelen komplett. Ikke mulig å få noe dypere forståelse av noe som helst(Lauveng, 2005, s.134).

Elisabeth Swensen uttalte i Debatten (Nrk14.04.2016) blant annet: ”Diagnoser settes for raskt og for lett.” ”Følelser er blitt sykdom.” ”Diagnoser utløser rettigheter for å komme ut av arbeidslivet. Er det dit vi vil?”. Fastlege Gisle Roksund skrev i en kronikk i Aftenposten(06.10.2015) ”Sorg blir depresjon. Maur i rompa blir ADHD. Sjenanse blir sosial angst. Morderne psykiatri er i krise”. Swensen og Roksund savner normalvariasjonen blant mennesker. Gi menneskene mestringsmuligheter til å komme gjennom normale reaksjoner på livshendelser. De mener at det ikke er noe grunnlag for at mennesker som er har ”lettere psykisk sykdom” nødvendig vis blir bedre av å gå i terapi. Roksund opplever at pasienter han henviser til psykiatrisk poliklinikk, blir møtt med hauger av kartleggingsskjemaer, spørreskjemaer og en jakt på symptomer og adferd. Han etterlyser terapeuter som søker å se hele mennesket.

Det har vært en interessant reise å skrive denne oppgaven. Etter å ha truffet Anne noen ganger trodde jeg at jeg satt med løsningen på kasuset mitt. Jeg var negativ til all fokus på diagnose, både fra Anne og kollegaer og samfunnet generelt. Jeg møtte Anne og gjorde en konklusjon på at hun satt med en sorg, en stor og ubearbeidet sorg etter sin mor. Jeg objektiviserte henne like godt som diagnostikerne gjorde. Jeg var ikke lenger på samme

sted som Anne, vi var ikke lengre på samme perspektiv. Jeg hadde konkludert. Det handler om å møte personene her og nå. Være åpen for alt som kan skje i en samtale og være med på reisen sammen med pasienten, klienten, den lidende. Det er en utfordring å være åpen og uten konklusjoner. Så fort vi som helsepersonell konkluderer har vi objektivisert.

Ekeland (2014, s.219) skriver:

Å nå den andre som subjekt gjennom å formulere hypoteser og stille diagnoser eller på annen vis freiste å inkorporer den andre i dine og fagets kategorier, er dømt til å mislukke. Den andre som et unikt subjekt kan en berre erkjenne ved å stille seg open. Dette innebærer epistemologisk ansvar, en refleksiv åndsjukenskap som gjør oss sensitive for grenser, grenser for hva vi veit og for hva det er mulig å vite.

Personsentret terapi er en egnet terapiform i å kunne se hele mennesket, være åpen for det som måtte komme. Det er en krevende form å jobbe i. Og jeg spør meg selv om jeg vil få det til? Er jeg empatisk nok? Er jeg genuint interessert? Er jeg tilstede for klienten fullt og helt uten skjult agenda? Om jeg så får til alt dette må jeg passe på å ha en avstand til klienten for at jeg ikke skal bli altopplukkende. Jeg skal være ærlig med klienten og gi beskjed når jeg opplever noe som urettferdig eller ikke er i samsvar med mine verdier. Samtidig være inkluderende og ubetinget positiv. Det krever sin terapeut og jeg tenker det er noe jeg vil jobbe mot. Jobbe mot å hele tiden ha klienten i fokus, søke å se subjektet med dens historie, opphevelser, håp og drømmer for livet sitt.

En diagnose er bare en beskrivelse. Skal vi forstå må vi se hele mennesket.

6.0 Referanser

Cain, David J. (2007), *"What Every Therapist Should Know, Be and Do: Contributions from Hummanistic Psychotherapies"*, J Contemp Psychother 37:3-10

Bjerke, Tore og Svebak, Sven (1997), *"Psykologi for høgskolen"*, Oslo: AD Notam Gyldendal AS

Dyregrov, Atle (2006) *"Komplisert sorg: teori og behandling"*,(s.779-786) Tidsskrift for norsk psykologiforening nr. 43

Ekeland, Tor – Johan(2011) *"Ny kunnskap – ny praksis Et nytt psykisk helsevern"*, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Ekeland, Tor –Johan(2014) *"Frå objekt til subjekt – og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring"*, (s. 211 -220) Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 3, Universitetsforlaget

Guldin, Mai-Britt (2007) *"Sorg-reaksjoner – ny forståelse og behandling"* (s.45.50) Klinisk sygepleje, 21.årgang nr. 2

Haugsgjerd, Svein, Jensen, Per, Karlsson Bengt, Løkke, Jon A (2009) *"Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle"*, Oslo: Gyldendal Akademiske, 3.utg 2 opplag

Lauveng, Arnhild (2005), *"I morgen var jeg alltid en løve"*, Oslo: Cappelen Damm AS

Roksund, Gisle (2015), *"Sorg blir depresjon, Maur i rompa blir ADHD. Sjenanse blir sosial angst. Moderne psykiatri i krise"*, kronikk i Aftenposten 06.10.2015