



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Personsentrert tilnærming ved førstegangpsykose -  
styrker og svakheter.**

Line Rakvåg Malones

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 11.02.20



## 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 plagiattkontrollert i URKUND, 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"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Solveig Karin Bø Vatnar

## 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

Dato: 11.02.20

**Antall ord: 8779**

## Forord

*«At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der.»*

*- Søren Kierkegaard*

## Sammendrag

Jeg ønsker med denne fordypningsoppgaven å drøfte eventuelle fordeler og begrensninger en personsentrert tilnærming til et menneske med førstegangpsykose kan føre med seg.

Til dette formålet benytter jeg teori om humanistisk psykologi, personsentrert psykoterapi og førstegangpsykose, samt forskningsartikler om behandling av førstegangpsykose og stigmatisering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

Oppgaven bygger på mine møter med «Marit», en pasient som jeg samarbeidet med i min tidligere jobb på en psykiatrisk døgnavdeling. Hun var i en psykotisk tilstand, og innledningsvis fokuserte jeg først og fremst på hennes diagnose. Jeg innser i dag at dette medførte at jeg mistet noe av det humanistiske perspektivet, noe som kan være til stor hjelp når den terapeutiske alliansen skal bygges. Marit og jeg hadde ikke samme agenda, og den terapeutiske relasjonen ble derfor begrenset. Tiden gikk, og Marit ble ytterligere påvirket av sine vrangforestillinger og bar preg av å ha vært langvarig innlagt. På dette tidspunktet følte jeg på stor usikkerhet rundt hvordan jeg kunne hjelpe henne videre.

Etter hvert endret tilnærmingen min seg til å bli personsentrert. Jeg hadde en mer likeverdig og aksepterende holdning overfor Marit, og samtidig forsøkte jeg å tilrettelegge for at hun kunne ta selvstendige valg. På denne måten opplevde jeg at Marit i større grad oppnådde frigjøring og vekst.

Samtidig har jeg fått økt innsikt i den biomedisinske behandlingen, som man ved behov, bør implementere hos mennesker med førstegangpsykose. Jeg ser at det ville kunne være utfordrende å benytte en personsentrert tilnærming alene, uten å samtidig ha fokus på diagnostisk avklaring og anbefalt behandling ved førstegangpsykose. I ytterste konsekvens ville man risikere at pasientens helse ikke ivaretas på en forsvarlig måte.

Det å vinne pasientens tillit er imidlertid helt avgjørende for å komme i en posisjon hvor man i større grad vil kunne lykkes med behandlingen.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	2
1.2	Delproblemstillinger .....	2
1.3	Litteratursøk .....	3
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>4</b>
2.1	Førstegangpsykose .....	4
2.2	Humanistisk psykologi.....	6
2.2.1	Hermeneutisk filosofi.....	7
2.2.2	Fenomenologisk filosofi .....	7
2.2.3	Eksistensialistisk filosofi.....	7
2.3	Personsentrert psykoterapi .....	8
<b>3.0</b>	<b>Narrativ</b> .....	<b>10</b>
3.1	En kompleks kvinne i 40-årene.....	10
3.2	«Dere skjønner jo ingenting».....	11
3.3	«Jeg ser Djevelen i dine øyne» .....	12
3.4	«Jeg må vite at du er her med meg».....	13
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>14</b>
4.1	Hva er fordelene med en personsentrert tilnærming til et menneske med førstegangpsykose?.....	14
4.1.1	Empati og likeverdighet .....	14
4.1.2	Ekthet og kongruens.....	16
4.1.3	Valg og ubetinget positiv forståelse.....	18
4.1.4	Ivaretagelse av grunnleggende behov .....	21
4.2	Hva er begrensningene ved en personsentrert tilnærming til et menneske med førstegangpsykose?.....	23
4.2.1	Manglende diagnostisk fokus.....	23
4.2.2	Manglende reduksjon av ubehag.....	24
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon med forslag til videre forskning og fagutvikling</b> .....	<b>27</b>
<b>6.0</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>29</b>



## 1.0 Introduksjon

For å kunne yte best mulig helsehjelp til pasientene, har jeg som sykepleier ønsket å tilegne meg kunnskap om diagnoser og deres tilhørende behandling. Diagnosene var trygge veivisere, og i min jobb på et distriktpsikiatrisk senter var også en betydelig del av arbeidet mitt relatert til diagnostisk utredning. Jeg fikk likevel erfare at det å stille en diagnose ikke alltid førte til positiv endring eller restitusjon hos pasienten. Først og fremst gjaldt dette mennesker med psykoselidelser, hvor jeg opplevde at diagnosefokuset ikke alltid utgjorde en positiv forskjell for dem. Videre kunne det være vanskelig å vite hvordan man burde gå frem for å skape en god relasjon til disse pasientene.

Denne oppgaven er basert på mine møter med «Marit». Narrativet er basert på klinisk erfaring, men for å ivareta pasientens anonymitet er det i sin helhet fiktivt.

I etterkant av at Marits bror døde av selvmord hadde hun utviklet vrangforestillinger om at hun var alvorlig kreftsyk og besatt av Djevelen. Omsider hadde hun gjennomført et selvmordsforsøk.

Selv etter en langvarig innleggelse ved døgnavdelingen ble hun ikke merkbart bedre. Vår tilnærming, som blant annet besto av medisiner og elementer av kognitiv atferdsterapi, førte tilsynelatende ikke frem.

Derimot ble Marit og jeg godt kjent med hverandre, og min tilnærming til henne endret seg gradvis. Fremfor å veilede og overbevise henne prøvde jeg heller å forstå hvordan hun hadde det. Jeg ønsket samtidig å ivareta Marits autonomi gjennom å engasjere henne i behandlingen. Og da relasjonen vår ble mer ekte og likeverdig, begynte Marits tilstand å bedre seg.

Når jeg i dag ser tilbake på perioden sammen med Marit, innser jeg at vendepunktet tilkom i takt med at tilnærmingen min ble mer personsentrert. Dette er en holistisk tilnærming der terapeuten møter pasienten med tiltro og likeverdighet. Symptomer og problemer representerer en komplisert livs- eller følelsessituasjon som kan ramme alle mennesker. Målet er at pasienten skal skape mening i livet gjennom å ta valg (Haugsgjerd et al. 2009).

## **1.1 Problemstilling**

**«Hvilke styrker og svakheter har en personsentrert tilnærming ved førstegangpsykose?»**

Ifølge Cullberg (2001, 240) kan tidlig medikamentell og psykoterapeutisk behandling ved psykose bidra til en god prognose. Psykoterapi er uvurderlig hvis den tilpasses pasientens sykdomsfase og ressurser, i motsatt fall vil den kunne være meningsløs. Ved en opplevelse av utrygghet og for store krav kan pasienten nemlig øke sine tendenser til psykotisk tenkning.

Personsentrert psykoterapi preges av terapeutens empati, ekthet, kongruens og bevisstgjøring av følelser. Terapeuten tenker at alle mennesker har et potensiale for vekst, og den terapeutiske relasjonen skal være likeverdig og virke modenhetsfremmende. Man benytter begrepet klient fremfor pasient (Haugsgjerd et al. 2009).

En personsentrert tilnærming vil kunne ivareta pasientens behov og autonomi. Samtidig fokuseres det ikke på diagnoser, terapeutisk veiledning eller problemorienterte tiltak, noe som kan medføre at behandlingen ved psykotiske tilstander blir ufullstendig. Jeg vil derfor drøfte hvilke styrker og svakheter en personsentrert tilnærming til en pasient med førstegangpsykose kan ha.

## **1.2 Delproblemstillinger**

- **Hva er fordelene med en personsentrert tilnærming til et menneske med førstegangpsykose?**
- **Hva er begrensningene ved en personsentrert tilnærming til et menneske med førstegangpsykose?**

### 1.3 Litteratursøk

Jeg utførte litteratursøk i databasen PubMed. Etter å ha lest relevante sammendrag ble aktuelle artikler lastet ned for gjennomlesning.

Jeg inkluderte til slutt tre artikler; «Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update», «The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices», og «Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis».

#### PubMed

Søkeord: engagement OR recovery AND psychosis OR first episode psychosis AND shared decision making AND person-centered care OR person centered AND alliance  
Avgrensninger: review, free full text, humans, english language

Antall treff: 5

Inkludert i oppgaven:

- **Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update** (Lisa B. Dixon, Yael Holoshitz, Ilana Nossel, World Psychiatry 2016).

#### PubMed

Søkeord: mental disorder AND stigma OR prejudice OR attitudes OR social distance  
Avgrensninger: free full text, humans, review

Antall treff: 2

Inkludert i oppgaven:

- **The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices** (Wulff Rössler, EMBO Reports 2016).

#### PubMed

Søkeord: first episode psychosis AND treatment

Avgrensninger: free full text, humans, review, maks fem år siden publikasjon

Antall treff: 28

Inkludert i oppgaven:

- **Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review** (Leclerc et al., Revista Brasileira de Psiquiatria 2015).

## 2.0 Teori

### 2.1 Førstegangpsykose

Biologiske faktorer er sentrale i utviklingen av psykose, og det er vesentlig å avdekke eventuelle organiske årsaker til tilstanden. Det er også nødvendig å ha det humanistiske perspektivet til stede i møtet med mennesker i psykose (Cullberg 2001).

Vrangforestillinger, der virkelighetsoppfattelsen er klart avvikende og personen ikke kan påvirkes til å endre sin tolkning, kjennetegner psykoser (Cullberg 2001). Tidlig og adekvat behandling, medikamentell så vel som psykoterapeutisk, kan redusere depresjon, suicidalitet og aggressivitet. Videre kan man på denne måten unngå uforholdsmessig stor inngripen i klientens liv (Leclerc et al. 2015).

Psykoser kan ifølge Cullberg (2001) være en tilpasningsfunksjon, og de har ofte tydelig utløsende faktorer som traumer eller tapsopplevelser. Pasienten kan oppleve paranoia, auditive hallusinasjoner og schizofrenilignende symptomer som kan virke skremmende. For å kunne komme i posisjon til å behandle pasienten må terapeuten oppnå tillit, og videre forsøke å skape en terapeutisk allianse. Dette kan også øke tilslutningen til behandlingen. Tilbakefall grunnet autoseponering av antipsykotika er vanlig ved førstegangpsykoser, og dette kan medføre blant annet hjerneskader, kognitiv svikt og forverring av psykotiske symptomer. Ved korrekt medisinsk behandling er de fleste med førstegangpsykose restituerte etter rundt to år (Leclerc et al. 2015).

Pasientens pårørende bør om mulig inkluderes i behandlingen for å forhindre relasjonsbrudd og utfordre pasientens vrangforestillinger. Ved behov for innleggelse kan forståelse, lite stimuli og kontinuitet i personalgruppen bidra til et bedre forløp. Optimal medisinerings og kognitiv atferdsterapi kan redusere gjenværende symptomer i en senere fase av psykosen. I denne fasen vil det også være nyttig å støtte den friske delen av klientens personlighet. Psykotiske tanker må møtes med respekt og undring, og terapeuten må forutsette at klienten har et potensiale for en frisk fungering bak det psykotiske (Cullberg 2001).

Et slikt fokus på mestring og autonomi kan føre til økt effekt av psykoterapi, stabilitet i behandlingsforløpet og bedre prognose. Dersom pasienten ikke engasjeres i behandlingen kan symptomer forverres, og risiko for reinnleggelse øker (Dixon, Holoshitz og Nossel 2016).

Å arbeide med mennesker med psykose kan medføre utbrenthet da den ansatte kan eksponeres for destruktiv atferd og psykotisk tankegang over tid, og ofte har en følelsesmessig høy innsats. Dette medfører et behov for støtte, varierte arbeidsoppgaver og muligheter for å øke sin kompetanse. Utbrenthet kan bidra til økt distansering og bruk av medisinske metoder som påvirker behandlingspotensialet negativt, siden man mister det medmenneskelige og individualiserte fokuset (Cullberg 2001, 263-264). Helsepersonells holdninger overfor mennesker med psykoselidelser kan være mer negative enn i befolkningen generelt, og det kan blant annet vise seg i form av sosial ekskludering. En mulig årsak kan være at helsepersonell i større grad legger merke til symptomer og kan ha negative erfaringer fra jobbsammenheng (Rössler 2016, 1251-1252).

## 2.2 Humanistisk psykologi

Diagnoser kan føre til økt forståelse og målrettet behandling, men de kan også oppleves som belastende (Pedersen og Nortvedt 2017, 140-142). Psykiske lidelser fører til fordommer og stigmatisering i større grad enn andre sykdommer, og en vanlig stereotypi er at særlig mennesker med psykoselidelser er farlige og uforutsigbare. Slike stereotypier kan aktivere negative reaksjonsmønstre (Rössler 2016, 1250). Diagnosene sier noe om menneskets skyld, status, stigma og ansvar, og de kan påvirke helsepersonells holdninger og atferd i negativ retning. Man bør derfor ha diagnosenes begrensninger i bakhodet. De ulike diagnostiske klassifikasjonssystemene tenderer å støtte forenklete forståelser av mennesket, noe de holistiske perspektivene forsøker å motvirke (Pedersen og Nortvedt 2017, 143).

Humanistisk psykologi anser mennesket som unikt og helhetlig. Temaer som klientens angst for frihet, valg og død er sentrale, og tradisjonen er påvirket av filosofiske teorier som hermeneutikk, fenomenologi og eksistensialisme. De amerikanske psykologene Abraham Maslow (1908-1970) og Carl Rogers (1902-1987) var sentrale i utviklingen (Haugsgjerd et al. 2009).

Begrepet klient understreker at klienten er et likeverdig medmenneske som trenger hjelp for å komme videre. Utfordringer og symptomer forstås på bakgrunn av livsbetingelser og allmennmenneskelige trekk. Terapeuten forsøker å møte klienten i hans livsverden, og sammen søker man en felles og helhetlig forståelse av klienten i en trygg og positiv atmosfære. Målet er å skape gode valgbetingelser (Haugsgjerd et al. 2009).

Delt beslutningstaking i psykoterapi medfører økt mestringsfølelse og en positiv innstilling til behandling. Valget i seg selv trenger ikke å ha stor betydning, det er den aksepterende samhandlingen mellom klient og behandler som gir effekt. Helsevesenets begrensede ressurser kan bidra til at man likevel ikke prioriterer slike individuelle og mestringsfokuserte tilnærminger til klienter med alvorlige psykiske lidelser (Dixon, Holoshitz og Nossel 2016).

### **2.2.1 Hermeneutisk filosofi**

Hermeneutisk tenkning handler om å utvikle bevissthet om sine fordommer for å kunne muliggjøre en ny forståelse (Nilsson, 2007). Hermeneutikken ble utviklet av Wilhelm Dilthey (1833-1911). En hermeneutiker ønsker å tydeliggjøre og forstå meningssammenhenger mellom menneskers forståelse og handlinger. Gjennom dialog utvider man sin forforståelse av klienten, og skaper stadig mer mening for å avdekke hva klienten mener. Hensikten at klienten skal oppnå en økt forståelse av seg selv (Haugsgjerd et al. 2009, 241-242).

### **2.2.2 Fenomenologisk filosofi**

Edmund Husserl (1859-1938) ønsket gjennom fenomenologien å bryte med det mekaniske og dualistiske vitenskapssynet og komme i direkte kontakt med virkelighetens fenomener. Mennesker ser og møter et objekt med visse forventninger. Eksempelvis vil de fleste av oss ta det som en selvfølge at det er minst tre vegger bak husets front, selv om vi bare har sett det forfra. Vi tillegger altså huset disse veggene, og huset skapes dermed gjennom denne tankeprosessen (Haugsgjerd et al. 2009, 243-244).

### **2.2.3 Eksistensialistisk filosofi**

Eksistensialismen bygger på fenomenologiske prinsipper om at personlige og subjektive beskrivelser kan føre til erkjennelse. Filosofen Søren Kierkegaard (1813-1855) fokuserte på temaer som individ, valg, frihet og angst. Menneskets frihet oppnås ikke gjennom passivitet. Det å ta valg kan skape angst, men unngår man det vil livet miste mening. Hvert menneske er ansvarlig for å forme sitt selv og liv, og det er i psykoterapi viktig å fokusere på valg, handling, selvstendighet og identitet (Haugsgjerd et al. 2009, 244-246).

#### **2.2.3.1 Maslows behovshierarki**

Abraham Maslow mente at menneskets høyeste mål er selvaktualisering, der man får utviklet sine anlegg eller fullføre livsmål. Han fremstilte behovene hierarkisk, der tilfredsstillelsen av de fysiologiske behovene er elementært for å ikke havne i en dominerende mangeltilstand. For å kunne oppnå selvaktualisering også behovet for trygghet, tilhørighet og anerkjennelse først tilfredsstilles (Haugsgjerd et al. 2009, 254-259).

## 2.3 Personsentrert psykoterapi

Som sykepleier har det vært viktig for meg å møte pasienter med en respektfull holdning. Jeg har også erfart at det å forsøke å sette seg inn i deres situasjon kan styrke relasjonen og i større grad ivareta individuelle behov. Det personsentrerte perspektivet inkluderer flere av disse elementene.

Carl Rogers utviklet på 1950-tallet prinsippene for en modenhetsfremmende behandling kalt personsentrert eller klientstyrt psykoterapi. Terapeuten skal være oppriktig interessert i mellommenneskelig kontakt og problemhåndtering, og klientens impulser og følelser anses som noe som kan brukes for å oppnå helhet. Terapeuten vil skape best mulige betingelser for utvikling uten unødig inngripen. Dersom klienten får en slik frihet vil de fleste utvikle seg i retningen av å bli sosiale, uselviske og positive. Terapeut og pasient møtes som likeverdige, og begge bidrar i møtene seg imellom ved å beskrive, forstå og erkjenne seg selv og egne problemer. Den terapeutiske relasjonen er ærlig, nær og åpen, og fremfor å konsentrere seg om fortiden, fokuseres det på klientens nåværende situasjon. Symptomer og problemer anses ikke som avvik eller sykdom, men som et resultat av en kompleks situasjon som kan ramme alle (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson 2009, 259-260, 262).

Forslag til endring kan foreslås av terapeuten på en varm og omsorgsfull måte, men valget skal klienten ta alene. Terapeuten skal være ærlig om eventuelle uenigheter, men respektere valget. Slik tydeliggjøres forventningene til at klienten tar ansvar for sine valg, og klienten kan også øve seg på å møte motstand. Rogers fant at klienters viktigste endringer etter et slikt terapiforløp var en mer realistisk oppfatning av seg selv, og en bedre evne til aksept, sosial kontakt og glede av andre mennesker (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson 2009, 262-263).

Terapeuten skal bevisst avspeile og reflektere klientens resonnementer og væremåte, og slik bidra til en bevisstgjøring av underbevisste følelser, motiver og atferd. Det psykoterapeutiske arbeidet preges av empati, ekthet, kongruens, bevissthet om følelser og frigjøring av vekst (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson 2009, 260). Disse punktene vil utdypes i det følgende.



- Empati: Rogers trakk et klart skille mellom identifikasjon og empati. Empati er å kunne oppleve klientens fortvilelse og smerte, men å stå utenfor styrken i slike følelser. Ved identifisering vil terapeuten kunne miste sin støttende funksjon. Ideelt sett skal terapeuten oppleve og gjenkjenne følelsene klienten har, samtidig som han viser muligheter for å komme videre i livet (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson 2009, 260-261). Empati er en aktiv prosess der man forsøker å komme nært det uttrykte. Terapeuten skal spørre fremfor å konstatere, og må godta å bli korrigert (Bjørkly 2018).
- Ekthet: For å vise ekthet må terapeuten slippe til og vise alle følelser som oppstår i møtet med klienten og hans situasjon. Hvis ikke vil klienten kunne oppleve usikkerhet. Å vise ekthet krever at terapeuten tør å lete etter og kjenne på egne vansker, uten å belaste klienten med u håndterlige følelser (Bjørkly, 2018). Terapeuten bør være trygg i sin rolle og være bevisst sin historie, verdier og interesser, samt egne begrensninger i persepsjon, kunnskap og rasjonalitet (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson 2009, 261).
- Kongruens: Betegner samstemtheten mellom atferd og følelser hos terapeuten. Terapeuten kan for eksempel vise og uttrykke at han lar seg berøre av klientens historie. En kongruent terapeut vil kunne oppleve vekst gjennom å lære seg selv å kjenne, og øve seg i å se seg selv og andre. Terapeuten kan da både gi uttrykk for egne følelser og ta imot andres, og denne prosessen vil kunne inspirere klienten (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson 2009, 261).
- Bevissthet om følelser: I en terapeutisk forsøker terapeuten å gjengi det klienten forteller på en tydeligere måte og med et mer bevisst bilde av følelsene som er involvert. Det gjør at klienten kan tørre å erkjenne det han tidligere ikke har turt, og det kan oppleves som befriende. Terapeuten er trygg, tolerant og rommende, slik klienten selv kan bli (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson 2009, 261-262).

Dersom disse elementene er til stede gjennom terapiprosessen vil klienten kunne få et mer ekte og aksepterende forhold til både seg selv og andre. Ressurser og potensiale som hele tiden var der frigjøres, og klienten opplever mindre psykisk og fysisk smerte og spenning (Haugsgjerd, Jensen og Karlsson 2009, 262).

## 3.0 Narrativ

### 3.1 En kompleks kvinne i 40-årene

«Kan du følge opp Marit i dag?»

Jeg var enda ny i døgnavdelingen, og Marit hadde vært innlagt der lenge. Det var umulig å ikke legge merke til henne. Hun snakket mye om at hun var besatt av Djevelen og led av alvorlig kreft, og bar videre preg av å ikke ivareta personlig hygiene. Diagnosen hennes var førstegangsspsykose, og de som hadde fulgt henne opp virket slitne når rapporter ble gitt.

Marit var i 40-årene. Moren hennes hadde lidd av alvorlig depresjon, og faren hadde knapt vært inne i bildet. Hun hadde fra ung alder av hatt mye av ansvaret for sin yngre bror, husarbeid og matlaging. Som voksen hadde hun et lite nettverk og ingen kontakt med foreldrene. Hun jobbet i en bank, var aktiv i kirken og glad i å være ute i naturen. Broren hadde lenge slitt psykisk, og døde til slutt av selvmord. Marit hadde først funnet trøst i miljøet i kirken, men i etterkant av brorens begravelse opplevde hun at menneskene der ikke ville henne vel. Hun fortalte at presten blant annet hadde sagt at Marit var besatt av Djevelen. Hun hadde holdt seg unna kirken siden, og lot etter hvert være å svare på telefonsamtaler og tekstmeldinger. Hun utviklet søvnproblemer og gikk ned i vekt.

Etter hvert hadde hun også endret atferd på jobb. Hun brukte nå lang tid på rutinemessige oppgaver, og ble noen ganger observert stående i stillhet på kontoret sitt. Under lunsjpauser kunne hun stirre ut av vinduet uten å spise eller snakke med noen. Etter hvert hadde hun begynt å se ustelt ut, og antrekkene kunne være merkelig sammensatt. Lederen hadde til slutt uttrykt sin bekymring og foreslo at Marit burde oppsøke hjelp, noe hun ikke ønsket.

Forut for innleggelsen hadde hun forsøkt å ta sitt eget liv ved å legge seg naken utenfor huset hun bodde, i med teip over munn og nese. Under innkomstsamtalen fortalte Marit at hun var alvorlig kreftsyk og besatt av Djevelen.

Jeg satt igjen med et inntrykk av at dette var en kompleks situasjon og pasient. Men jeg kjente også på en nysgjerrighet.

### 3.2 «Dere skjønner jo ingenting»

De første møtene med Marit ble ikke som forventet. Det viste seg at hun var både intelligent og humoristisk, og vi fikk tidlig god kjemi. Samtidig var det tydelig at hun hadde vrangforestillinger som begrenset henne veldig. Hun sov veldig lite, og ville ikke dusje eller skifte klær. Hun forklarte meg at dusjen og vaskemaskinen var fulle av bakterier som hun ikke burde utsettes for. Jeg forsøkte å forklare at bakteriene ikke var farlige, og spurte henne om hva som talte for at hun hadde kreft. «Du skjønner jo ingenting,» kunne hun svare.

Jeg brukte mye tid og energi på å få Marit til å dusje, og i etterkant virket hun skuffet og distansert fra meg. For å ivareta hennes grunnleggende behov måtte vi overkjøre hennes frykt. Dette var krevende, og jeg kunne få en ekkel følelse i kroppen. Av og til fikk jeg ikke komme til i det hele tatt, og hun kunne for eksempel bare gå med på å skifte sokker. Dette gjorde at jeg ofte følte meg utålmodig og usikker på hva jeg burde gjøre for å hjelpe henne.

En dag ville hun heller ikke spise lenger. Hun var overbevist om at kreftsykdommen hadde gått så langt at maten bare ville stoppe opp i kroppen hennes. Jeg forsøkte å betrygge og støtte henne, og brukte mye tid sammen med henne under måltidene uten særlig stor effekt. Det var vanskelig å få dette til å passe inn sammen med alle de andre rutinene i avdelingen. Etter beste evne forsøkte vi å tilpasse kostholdet til Marit, men hun gikk etter hvert ned i vekt. Vektnedgangen la hun naturligvis selv merke til, og hun sa at vi måtte jo forstå at hun var veldig syk og at hun burde innlegges på en kreftavdeling snarest.

Jeg visste ikke hvordan jeg skulle møte henne på dette, og jeg følte at dialogen fort stoppet opp når vi ikke ble enige. Det hele var blitt en tålmodighetsprøve, og jeg kunne føle meg sliten og i villrede. Vi drøftet i egne møter hvordan vi burde gå frem videre, og passet på at det var de samme ansatte som samarbeidet med Marit og at vi jobbet så likt som mulig for å gi henne stabilitet og trygghet. Likevel var det lite fremgang å spore.

Jeg tenkte mye over hva jeg kunne gjøre annerledes. Kunne det hjelpe å rett og slett behandle Marit mer normalt? På dette stadiet var det utvilsomt verdt et forsøk, da både hun og vi hadde lite å tape.

### 3.3 «Jeg ser Djevelen i dine øyne»

Marit likte å gå turer, og jeg merket meg at hun rettet seg litt mer opp så fort hun kom ut av avdelingen. Jeg prøvde derfor å få til en tur sammen hver vakt.

Hun snakket mye om vrangforestillingene sine, og fortalte meg at de i kirken hadde sagt at sanne kristne ikke tar livet av seg, og broren skulle derfor ikke vært gravlagt i vigslet jord. Ved ett tilfelle hadde presten holdt henne igjen etter en gudstjeneste. «Han la hånden på pannen min, og sa at jeg hadde Djevelen i øynene mine. Om du ser meg inn i øynene, så ser du det kanskje også,» sa hun. «Hva skal jeg se etter da,» sa jeg. «Nei altså, Djevelen vel. Men du tror vel ikke på meg du heller,» sa hun litt oppgitt. «Jeg må få se da,» sa jeg. Hun ga meg et intenst blikk, men jeg så ingen tegn på at hun var besatt.

Jeg forsøkte å tenke; «for henne er dette reelt», og «hvordan ville jeg ha følt det selv.» For en kristen vil det forståelig nok være veldig skremmende å være besatt av Guds antitese. Det var som tatt ut av en skrekkfilm, og jeg kjente selv på en følelse av ubehag og frykt. «Jeg synes det høres veldig skremmende ut,» sa jeg til slutt.

«Det er vel bare jeg som har det slik,» svarte hun og sukket. Jeg prøvde å tenke etter om jeg hadde følt en lignende følelse før. En spesielt turbulent og skremmende flytur dukket raskt opp i hodet mitt. «Uten sammenligning for øvrig, men kan det jeg følte da, minne litt om det du føler nå?», fortsatte jeg. Marit nikket forsiktig.

Jeg fortsatte å bruke denne tilnærmingen, siden jeg følte at den hjalp meg til å forstå og anerkjenne Marit. Jeg ønsket også å få frem ressursene hennes gjennom å gjøre henne mer delaktig, og på denne måten gi henne muligheter for mestring. Jeg lot henne for eksempel velge mellom ulike klesplagg, og bestemte hvor vi skulle gå tur. Hvis hun ikke ville dusje, kunne vi bli enige om at hun dusjet underkroppen en dag, og overkroppen en annen. Jeg prøvde hele tiden å utvise et avslappet kroppsspråk, og valgte mer dagligdagse ord fremfor fagterminologi. Dette gjorde at jeg kunne bruke mer humor i vanskelige situasjoner. Det hele opplevdes også mer ektefølt, jeg var meg selv. Jeg kunne gi Marit en high-five etter et måltid, og ved et tilfelle ba jeg henne hjelpe meg å lukeparkere. Hun så himmelfallen ut da jeg spurte, men gjorde det uten problemer. Deretter foreslo jeg at hun kunne møte meg til avtalt tid hvis vi skulle noe. «Så slipper jeg å gå og huske på det alene,» kunne jeg si, gjerne med hendene i lomma. Jeg husker det som en seier da hun begynte å banke på døra til vaktrommet for å snakke med meg.

### 3.4 «Jeg må vite at du er her med meg»

Med tiden åpnet Marit seg mer om hvordan hun hadde det. Det skjedde som regel når vi gikk eller kjørte en tur sammen, det opplevdes kanskje litt friere for oss begge. Marit fortalte at hun hadde følt mye skyld over at moren hadde blitt psykisk syk. «Jeg trodde lenge at det var på grunn av meg, at jeg slet henne ut,» kunne hun fortelle.

Hun hadde ikke fått hjelp med skolearbeid eller hatt venner på besøk. Faren hadde hun aldri hatt et nært forhold til. Marit hadde følt på et enormt ansvar overfor broren sin, som tidlig hadde slitt med angst og depresjoner. Hans død hadde forståelig nok vært en enorm krise. «Jeg burde ha vært hos ham mer, jeg burde ha skjont at det var så alvorlig.» Hun fortalte at hun selv ikke så meningen med livet lenger, hun ønsket fortsatt å dø. Det hele vekke en sterk medfølelse i meg. «Jeg blir veldig berørt av det du forteller meg,» sa jeg. Jeg holdt øyekontakt med henne og la en hånd på ryggen hennes. Vi kunne sitte litt i stillhet etter slike samtaler, og bare se på naturen rundt oss.

Det ble til slutt besluttet å forsøke elektrokonvulsiv terapi (ECT) for å se om det kunne påvirke Marits symptomer. Hun var veldig redd for å legges i narkose, og vi kunne bruke lang tid i forkant på å betrygge henne og skape rom for å gjennomføre behandlingen. Noen dager ønsket hun ikke å stå opp, og det opplevdes som stressende å skulle rekke avtalen på sykehuset bare noen timer senere. Det hele var en hårfin balansegang i et rigid system preget av effektivisering.

I slike tilfeller hjalp det å tenke at Marit hadde en sentral rolle. Det var faktisk opp til henne å takke ja til behandlingen vi anbefalte. Hun hadde et valg. «Jeg vil anbefale deg å gjennomføre dette i dag Marit, men det er ditt valg,» kunne jeg si. Som regel kom vi oss av gårde, og jeg syntes det var lettende å se at behandlingen hadde en positiv effekt på Marit. Hun ble mer selvhjulpen, hun sov bedre, og vi kunne i større grad benytte kognitiv atferdsterapi i behandlingen.

Under en av behandlingene grep Marit hånden min og knuget den hardt før narkosen ble administrert. «Jeg må vite at du er her med meg,» sa hun.

Det følte underlig å bare minutter senere være med på å presse henne ned mot bordet når krampene tiltok.

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Hva er fordelene med en personsentrert tilnærming til et menneske med førstegangpsykose?

#### 4.1.1 Empati og likeverdighet

Ifølge Edmund Husserl ser og møter mennesker et objekt med forventninger (Haugsgjerd et al. 2009), og i dette tilfellet begrenset mine forventninger den terapeutiske relasjonen til Marit. Da jeg møtte henne, så jeg først et «hus med fire vegger». I dette tilfellet var «huset» en pasient med en førstegangpsykose, som det hadde vært utfordrende å hjelpe i lang tid. Jeg fokuserte mye på diagnosen, og tilla slik ubevisst Marit egenskaper og behov. Jeg var i en ekspertrolle, der jeg stolte på at riktig diagnostikk og tilhørende behandling ville være den viktigste delen av Marits restitusjon. Det humanistiske perspektivet var ikke i til stede i stor nok grad, noe Cullberg (2001) mener er en forutsetning i møtet med et menneske i en psykotisk tilstand.

Diagnoser kan bidra til forståelse og riktig behandling. Men de kan også påvirke helsepersonellens tilnærming til pasienten i negativ retning (Nortvedt 2017, 143), og helsepersonell kan ha flere negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser enn befolkningen generelt (Rössler 2016). Jeg kunne eksempelvis tenke at psykoser var en svært alvorlig lidelse, der pasienten kunne være uforutsigbar. Med tiden ble jeg mer bevisst disse fordommene, og hvordan min kunnskap om førstegangpsykose hadde påvirket meg negativt. Hvordan kunne jeg fremstå som empatisk i møtet med Marit, når jeg ikke forsøkte å forstå hvordan hun hadde det?

Rogers definerer empati som det å kunne oppleve klientens fortvilelse, samtidig som man står utenfor styrken i slike følelser (Haugsgjerd et al. 2009). Jeg sluttet etter hvert å realitetsorientere Marit, og prøvde heller å forstå hennes gjennom en undrende dialog. Historien hennes vekste medfølelse i meg, og jeg ville vise at den berørte meg både gjennom det jeg sa, og med mitt kroppsspråk. Jeg passet på å holde øyekontakt, og jeg kunne legge en hånd på ryggen hennes for å vise støtte. Jeg tålte mer stillhet i samtalene, og anerkjente Marits opplevelser fremfor å betvile dem.

Wilhelm Dilthey mener at man kan forstå menneskers liv bedre hvis man forstår språket deres, og hensikten med den hermeneutiske metoden er at klienten skal oppnå økt selvinnsikt (Haugsgjerd et al. 2009).

Hva mente Marit med sitt språk og sine handlinger? Etter hvert som jeg snakket med henne, og ikke til og om henne, utviklet jeg også min helhetsforståelse. Jeg kunne be Marit forklare meg hva hun mente med det hun sa eller gjorde. Jeg måtte spørre henne hva jeg skulle se etter i øynene hennes, eller hva hun var redd for når hun skulle spise eller dusje. Kanskje bevisstgjorde dette også Marit.

Jeg tenkte; «hva ville jeg ha ønsket selv», og «for henne er dette reelt». Dette var enkle motto, men de bidro til at jeg hele tiden forsøkte å sette meg inn i Marits situasjon. Hvordan ville jeg ha likt å dusje om jeg trodde at jeg kom til å bli syk av det?

En slik ny forståelse gjorde at jeg også tenkte nytt og mer fleksibelt rundt hvordan vi kunne komme frem til en god løsning sammen. Det hele ble mer åpent og kreativt. Kunne det kanskje hjelpe å kun dusje underkroppen en dag, og overkroppen en annen? Denne måten å samarbeide på bidro til at jeg også viste mer aksept, og jeg legitimerte Marits følelser og ønsker. Det virket som om dette bidro til at Marit oppsøkte meg mer og åpnet seg om hvordan hun hadde det.

I ettertid ser det hele veldig logisk ut- at det er lettere vise tillit til noen som ikke dømmer deg, uansett hva du har å fortelle. En slik delt beslutningstaking kan bidra til økt mestringsfølelse og autonomi ved alvorlige psykiske lidelser. Det kan igjen forebygge reinnleggelser og forverring av symptomer (Dixon, Holoshitz og Nossel 2016).

Jeg anså etter hvert psykoser som noe annet enn bare en alvorlig diagnose der pasienten kan oppføre seg uforutsigbart. Ifølge Cullberg (2001, 33) er det «tross alt lettere å kjempe mot en ytre fare som man kan verne seg forholdsvis godt mot, enn mot et totalt tap av muligheten til å fatte det som skjer med en». Med tiden fremsto Marits psykotiske tilstand som en slik ekstrem forsvarsmekanisme, som skjermet henne fra de enorme påkjenningene hun hadde opplevd. Jeg tenkte at dette kunne ha skjedd med de fleste mennesker, om de hadde opplevd det samme. En personsentrert terapeut skal tenke nettopp slik, at symptomer og problemer er et resultat av en kompleks livssituasjon som kan ramme alle (Haugsgjerd et al. 2009). Denne erkjennelsen gjorde at jeg kunne se Marit som et likeverdig medmenneske, ikke utelukkende en pasient med en psykiatrisk diagnose som var innlagt på en døgnavdeling.

Jeg ønsket å vise henne denne likeverdigheten ved å dele av egne erfaringer. Slik ble min egen sårbarhet mer tydelig, noe som kunne medvirke til en opplevelse av at vi var to likeverdige mennesker. Innen personsentrert psykoterapi mener man at klientens iboende ressurser og potensiale kan frigjøres gjennom terapeutens empatiske, ekte og likeverdige holdning. Likeverdighet er den viktigste vekstfremmende faktoren av disse (Bjørkly 2018).

Man kan anta at Marit opplevde å bli ivaretatt, forstått og respektert når jeg møtte henne personsentrert. Det kunne igjen gi henne en forsterket mulighet til å oppnå frigjøring og vekst.

#### **4.1.2 Ekthet og kongruens**

Det å være tilbakeholden og samtidig ærlig i møtet med Marit kunne være en krevende øvelse, der min kunnskap kunne komme i veien. Jeg kunne igjen bli for ivrig, effektiv og overtalende når det gjaldt Marits hygiene eller måltider. Noen ganger gikk hun med på å for eksempel skifte sokker og undertøy, eller spise halve porsjonen med middag. Andre dager kom vi ingen vei, og dette måtte jeg bare akseptere. Jeg forsøkte likevel å reagere ekte og ærlig, og jeg kunne slik få uttrykke min rådvillhet.

Jeg forklarte også Marit at valget om å gjennomgå ECT-behandling var hennes, men at jeg og mine kollegaer anbefalte henne å gjennomføre det. Dersom hun ikke ville gjøre det, var jeg igjen ærlig i mine reaksjoner. Ifølge Haugsgjerd et al. (2009) skal terapeuten slippe til alle følelser som oppstår i møtet med klienten og slik vise ekthet. Dersom man er uenig i klientens avgjørelse skal også dette uttrykkes, for å skape økt tillit og trygghet.

En slik ekte og ærlig samhandling gjorde at Marit ble behandlet som en likeverdig. Hun kunne også øve seg på å møte mostand hos andre mennesker, i tråd med personsentrerte prinsipper. En annet eksempel på ekthet var da jeg delte egne erfaringer, for å vise at Marit ikke var alene om å ha opplevd fortvilelse og frykt. En personsentrert tilnærming innebærer at klient og terapeut begge bidrar i møtene seg imellom ved å beskrive og forstå egne problemer (Haugsgjerd et al. 2009). Jeg passet da på å få frem at jeg ikke ønsket å direkte sammenligne våre opplevelser, poenget var å se om vi hadde hatt en lignende følelse.



En kongruent terapeut skal også vise samstemthet mellom atferd og følelser. Det viser at terapeuten både kan gi uttrykk for egne følelser, samtidig som hun tar imot andres følelser (Haugsgjerd et al. 2009). For å fremstå kongruent i situasjoner der Marit var redd, for eksempel da hun skulle dusje, forsøkte jeg å utvise en veldig avslappet verbal og non-verbal kommunikasjon. Jeg kunne ha hendene i lomma, gi Marit en high-five og jeg brukte et mindre sykepleiefaglig språk. Jeg ville vise med hele meg at dette ikke var truende, og at jeg hadde troen på at hun kunne mestre det. Jeg forsøkte slik å gjøre Marits ressurser, mestring og motivasjon til gjeldende temaer i samhandlingen. Jeg opplevde at denne måten å kommunisere på gjorde at både Marit og jeg slappet mer av. Jeg kunne være meg selv, og jeg var ikke lenger bare den profesjonelle hjelperen.

Samlet sett kunne dette gjøre at jeg fremsto som ekte og kongruent, i tråd med personsentrert psykoterapi. Dette kunne fremme potensialet for samarbeid, selvstendighet og mestring, da Marit kunne oppleve en økt følelse av trygghet, tillit og likeverdighet.

### 4.1.3 Valg og ubetinget positiv forståelse

Humanistisk psykologi mener at det bør fokuseres på klientens valg og ansvar i eget liv i psykoterapi, og gjennom en personsentrert tilnærming vil terapeuten skape gode valgbetingelser. Man har tiltro til klientens muligheter for å ta egne valg, og at denne aktive handlingen er essensiell for å kunne leve et meningsfullt, ekte og fritt liv (Haugsgjerd et al. 2009).

Marit var innlagt over lang tid på døgnavdelingen, og hun ble mer passiv og begrenset enn før. Men jeg så likevel at Marit hadde flere ressurser. Hun var sosial og humoristisk, og viste en mer positiv energi når hun kom ut av avdelingen. Jeg ønsket å fremme hennes muligheter for frigjøring og vekst gjennom å tilrettelegge for valg i hennes hverdag. Å engasjere pasienten gjennom delt beslutningstaking kan føre til økt tillit og behandlingseffekt. Prosessen mellom terapeut og pasient er det viktige, ikke valget i seg selv. Dette fokuset på mestring og autonomi kan gi en bedre prognose ved alvorlige psykiske lidelser (Dixon, Holoshitz og Nossel 2016).

For å gjøre dette i praksis måtte jeg hele tiden være bevisst balansen mellom det å hjelpe og det å ta over. For å kunne ivareta Marits helse og selvstendighet samtidig, tilpasset jeg valgmulighetene hennes. Jeg innså i denne prosessen at jeg hadde hatt for høye krav. Kanskje var det ikke mulig for Marit å velge å stå opp, dusje eller spise i denne perioden av livet. Haugsgjerd et al. (2009) sier at det innen en personsentrert tilnærming er opp til klienten å ta valget, og at forslag omsorgsfullt kan foreslås av terapeuten. Jeg måtte derimot aktivt delta i de ulike aktivitetene, og oppmuntre og motivere Marit. Jeg var ofte mer tydelig i min hjelperrolle enn det man typisk er i personsentrert terapi. Ifølge Leclarc et al. (2015) kan pasienter med alvorlige psykiske lidelser være utfordrende å engasjere i sitt behandlingsforløp, noe som kan medføre forverring og reinnleggelser. Det er derfor viktig å tilpasse psykoterapi og andre tiltak etter pasientens sykdomsfase og ressurser, slik jeg gjorde.

Valgmulighetene jeg foreslo for Marit kunne være svært enkle. Jeg kunne la henne velge mellom ulike klesplagg eller bestemme hvor vi skulle gå på tur. Jeg opplevde likevel at dette førte til økt frigjøring og vekst hos Marit. Gradvis tok hun selv initiativ, og ble mer engasjert og delaktig i sitt liv til tross for hennes utfordrende situasjon. Min hjelp trengte ikke å være så avansert som jeg først hadde tenkt. Marit var ikke bare en pasient med diagnoser, hun var også et medmenneske som befant seg i en vanskelig situasjon, et syn som er i tråd med det humanistiske synet på mennesket. Fokuset på hennes valg bidro kanskje til en økt opplevelse av verdighet mestring i en maktbalanse som i utgangspunktet var veldig skjev.

Jeg fikk etter hvert stadig større tiltro til Marit. Ved en personsentrert tilnærming skal terapeuten ha en slik ubetinget positiv forståelse av klienten, og tenke at alle har en evne til selvinnstikk. Dette kan føre til en mer aksepterende og mindre invaderende kommunikasjon (Bjørkly 2018). Min positive forståelse gjorde at jeg utfordret Marit mer, men på en omsorgsfull måte der jeg hele tiden så an hvordan hun responderte på situasjonen. Jeg begynte å tenke at hun kunne mestre mer enn jeg kanskje hadde trodd, som å hjelpe meg å lukeparkere eller selv følge med på klokken. Ifølge Cullberg (2001) er det i en sen fase av psykosen nyttig å støtte og forsterke den friske delen av klientens personlighet, selv når dette ikke har kunnet dokumenteres. Man må derimot hele veien passe på å ikke stille for store krav, og slik tilrettelegge for mestring og en god terapeutisk allianse.

Jeg innså etter hvert at jeg hadde tenkt at jeg som sykepleier var et svært viktig verktøy for Marit, og at uten min og andre ansattes hjelp ville hun ikke kunne bli frisk. Jeg tenkte at vi i spesialisthelsetjenesten måtte fokusere på diagnoser og evidensbaserte tiltak. Men i møtene med Marit var den største arenaen for mestring og restitusjon hverdagslige aktiviteter som å turgåing, bilkjøring, tilberedning av mat eller å ivareta personlig hygiene.

Jeg husker også at en erfaren kollega sa at: «Trodde du at hun skulle bli kurert du da?». Og jeg innså at det faktisk hadde vært tilfellet. Alt annet enn fullstendig rehabilitering var egentlig et nederlag, og det gikk opp for meg at jeg hadde kjent på et veldig stort ansvar for Marits restitusjon. Dette krevde mye av min energi, og jeg kunne være sliten etter jobb og kjenne på frustrasjon og en følelse av at arbeidet ikke resulterte i noe positivt for noen. I ettertid har jeg tenkt over hvordan en slik innstilling over lengre tid kunne ha påvirket Marit og meg selv negativt. Jeg ser det derfor som svært verdifullt å ha kommet frem til denne erkjennelsen.

For å kunne være en ressurs for Marit var jeg avhengig av å tilstrebe det å forstå hennes livsverden. Jeg måtte møte henne der hun var i sitt liv. I tillegg ville det å være lydhør for hennes opplevelser og erfaringer være nyttig for å kunne komme fram til en felles forståelse av hennes utfordringer. Målet var at også Marit skulle tro på seg selv, og slik finne egne verktøy for å komme seg videre i livet. Jeg måtte ikke bli verktøyet.

#### 4.1.4 Ivaretagelse av grunnleggende behov

Abraham Maslow fremstilte menneskets behov hierarkisk. Fysiologiske behov som søvn og mat må dekkes før man kan forsøke å tilfredsstille behov for anerkjennelse og selvaktualisering. Psykisk sykdom anses som en mangelsykdom, som er et uttrykk for manglende tilfredsstillelse av disse behovene (Haugsgjerd et al. 2009).

Marit hadde store søvnproblemer, og hun spiste kun med støtte fra oss. Hun kjente også på frykt og skyldfølelse. Dette gjorde at hun befant seg i en komplisert mangeltilstand, uten mulighet for å søke anerkjennelse eller selvaktualisering. Behovene for søvn, ernæring, trygghet og tilhørighet måtte derfor tilfredsstilles så godt som mulig for å gi henne muligheten til å komme videre. Først da ville hun kunne fokusere på behov som anerkjennelse og selvaktualisering.

Det å være innlagt på en døgnavdeling kan bidra til en opplevelse av orden, trygghet og stabilitet, noe som er nyttig ved psykose. Kontinuitet og tilgjengelighet i personalet som følger opp pasienten er også fordelaktig, og det kan gi større effekt enn medikamenter (Cullberg 2001). Gode terapeutiske allianser kan bidra også til økt effekt av, samt tilslutning til både psykososial og medikamentell behandling (Leclerc et al. 2015, Dixon, Holoshitz og Nossel 2016).

For å skape en følelse av forutsigbarhet og stabilitet tilstrebet vi at de som samarbeidet med Marit fokuserte på anerkjennelse og forståelse. Man kan anta at denne jevnlige samhandlingen med mennesker som oppleves som ekte, empatiske og likeverdige kan bidra til å tilfredsstille Marits behov for trygghet, tilhørighet og anerkjennelse.

Marit hadde hatt en psykisk syk mor og en fraværende far, og hun hadde en stor omsorgsrolle i hjemmet allerede som barn. Hun hadde aldri andre barn på besøk, og måtte klare skolearbeidet på egenhånd. Hun kan derfor tidlig ha opplevd en mangel på kjærlighet, tilhørighet og trygghet. Maslow mente at dersom slike grunnleggende behov dekkes i barndommen, vil mennesket ha et bedre utgangspunkt for å kunne oppnå selvaktualisering senere i livet (Haugsgjerd et al. 2009). I Marits tilfelle kan man se at hun ikke hadde mulighet til å strekke seg mot dette grunnet sin mangeltilstand.

Brorens selvmord var en stor krise i Marits liv. Han var en person som sto henne nær, og som hun hadde hatt omsorg for i store deler av livet. Selvmordet kan ha bidratt til å skape en ytterligere forsterket følelse av manglende trygghet og tilhørighet. I tillegg påvirket hendelsen fysiologiske behov som søvn, hygiene og ernæring. Å forsøke å tilfredsstille disse behovene under innleggelsen vil kunne bidra til at Marit får en mulighet til å komme seg ut av mangeltilstanden.

En psykose kan være som et mareritt i våken tilstand (Cullberg 2001), og Marit følte at hun var besatt av Djevelen og hadde alvorlig kreft flere steder i kroppen. Hun trakk seg unna mennesker i sitt nettverk, og dersom vi ikke oppnådde en positiv samhandling med henne i døgnavdelingen kunne hun også unngå oss. Slike situasjoner kan føre til mangel på tilhørighet og anerkjennelse, og bør unngås. Psykoterapi som treffer spiller en vesentlig rolle i et psykoseforløp (Cullberg 2001). Vi forsøkte å benytte elementer av kognitiv atferdsterapi uten god effekt. Kanskje opplevde Marit at dette var for krevende, og hun gikk da ytterligere inn i sin psykotiske tankegang. Vi burde derfor heller ha fokusert på å tilfredsstille hennes behov for trygghet og tilhørighet i denne fasen.

Ved å benytte Maslows behovshierarki kan man tydeligere se viktigheten av å tilfredsstille pasientens grunnleggende behov for kunne å oppnå bedring. utfordringer knyttet til disse behovene kan virke negativt inn på sykdomsforløpet ved psykose. Eksempelvis er regulering av søvnproblemer et viktig første tiltak, og et menneske i en psykotisk tilstand har også et økt behov for trygghet og tilhørighet (Cullberg 2001).

## **4.2 Hva er begrensningene ved en personsentrert tilnærming til et menneske med førstegangpsykose?**

### **4.2.1 Manglende diagnostisk fokus**

Ved en personsentrert tilnærming har man ikke fokus på diagnoser eller sykdom, og man anser utfordringer og symptomer som et resultat av en kompleks situasjon som kan ramme alle mennesker. Man fokuserer heller ikke på fortiden, med mindre klienten ønsker det (Haugsgjerd et al. 2009).

Diagnoser kan bidra til å fremstille mennesker forenklet, og det er viktig å være klar over denne effekten for å kunne ivareta pasientens individuelle behov og integritet. Men samtidig vil pasient, pårørende og ansatte kunne dra nytte av å forsøke et behandlingsregime som man har sett fungere for andre mennesker i en lignende situasjon. Bruk av diagnoser kan føre til mer målrettet behandling, noe som kan redusere symptomer og forkorte pasientens sykdomsforløp (Pedersen og Nortvedt, 2017).

Ved en førstegangpsykose er det viktig å komme tidlig til med optimal medisinsk behandling for å sikre pasienten en best mulig prognose og forhindre unødig inngripen i pasientens liv. I motsatt tilfelle vil pasienten blant annet kunne utsettes for hjerneskader og forverring av psykotiske symptomer (Leclerc et al. 2015).

Søvnproblemer kan forverre psykosen og bør avhjelpest snarest mulig medikamentelt (Cullberg 2001). Korrekt antipsykotisk behandling kan føre til restitusjon, og ved særlig destruktiv atferd bør denne medisineringsen iverksettes tidlig (Leclerc et al. 2015).

Dersom man grunnet bruk av en personsentrert tilnærming ikke iverksetter anbefalt medikamentell behandling ved en førstegangpsykose, vil det kunne medføre at pasienten utsettes for søvnproblemer og ubehagelige psykotiske symptomer over lengre tid enn nødvendig. Dette vil igjen kunne forverre pasientens prognose, symptomer og livskvalitet.

Biologiske faktorer spiller en stor rolle ved psykoseutvikling, og medisinsk utredning er nødvendig for å kunne avdekke eventuelle årsaker til psykosen, som forgiftning eller underliggende sykdommer. Man vet også at det finnes en rekke utløsende faktorer, som tap, traumer og problemer i oppveksten (Cullberg 2001). Marit hadde flere tilfeller av psykisk sykdom i nær familie, og hun hadde opplevd manglende omsorg og trygghet fra foreldrene i barndommen. Dette kunne gjøre henne mer utsatt for å utvikle en psykose, noe som burde tas i betraktning for å kunne optimalisere hennes behandlingsforløp.

#### 4.2.2 Manglende reduksjon av ubehag

En psykotisk tilstand kan ifølge Cullberg (2001) være som å leve i et mareritt der verden kan oppleves som kaotisk og truende. Reduksjon av slikt ubehag er derfor en viktig del av behandlingen. Forutsigbarhet og trygghet kan skapes i et miljø preget av ro og vennlighet, med et tydelig program og orden. En personsentrert terapeut er tilbakeholden, og klienten skal ta valg på egenhånd og sette agenda for samtalene, noe som ikke er i tråd med disse anbefalingene. Å la pasienten velge selv kan fungere godt når det kommer til enkle temaer som valg av klær eller turmål. Men det vil kunne være uforsvarlig hvis valgene gjelder handlinger som kan være til fare for pasienten selv eller andre mennesker, eksempelvis å kjøre bil eller bruke rusmidler.

Mennesker i en psykotisk tilstand er ifølge Cullberg (2001) også svært utsatte for å dø av selvmord grunnet vrangforestillinger, depressive symptomer og plagsomme bivirkninger av antipsykotika. Marit hadde en ikke-schizofren psykose, noe som innebærer en høyere selvmordsrisiko enn det man ser ved en schizofren tilstand. Hun hadde forsøkt å ta sitt eget liv før innleggelse, og uttrykte et vedvarende ønske om å dø. Dette, sett i sammenheng med at risikoen for å dø av selvmord er størst det første året etter første psykosedebut, gjør at man kan anta at Marit vil være særlig utsatt for å dø av selvmord. Dette bør derfor tas til etterretning i samhandlingen med Marit.

Det er viktig å være klar over at klientbegrepet som benyttes i personsentrert tilnærming kan tildekke pasientens sårbarhet. Den profesjonelle hjelperen må ved alvorlige lidelser, manglende samtykkekompetanse eller situasjoner der pasienten er til fare for seg selv eller andre, bestemme hva som er til det beste for pasienten (Pedersen og Nortvedt 2017, 89-90).

Tapssituasjoner har en klar sammenheng med utviklingen av en psykotisk tilstand (Cullberg 2001). Marits bror, som hun hadde hatt mye ansvar og omsorg for gjennom livet døde av selvmord, og dette kan ses som et traume som bidro til å utløse psykosen. Marit hadde i tillegg en sterk skyldfølelse, og hun mente at hun ikke hadde vist nok omsorg for broren i forkant av hans død. En personsentrert tilnærming sier at det er klienten som setter agenda for samtalene. Men det å ikke vie denne traumatiske hendelsen oppmerksomhet i samtalene med Marit, vil kunne forlenge hennes opplevelse av å være skyldig i brorens død.

Man kan anta at dette vil oppleves som svært krevende for henne, og videre kunne bidra til økt risiko for forverring av psykotiske og depressive symptomer, samt selvmordsatferd.



Ved en personsentrert tilnærming involverer man vanligvis heller ikke pasientens familiemedlemmer. Ifølge Cullberg (2001, 243-244, 246) kan det å involvere pårørende avdramatisere situasjonen, utfordre pasientens psykotiske tenkning og forhindre at kontakten med familien brytes. De pårørende kan også bidra til at man får en oversikt over pasientens ressurser, i tillegg til problemer innad i familien. Dette kan igjen skape en større forståelse for behovene pasient og pårørende kan ha.

Et familiekart kan fungere som et utvidet anamneseopptak som gir oversikt over viktige eller utfordrende hendelser i familien, sykdommer og familiens følelsesmessige miljø. Å ikke involvere de pårørende kan gjøre at pasienten mister kontakten med sitt nettverk, og at psykosen oppleves som ekstra belastende. Man kan også gå glipp av verdifull informasjon om pasientens familie og liv.

Marit hadde et lite nettverk, og hun hadde ikke lenger kontakt med foreldrene. Det ville derfor kanskje ikke ha vært mulig å gjennomføre dette i hennes tilfelle, men man burde likevel ha tatt dette opp til vurdering.

Kognitiv atferdsterapi kan ha en positiv effekt på vrangforestillinger og hallusinasjoner, samt føre til raskere restitusjon og forebygge tilbakefall. I det psykoterapeutiske arbeidet kan man blant annet benytte psykoedukasjon, eksponeringsterapi og problemformulering for å redusere ubehagelige symptomer som angst og forvirring (Cullberg 2001). I motsetning til den personsentrerte terapeutens tilbakeholdenhet, er terapeuten her aktiv og styrende, og det benyttes manualer, case-formuleringer og oppgaveløsning (Haugsgjerd et al. 2009, 174).

En mangel på bruk av spørsmål som i større grad kan bidra til refleksjon, noe som er vanlig innenfor kognitiv atferdsterapi, vil kunne redusere muligheten Marit har for å oppnå økt innsikt i sin situasjon (Bjørkly 2018). Jeg kunne for eksempel ha stilt henne spørsmål som «hvordan ønsker du at livet ditt skal være om en måned», og «hva tror du at du selv kan gjøre for å nå dette målet?». Slike spørsmål kan både engasjere og utfordre pasienten, og slik fremme autonomi og restitusjon. Man kan derfor anta at en terapeut som i større grad er veiledende, utfordrende og forklarende, kan bidra positivt i Marits sykdomsforløp.

Ifølge Bjørkly (2018) kan en helhetlig personsentrert tilnærming være tid- og ressurskrevende. Man forsøker aktivt å forstå klientens livsverden for å kunne utvise empati, og denne følelsesmessige forståelsesprosessen kan være utfordrende. Helsevesenet har videre krav om en mest mulig tidseffektiv, lønnsom og evidensbasert praksis (Haugsgjerd et al. 2009, 265). De begrensede ressursene kan gjøre at man ikke prioriterer individuelle og mestringsfokuserede strategier (Dixon, Holoshitz og Nossel 2016). Dette kan innebære at det ikke alltid er mulig å praktisere personsentrert psykoterapi.

Cullberg (2001) poengterer at det er fordelaktig med kontinuitet og tilgjengelighet i personalet som følger pasienten ved en psykose. Samtidig kan dette bidra til en utvikling av utbrenthet, da personalet kan utsettes for utfordrende atferd og kommunikasjon. Jeg kunne selv kjenne på frustrasjon og lite energi når samhandlingen med Marit stoppet opp, og det var til slutt nødvendig å benytte nye former for behandling for å oppnå bedring. Det er sannsynlig at jeg og andre ansatte hadde løpt en risiko for å bli utbrente hvis dette ikke hadde funnet sted.

## 5.0 Konklusjon med forslag til videre forskning og fagutvikling

Oppgaven drøfter hvilke fordeler og begrensninger en personsentrert tilnærming har ved førstegangssykose.

For meg har slike diagnoser vært en trygghet som man har kunnet basere sin tilnærming og behandling på. Jeg har også opplevd at pasienter og deres pårørende har uttrykt lettelse over å kunne få en forklaring på en utfordrende situasjon. Samtidig ser jeg at diagnoser kan føre til at man blir forutinntatt og kan glemme av hva pasienten faktisk har behov for. Diagnosen blir som en hypotese som man forsøker å bekrefte, ved å bevisst lete etter sykdomstegn som sier noe om at man har truffet rett. Til slutt ser man kanskje bare en pasient, ikke et menneske på lik linje som en selv, med ressurser og interesser. Denne holdningen kan føre til mindre fokus på likeverd og selvstendighet i det terapeutiske arbeidet, og det kan skape ulike utfordringer på sikt.

Pasienten kan blant annet bli lite engasjert i sitt behandlingsforløp, noe som kan medføre mindre innsikt i nytten av behandling, forverring av symptomer og reinnleggelser.

Psykosier kan ubehandlet føre til alvorlige tilstander som kognitiv svikt og hjerneskader, og å komme tidlig til med tilpasset psykoterapeutisk og medikamentell behandling er viktig for å ivareta pasientens helse og restitusjonsevne.

Psykosier kan være en skremmende opplevelse der også helsepersonell, institusjoner og behandling kan oppleves som truende. En god terapeutisk allianse må derfor etableres for å muliggjøre videre medisinsk behandling. Det personsentrerte perspektivet vektlegger empati og ekthet, som sammen kan gi pasienten en opplevelse av likeverd, aksept og selvinnikt. Terapeuten er tilbakeholden, men ærlig og omsorgsfull og med en ubetinget positiv forståelse av klienten. Vrangforestillinger møtes med undring og aksept, og det gjør at pasienten kan føle tillit og ønske å dele sine opplevelser.

En slik likeverdig holdning kan være en utfordrende disiplin, da vi som mennesker tolker det vi møter ut ifra tidligere erfaringer. Vil jeg klare å være fordomsfri, nysgjerrig og åpen? Er jeg en person som kan vise empati og ha en ubetinget positiv forståelse? Eller vil jeg ubevisst hele tiden ha en skjult agenda, der målet likevel er å plassere pasienten i en passende «boks» for å kunne hjelpe vedkommende slik jeg mener det er best?

Forslag til videre forskning er å undersøke hvordan manglende informasjon om pasientens diagnoser i forkant av de første møtene kan påvirke terapeutens samhandling. Vil terapeuten da kunne være mer personsentrert i møtet med pasienten?

Gjennom fordypningsoppgaven har jeg tilegnet meg kunnskap om hvordan elementer fra både et humanistisk og mer naturvitenskapelig perspektiv kan bidra positivt i møtet med mennesker i en førstegangpsykose. Frigjøring, vekst og restitusjon kan oppnås gjennom en kombinasjon av opplevd likeverdighet og trygghet, og ulike biomedisinske behandlinger.

En personsentrert tilnærming kan være et viktig bidrag i prosessen med å oppnå tillit og kontakt hos et menneske i psykose. Uten denne relasjonen vil man kanskje heller ikke kunne benytte medikamenter, prosedyrer eller andre former for psykoterapi, som kan forebygge forverring av symptomer, reinnleggelser og selvmord.

Men dersom man grunnet bruk av en personsentrert tilnærming underkjenner viktigheten av grundig somatisk utredning og positive effekter av medikamenter, biomedisinske prosedyrer og andre former for psykoterapi, kan pasienten utsettes for unødvendig ubehag og i verste fall uopprettelig skade. Denne tilnærmingen bør med andre ord være til stede i møtet med mennesker i en førstegangpsykose, men da i samspill med andre anbefalte behandlingsformer.

## 6.0 Referanser

Bjorkly, Stål. 2018. *Humanistisk psykoterapi med hovedvekt på personsentrert tilnærming*. Høgskolen i Molde, Videreutdanning i psykisk helsearbeid for voksne. PowerPoint-presentasjon til forelesning, høsten 2018.

Cullberg, Johan. 2001. *Psykoser- et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dixon, Lisa, Yael Holoshitz og Ilana Nossel. 2016. «Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update». *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1102/wps.20306

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademiske, 3.utg. 3. opplag 2012.

Leclerc, Emilie, Cristiano Noto, Rodrigo A. Bressan og Elisa Brietzke. 2015. «Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: a comprehensive review». *Revista Brasileira de Psiquiatria* 37: 168-176. DOI: 10.1590/1516-4446-2014-1539.

Nilsson, Brita. 2007. «Gadamers hermeneutikk». Oppdatert 10. september 2019. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/gadamers-hermeneutikk>

Pedersen, Reidar. 2007. «Kierkegaard og kunsten å hjelpe». Publisert 18.januar 2007. <https://tidsskriftet.no/2007/01/medisin-og-kunst/kierkegaard-og-kunsten-hjelpe>

Pedersen, Reidar og Per Nortvedt. 2017. *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1.utg. 2.opplag 2018.

Rössler, Wulff. 2016. «The stigma of mental disorders. A millennia-long history of social exclusion and prejudices». *Science and Society* 17 (9). 1251-1253. DOI: 10.15252/embr.201643041