



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Personsentrert tilnærming i møte med mennesker med rusmiddelavhengighet**

Aase Therese Skinnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 22.04.22



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i 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: Ingrid Olavsdotter Nesland

## 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: 19.04.22

**Antall ord: 7996**

## Sammendrag

Denne oppgaven er en fordypningsoppgave skrevet som en del av min videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg har valgt å ta for meg personsentrert tilnærming i møte med rusmiddelavhengige, og målet med oppgaven er å finne ut om personsentrert terapi er nyttig for å motivere rusavhengige til rusfrihet. Oppgaven er basert på en problemstilling, og består av en teoridel, et narrativ og en diskusjonsdel.

I teoridelen har jeg presentert og gitt en innføring i ulike tema som berører problemstillingen og narrativet. Narrativet er basert på en historie fra min egen praksis i rusomsorgen. I diskusjonsdelen tar jeg for meg narrativet sett i lys av teorien for å utforske om personsentrert terapi er en tilnærming som kan gi rusmiddelavhengige motivasjon til et rusfritt liv. Oppgaven avsluttes med mine egne tanker om problemstillingen.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling .....	2
1.3	Litteratursøk .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>4</b>
2.1	Rusmiddelavhengighet.....	4
2.2	Skadelige omsorgssituasjoner .....	6
2.3	Humanistisk psykologi og Abraham Maslow .....	7
2.4	Personsentrert terapi og tilnærming .....	10
2.4.1	Empati .....	11
2.4.2	Ekthet .....	11
2.4.3	Kongruens .....	11
2.4.4	Bevissthet om følelser .....	12
2.4.5	Ubetinget positiv forståelse og frigjøring og vekst.....	12
2.5	Veien mot endring.....	13
<b>3.0</b>	<b>«Det er for sent for meg» - Historien om Anders</b> .....	<b>14</b>
3.1	«Jeg var jo bare et barn» .....	14
3.2	«Alt jeg ønsker er en pause» .....	15
3.3	«Det blir bare for mye» .....	16
3.4	«Hvordan kan jeg tro på fremtiden?».....	17
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>19</b>
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>25</b>
	<b>Referanseliste</b> .....	<b>26</b>

# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg jobbet en kort periode i kommunens rusteam og kom da i kontakt med flere unge rusmiddelavhengige. Anders, en ung mann på 23 år, gjorde et så sterkt inntrykk på meg at jeg flere ganger etterpå har tenkt på hva som kunne motivert han til et liv uten rus. Vi hadde mange fine samtaler og han var en reflektert ung mann, men hans klare oppfatning og budskap til meg var: «Det er for sent for meg». For meg virket denne tanken uforståelig. Ett så ungt menneske med et langt liv foran seg og med så lite håp for fremtiden.

I følge FHI er avhengighet av illegale rusmidler blant de viktigste årsakene til helsetap og tapte leveår både globalt og i den norske befolkningen. De 10 siste årene har i gjennomsnitt 265 personer dødd årlig i Norge som en direkte konsekvens av narkotikabruk. Her finner man en stor overvekt av overdosedødsfall. Rusbrukslidelser har store konsekvenser for den enkelte og deres nærmeste, men også for samfunnet i form av kostnader til rusmiddelbehandling, somatisk behandling og psykisk helsevern. Mange er heller ikke i arbeid og det knytter seg store kostnader til trygdeordninger og sosialhjelpsstønad (Folkehelseinstituttet.no 2019)

Svært mange mennesker med rusutfordringer bærer med seg traumatiske opplevelser fra barndommen. Anders er en av dem. Å ruse seg har blitt en mestringsstrategi for å holde ut og leve med de sårene som barndommens opplevelser har skapt. Jeg ønsker derfor gjennom denne oppgaven å finne ut hva som da skal til for å skape håp for en fremtid som ikke er preget av rus og alt det negative som det fører med seg.



## 1.2 Problemstilling

Jeg ønsker jeg å se nærmere på hvordan en personsentrert tilnærming kan være nyttig for å motivere rusavhengige til endring. Problemstillingen jeg har valgt er;

*«Hvordan kan personsentrert tilnærming bidra til å motivere unge rusmiddelavhengige til et liv uten rus?»*

Med utgangspunkt i denne problemstillingen vil jeg se nærmere på hva som er viktige forutsetninger for å skape motivasjon og hva som er med på å gjøre endringen utfordrende. All endring kan være vanskelig, men for en rusavhengig er det ulike forhold som gjør det ekstra krevende. På bakgrunn av dette vil jeg derfor forsøke å finne ut om en personsentrert tilnærming kan være nyttig for å fremme mestringstro og motivere en person med rusmiddelavhengighet til et rusfritt liv. Jeg velger å avgrense det til unge rusavhengige på grunn av narrativet, og fordi dette setter det manglende håpet om fremtiden i et eget perspektiv.

## 1.3 Litteratursøk

For å forsøke å belyse oppgavens problemstilling har jeg brukt ulike databaser for å innhente relevant forskningslitteratur og fagartikler. Databasene jeg har søkt i er hovedsakelig Oria, Ovid Medline og PsycINFO . Jeg har også søkt etter fagartikler hos Helsebiblioteket, FHI.no, Sykepleien.no, NHI.no, Rus.no, Psykologisk.no og NKVTS.no.

Selve søkeprosessen startet jeg ved å notere ned alle søkeord som jeg ser på som relevante i forhold til problemstillingen.

De norske søkeordene jeg kom frem til og brukte i søk var: *Rusavhengig\**  
*Rusmiddelavhengig\** *Rusmisbruk\** *Personsentrert terapi*, *Klientsentrert terapi*,  
*Personsentrert tilnærming*, *motivasjon* og *rusfri\**.

På engelsk brukte jeg søkeordene: *Drug abuse\* Drug addict\* Drug dependency, Substance Use Disorder, Substance-related disorder, Person centered therapy, Client centered therapy, Person centered approach og Patient-centered care.*

Ved hjelp av et PICO-skjema fant jeg frem til de nøkkelordene jeg ønsket å bruke i et systematisk søk; *Rusavhengig\* og Personsentrert terapi* på norsk, og *substance-related disorder og Person-centered care* på engelsk. Dette var et nyttig hjelpemiddel og jeg søkte da først på enkeltordene inkludert synonymer ved hjelp av «OR» og kombinerte de deretter ved å bruke «AND»

Søket ble begrenset til artikler som ikke er eldre enn 5 år og jeg endte da opp med et resultat på 66 artikler. Jeg valgte bevisst å ikke begrense søket med aldersgruppe da dette defineres svært ulikt og relevante artikler kunne ha blitt utelatt.

Etter å ha lest sammendragene til de mest aktuelle artiklene fant jeg 2 artikler som jeg anser som interessante med tanke på problemstillingen og som jeg ønsker å inkludere i oppgaven. Disse er begge fra fagfelleurderte tidsskrifter og har til felles at de forsøker å belyse hvilken effekt en personsentrert tilnærming har i behandlingen av rusmiddelavhengighet med vekt på pasientenes egne erfaringer. Artiklene heter:

*«Experiences of patient-centred care in alcohol and other drug treatment settings: A qualitative study to inform design of a patient-reported experience measure»*

*«Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: findings from a systematic scoping review»*

Jeg har også valgt å ta med artikkelen *«Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst»* skrevet av Arne Blindheim som er spesialist i klinisk psykologi. Denne artikkelen gir en innføring i de konsekvensene traumatiserende hendelser i barndommen kan få for et menneske, og er svært relevant med tanke på narrativet i oppgaven.

I tillegg til disse artiklene har jeg brukt utvalgt pensumlitteratur og annen relevant litteratur som jeg har funnet i skriveprosessen. Alt er beskrevet i litteraturlisten.

## 2.0 Teori

Den teorien som jeg har tatt med i oppgaven er valgt på bakgrunn av det jeg mener er relevant for problemstillingen og narrative. Disse temaene er rusmiddelavhengighet, humanismen og det personsentrerte perspektivet, konsekvenser av skadelige omsorgssituasjoner og endring. Dette er alle store temaer, men på grunn av oppgavens størrelse har jeg måttet gjort en del begrensninger både i omfang og innhold.

### 2.1 Rusmiddelavhengighet

Tall fra både Norge og land vi kan sammenligne oss med viser at ca. 10 % av den voksne befolkningen har et rusmiddelproblem. I aldersgruppen 18-26 år er det dobbelt så mange som får diagnosen skadelig rusmisbruk eller avhengighet som ellers i befolkningen. Diagnosehåndboken ICD 11 skiller mellom diagnosene skadelig bruk og avhengighet. Skadelig bruk gir i hovedsak negative konsekvenser på ulike områder i livet, mens avhengighet i tillegg innebærer nedsatt kontroll på inntaket (Prescott og Tvedten 2019).

ICD-10 definerer rusmiddelavhengighet slik:

«Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi» (Lossius 2021, 26)

Det som kjennetegner rusmiddelavhengighet er blant annet en sterk lyst eller trang til å innta rusmiddelet, vansker med å ha kontroll på inntaket og å stoppe før man mister kontrollen. Man står også i fare for å utvikle kraftige fysiske og også farlige abstinenssymptomer når man slutter å innta stoffet. Et annet tegn på avhengighet er toleranseutvikling som gjør at man må øke mengden på inntaket for å oppnå samme ruseffekt (Lossius 2021). Konsekvensene av langvarig rusmiddelbruk er mange. Norske studier viser at 9 av 10 rusmiddelavhengige som er inne til behandling også har psykiske lidelser. Om psykiske lidelser er en følge av rusmiddelbruk eller omvendt, eller om de har

felles risikofaktorer er uklart. Mest sannsynlig kommer det av en gjensidig påvirkning (Prescott og Tvedten 2019).

Å bruke rusmidler er for mange en måte å oppnå velvære eller for å redusere ubehag. Forskjellen mellom disse er ofte flytende. I ruspåvirket tilstand kan mange oppleve positive konsekvenser som sosial tilhørighet og at negative følelser og kroppslige plager forsvinner. Disse gode følelsene avløses gjerne av negative ettervirkninger. Kroppslig ubehag på grunn av rusmidlenes fysiske innvirkning på hjernen er en side av det, men også negative følelser på grunn av livsproblemer forårsaket av overdreven rusmiddelbruk. Dette kan for mange føre til en negativ spiral der man ruser seg for å dempe disse fysiske og psykiske plagene. At man fortsetter å bruke et eller flere rusmidler til tross for negative konsekvenser er kjernen i det å ha et rusproblem. Hva man ønsker å oppnå med rusen endrer seg over tid ifølge mennesker som selv har rusproblemer. Fra et ønske om å oppnå velvære og lykke endrer det seg til et ønske om å unngå ubehag (Prescott og Tvedten 2019).

Ved gjentatte inntak av rusmidler over tid vil man utvikle toleranse og konsumet må økes for å oppnå samme effekt. Etter lengre tids bruk vil man også oppleve abstinenssymptomer som er ubehagelige kroppslige og psykologiske plager ved å ikke innta rusmidlene. Nytt inntak av rusmidlene vil lindre disse plagene midlertidig. Disse plagene går vanligvis over etter dager eller uker, men kan oppleves så ubehagelige at mange velger å ruse seg igjen til tross for et sterkt ønske om å bli rusfri. Sammen med abstinenser er redusert egenkontroll på grunn av sug en påvirkende faktor. Dette kan forklares som en intens higen etter å oppnå de gode effektene av rusmidler og kan kjennes lenge etter at man har blitt rusfri. Suget kan bli svakere ved opphold, men reaktiveres ved ny bruk av rusmidler (Prescott og Tvedten 2019).

Det er flere faktorer som kan ha stor betydning for endringer i en persons rusmiddelbruk. En krevende livssituasjon er en av dem. Å skulle gjøre endringer når man sliter med dårlig økonomi, vanskelige relasjoner eller andre problem, kan føles håpløst. For mange rusavhengige starter rusmiddelproblemene tidlig i ungdomsårene og de går glipp av både skolegang og viktig erfaring. Dette gjør det ekstra krevende for de å hoppe av i voksen

alder og mestre et liv uten rusen. En annen viktig faktor er det sosiale miljøet til en person. Mange rusmiddelavhengige lever i miljø uten viktige sosiale element og stimuli. Undersøkelser viser at en innholdsrik hverdag er viktig, og at mange rusmiddelavhengige som får muligheten til et arbeid og en aktiv fritid reduserer sitt inntak av rusmidler (Prescott og Tvedten 2019).

## **2.2 Skadelige omsorgssituasjoner**

Kunnskapen om de alvorlige konsekvensene som dårlige oppvekstvilkår kan ha for barn har vært stadig økende. Man ser at de ulike oppvekstvilkårene gir ulike konsekvenser, at det finnes faktorer som er dempende eller forsterkende og at ulike symptomer fører med seg risiko for senere skjevutvikling. Forskning viser at det er klare sammenhenger mellom skadelige omsorgssituasjoner og psykisk helse (Blindheim 2012).

Det er vanlig å regne fire former for omsorgssvikt: Fysisk mishandling, seksuelt misbruk, emosjonell trakassering og neglisjering. Som følge av disse formene for omsorgssvikt er det stor sannsynlighet for at barnet blir traumatisert. Begrepet traume kommer opprinnelig fra gresk og betyr «sår». Dette gir mening fordi det gjenspeiler at å bli traumatisert er en subjektiv reaksjon på en mulig traumatiserende hendelse som setter spor. Personer som blir utsatt for disse hendelsene i barndom og oppvekst, i barnets omsorgssystem og gjentatte ganger har større risiko for å bli traumatisert. Det er gjort flere studier som viser at traumatiserte barn har større risiko for å utvikle blant annet angst og depresjon, rusmisbruk, selvskading og suicidalforsøk. Man har også sett at det har negativ innvirkning på skoleprestasjoner, negativ atferd i skolen, større risiko for overvekt i voksen alder og generelt dårligere fysisk helse. I tillegg ser en at risikoen for å utsette egne barn eller andre for det samme øker. Emosjonell trakassering har like alvorlige konsekvenser for den utsatte som fysisk mishandling og seksuelle overgrep (Blindheim 2012).

De senere årene har man også fått kunnskap om at tidlig og omfattende traumatisering ikke bare virker inn på psykisk helse, men også direkte på nervesystemet vårt. Det viser

seg at hjernen vår er plastisk og at den endrer seg etter hvilken type erfaring vi gir den. Vi er spesielt sensitive for erfaringer tidlig i livet, fordi de mest grunnleggende strukturene i hjernen utvikler seg først. Disse grunnleggende strukturene handler i hovedsak om trygghet og forholdet til seg selv og andre. En oppvekst preget av utrygghet vil dermed kunne gjøre verden til et utrygt sted, skape frykt for mennesker og problemer med tillit til andre. Et barn som føler seg utrygg på seg selv og andre vil kunne få problemer i relasjoner og det vil også kunne føre til vansker med affektregulering. Resultatet av dette vil kunne bli både utagering, tilbaketrekking og isolasjon (Blindheim 2012).

Både sosiale tilpasningsvansker og psykiske vansker er sentrale risikofaktorer for å utvikle rusmiddelavhengighet i ungdomsårene. Selv om årsakene til rusmiddelavhengighet kan være flere, ser det ut til at miljøet man lever i er en viktigere risikofaktor enn genetiske forhold. Det ses dermed en nær sammenheng mellom rusmiddelavhengighet og opplevde traumer i barndommen. En studie viser at over halvparten av opiatavhengige har opplevd fysisk eller emosjonell mishandling. Det ble konkludert med at det var lignende tall også for personer som misbrakte andre narkotiske stoffer (Kvelling 2016).

## **2.3 Humanistisk psykologi og Abraham Maslow**

Humanistisk psykologi bygger på både hermeneutisk, fenomenologisk og eksistensialistisk filosofi og ser på ethvert menneske som unikt med et grunnleggende behov for å realisere seg selv. Med basis i dette er hovedmålet i den psykologiske forståelsen å styrke enkeltmenneskets trygghetsfølelse, selvrespekt og selvforståelse. Det vil bidra til at mennesket føler seg friere til å realisere sine evner, interesser og anlegg og dermed kan oppnå selvaktualisering (Haugsgjerd, et al. 2009) .

Abraham Maslow blir ofte omtalt som grunnleggeren av den moderne humanistiske psykologien. Maslows oppfatning av mennesket var at hvert menneske er en unik helhet bestående av kropp og sjel. Hans verditeori bygger på at menneskets indre fra naturen av er godt eller nøytralt. Aggressiv eller destruktiv atferd er ikke et resultat av ondskap, men et uttrykk for frustrerende eller hemmende faktorer i miljøet (Haugsgjerd, et al. 2009).

Maslow var kritisk til den daværende psykologiens fokus på mental uhelse i stedet for de ressurser som finnes i mennesket. Han mente at fokuset måtte være å legge til rette for klientens mulighet til å utvikle seg og bruke sine ressurser, og dermed føle frihet og oppnå selvaktualisering. Selve prosessen for å nå sitt indre potensiale mente han var like viktig som å nå dit (Haugsgjerd, et al. 2009).

«Selvaktualisering beskriver Maslow på tre områder:

- å utvikle intellektuelle, kunstneriske, sosiale og religiøse anlegg
- Å fullføre sitt livsmål
- Å skaffe seg økte kunnskaper om sin egen person og å skape harmoni mellom motstridende tendenser i sin egen personlighet» (Haugsgjerd, et al. 2009, s. 255)

Maslow er kjent for den såkalte behovspyramiden der han hierarkisk har organisert menneskets behov med tanke på hvilke behov som er sterkest og må tilfredstilles først. Menneskets behov for selvaktualisering er et behov for å utvikle seg og finne seg selv og sitt eget potensiale. Dette er et behov som alle mennesker strekker seg mot. Før selvaktualisering kan oppnås må en del grunnleggende behov tilfredstilles. Om ikke vil mennesket oppleve en komplisert mangeltilstand der selvaktualisering vil bli svært vanskelig. Maslow så på psykisk uhelse som et uttrykk for denne mangeltilstanden (Haugsgjerd, et al. 2009).

Maslow bruker begrepene mangelmotivasjon og vekstmotivasjon for å forklare forholdet mellom behovene. Denne motivasjonsteorien beskrives i behovspyramiden. Nederst finner man de behovene som er viktigst for menneskets eksistens. Først når disse er tilfredsstilt begynner behovet for neste nivå å vokse seg frem. Han så likevel for seg at en adekvat tilfredsstillelse var nok for at et høyere stilt behov ville tre frem. Han påpekte at utviklingen må ses mer som en bølgende bevegelse enn som et trinnsystem, der de ulike behovene i en gradvis endring vil ha ulik styrke og betydning i forhold til hverandre (Haugsgjerd, et al. 2009)

Nederst i behovspyramiden finner vi det Maslow kalte for mangelbehov. Dette er de fysiologiske behovene som luft, vann, mat, drikke, søvn og hvile som er nødvendige for

vår eksistens. Om disse ikke blir tilfredsstilt vil dette behovet overskygge og ta fokus fra alle andre behov. Først når disse livsviktige mangelbehovene er dekket vil det neste behovsnivået tre frem (Haugsgjerd, et al. 2009).

Det neste nivået på behovspyramiden er behovet for trygghet og stabilitet. Mangel på forutsigbarhet, rutiner og struktur vil kunne gi en grunnleggende utrygghet og skape kaos og angst. Menneskets oppmerksomhet vil da være rettet mot søket etter trygghet i hverdagen (Haugsgjerd, et al. 2009).

Videre på behovspyramiden finner vi menneskets følelsesmessige opplevelse av kontakt og tilhørighet. Et menneske er i følge Maslow født med et grunnleggende behov for kjærlighet, vennskap og sosial tilhørighet med andre mennesker. Ved å oppleve kjærlighet og hengivenhet fra sine foreldre i spedbarnsalder vil barnet selv kunne møte andre mennesker på denne måten. Det første leveåret er denne tilknytningen til foreldrene spesielt viktig for barnets utvikling med tanke på dette området. Mennesker som får tilfredsstilt dette behovet fra barndom til voksen alder vil lettere utvikle behovet for og evnen til å også gi kjærlighet med en uselvisk og betingelsesløs hensikt (Haugsgjerd, et al. 2009).

Selvrespekt og anerkjennelse er neste nivå i hierarkiet. Selvrespekt handler om et behov for en positiv selvoppfatning, mens behovet for anerkjennelse er et ønske om bekreftelse fra andre på sin egen selvoppfatning. Følelsen av prestasjon og mestring vil påvirke selvoppfatningen positivt. Ved å bli anerkjent av andre for sine prestasjoner vil et menneske oppleve motivasjon. Motivasjon påvirkes dermed like mye av økt selvrespekt som av andres bekreftelse (Haugsgjerd, et al. 2009).

Helt øverst på behovspyramiden finner vi selvaktualisering. Dette er et behov for personlig utvikling og en søken etter ideelle mål og verdier som representerer et godt menneske. Motivasjonen her er ikke å dekke behov som man mangler, men et ønske om å videreutvikle seg som menneske. Alle mennesker har dette behovet i seg. De som greier å tilfredsstille dette best er de som greier å se utenfor seg selv og finner et engasjement eller en livsoppgave som de kan gi sin energi og fulle oppmerksomhet. Den kontinuerlige



prosessen for å nå målene er det som faktisk gir mennesket følelsen av å aktualisere seg (Haugsgjerd, et al. 2009).

## 2.4 Personsentrert terapi og tilnærming

På 1950-tallet utviklet Carl Rogers den humanistiske psykologien mot klientsentrert psykoterapi eller personsentrert terapi som det også kalles. Sentralt i personsentrert terapi er at klienten møtes av terapeuten med en varm, positiv og aksepterende holdning der oppmerksomheten er rettet mot klienten. Terapeuten er tilbakeholden og bevisst på å speile og reflektere klientens tanker og væremåte slik at klienten selv blir bevisstgjort sine følelser, motiver og måten han fremstår på. Personsentrert terapi kalles også ikke-dirigerende terapi. I det ligger det at terapeuten lar klienten bestemme tema for samtalen. Det er klientens opplevelse følelsesmessig og fysisk her og nå som er viktig i det terapeutiske arbeidet. Fortid har mindre betydning. Klientens problemer og symptomer er ikke avvik eller sykdom, men et resultat av en vanskelig livssituasjon eller andre opplevelser som har skapt problemer for klienten (Haugsgjerd, et al. 2009). Terapeuten er ikke i en ekspertrolle, men søker å møte klienten med empati og forståelse i en felles søken etter å klargjøre klientens valgmuligheter (Bjørkly 2020). Ved å ha en varm, omtensksom og omsorgsfull holdning til klienten, kan terapeuten bidra til å bygge en relasjon mellom klient og terapeut som preges av ærlighet, nærhet og åpenhet. En slik positiv relasjon er avgjørende for en god terapeutisk prosess (Haugsgjerd, et al. 2009). Det tas ingen anamnese i personsentrert terapi. Terapien starter umiddelbart og innhold og lengde på terapien bestemmes av klienten. Terapeuten prøver å forstå klientens verden slik klienten ønsker å dele den, og lytter uten fordommer eller en privat agenda. Det er klienten selv som bestemmer hvor mange timer han har behov for. Prosessen kan derfor være tidkrevende eller kort (Raskin, et al. 2014). Pasientsentrert terapi anses av Rogers som et terapeutisk samarbeid der han trekker frem disse viktige sentrale punktene for den terapeutiske prosessen; empati, ekthet, kongruens, ubetinget positiv forståelse, bevissthet om følelser og til slutt frigjøring og vekst (Haugsgjerd, et al. 2009). Ubetinget positiv forståelse og empati er ikke en teknikk, men må være ekte for å være effektivt. Dette terapeutiske klimaet skaper frihet og trygghet for klienten og fremmer

positiv endring. En klient som blir møtt med ubetinget positiv respekt og empatisk forståelse av en kongruent terapeut, vil kunne få en mer positiv og realistisk selvpoppfatning. Det grunnleggende i personsentrert terapi er troen på at alle mennesker har en iboende ressurs for vekst og selvrealisering (Raskin, et al. 2014).

### **2.4.1 Empati**

Rogers beskriver empati som en evne til å oppleve den andres fortvilelse og samtidig klare å distansere seg fra intensiteten og styrken. Det er viktig at terapeuten har kontroll på sine egne følelser slik at han kan være til støtte for klienten. Klienten kan se muligheten til å komme videre ved at terapeuten både opplever og gjenkjenner klientens følelser, og vil da bli oppmerksom både på sin egen fremtoning og mulighet til endring (Haugsgjerd, et al. 2009).

### **2.4.2 Ekthet**

Om terapeuten ikke evner å vise sine ekte følelser vil klienten kunne oppleve det som en ødeleggende faktor i tilliten til terapeuten. Terapeuten må være trygg nok i sin egen person og posisjon til å kunne uttrykke også sine negative reaksjoner på klientens fremtoning og uttalelser. Om ikke vil dette bli avslørt av klienten og oppleves som manglende ekthet hos terapeuten og forstyrre terapiprosessen (Haugsgjerd, et al. 2009).

### **2.4.3 Kongruens**

Kongruens forklarer Rogers som en samstemthet mellom atferd og følelser. Med det mener han at det må være samsvar mellom det terapeuten sier og det han viser. Terapeuten vil selv oppleve en menneskelig vekst om han fremviser en høy grad av kongruens fordi han da blir bedre i å se seg selv og andre, og lærer seg selv bedre å kjenne. Denne prosessen som terapeuten da gjennomgår, vil kunne både inspirere og

influere klienten. En trygg og aksepterende atmosfære i den terapeutiske relasjonen er avgjørende for at klienten lærer det samme som terapeuten (Haugsgjerd, et al. 2009).

#### **2.4.4 Bevissthet om følelser**

Terapeutens aksept og forståelse i terapiprosessen gjør at klienten får en større bevissthet for seg selv og sine følelser. Gjennom å anerkjenne og gjenta den opplevelsen som klienten uttrykker vil det kunne oppleves klarere for klienten. Dette vil bidra til at klienten opplever frihet og mot til å vedkjenne seg disse følelsene (Haugsgjerd, et al. 2009).

#### **2.4.5 Ubetinget positiv forståelse og frigjøring og vekst**

Alle de tidligere nevnte elementene vil gjennom terapiprosessen sammen gi en gradvis opplevelse av vekst og utvikling for klienten. Det vil styrke klienten og gjøre han mer aksepterende overfor seg selv. Dette vil hjelpe han til å endre triste følelser og tilbakeholdenhet til et mer realistisk og modent forhold til både seg selv og andre og klientens iboende potensiale vil få mulighet til å vokse (Haugsgjerd, et al. 2009).

Alle menneske er født med et vekstpotensiale og et behov for selvaktualisering. Belastninger i livet bremser muligheten for selvaktualisering og gir en følelse av mangel på valg. Opplevelsen av å ikke ha valg fører til stagnasjon i form av for eksempel angst eller depresjon. Dette ses ikke på som sykdom, men som et varselsignal. Målet for terapien er at klienten skal bli bevisst sine valgmuligheter slik at vekstpotensialet frigjøres. Først da kan man oppnå selvaktualisering (Bjørkly 2020).

I begrepet ubetinget positiv forståelse ligger det at terapeuten har en positiv, ikke-dømmende og aksepterende holdning til det klienten sier (Raskin, et al. 2014). Ved å bekrefte, anerkjenne og respektere klientens selvopplevelse vil klienten føle seg trygg på å fortelle det han føler behov for. Terapeuten skal anerkjenne indre opplevelser, ikke ytre atferd (Røkenes og Hanssen 2006). Når klienten møtes med denne holdningen åpnes det

opp for et samspill mellom klient og terapeut der det også aksepteres og tolereres å være uenig. Dette gir klienten mulighet til å prøve ut nye handlings- og atferdsmønstre. Fokuset ligger på selvinnsikt, ikke sykdomsinnsikt. På en varm og omsorgsfull måte fungerer terapeuten som en veileder for klienten i søket etter en større grad av ekthet og kontakt med seg selv (Haugsgjerd, et al. 2009).

## **2.5 Veien mot endring**

All endring kan være krevende å gjennomføre. Det er lett å begynne å tvile på om det er nødvendig å gjøre en endring og usikkerheten kan påvirke tilliten til vår egen mestringsevne. Motivasjonen for endring kan begynne å vakle og ambivalensen overtar. Ambivalens er følelsen av å oppleve motivasjon for flere ting som kolliderer med hverandre. Det er likevel et steg på vei mot endring og representerer det man kan kalle føroverveielse. Om man overveier endring, vil man tenke gjennom fordeler og ulemper ved endring. Alle formuleringer fra personen selv som argumenterer for endring kalles for endringssnakk. Endringssnakk bidrar til å løse opp ambivalensen og gi en bevegelse i retning av endring (Miller og Rollnick 2016).

Egenskaper ved rusmidler gjør endring av problematisk rusmiddelbruk ekstra krevende. Rusmiddelbruk opprettholdes av en rekke forhold som alle er med på å gjøre endring vanskelig. Dette er forhold som for eksempel positive effekter, toleranse, sug, abstinenser og negative følelser. Skal man klare å komme seg bort fra problematisk rusmiddelbruk krever det at man blir motivert, bestemmer seg og iverksetter endring og vedlikeholder endringen over tid (Prescott og Tvedten 2019).

### **3.0 «Det er for sent for meg» - Historien om Anders**

Historien om Anders handler om mitt møte med en rusmiddelavhengig ung mann i den kommunale rus og psykiatritjenesten. Detaljene er omskrevet og gjenfortalt på en slik måte at ingen omtalte personer skal kunne identifiseres.

Første gang jeg møtte Anders var ved en såkalt vurderingssamtale. Han hadde selv tatt kontakt med rustjenesten for å få oppfølging og hjelp med sine rusmiddelproblemer. En slik samtale skal kartlegge blant annet personens bakgrunn, rushistorie og motivasjon for endring. Anders møtte presis til avtalen. Han fremstod som en nokså forsiktig ung mann og det var vanskelig å oppnå øyekontakt. Han svarte høflig og åpent på alle spørsmålene, og etter hvert virket det som han slappet mer av og det ble en nokså fin samtale ut av det. Han startet å ruse seg allerede i 13-års alderen, og hadde nå i en alder av 23 et omfattende blandingsmisbruk. Grunnen til at han kontaktet den kommunale rustjenesten var av påtrykk fra sin mor. Selv var han ikke helt sikker på hva vi kunne gjøre for han, men hans mor var bekymret og han ønsket å berolige henne. I tillegg hadde han fått signaler fra NAV om at dette var noe de forventet av han.

#### **3.1 «Jeg var jo bare et barn»**

Ved første oppfølgingstime henviste jeg til at han sist hadde fortalt at det var hans mor som ønsket at han skulle ta kontakt med rustjenesten. Han bekreftet dette og tegnet et bilde av en omsorgsfull og engasjert mamma. Det var tydelig at han var svært knyttet til moren sin. Siden han ikke hadde nevnt sin far, ble det naturlig å spørre om hans forhold til han. Da ble han merkbart stille en stund. Jeg ble et øyeblikk redd for at jeg nå hadde vært litt for invaderende, men så begynte han å fortelle. Rolig og åpent fortalte han om en barndom preget av harde ord og trusler fra far, og en stadig frykt for at hans mor eller brødre skulle bli ydmyket eller filleristet som han sa.

T: Hva med deg da?

A: Jeg tålte det...

T: Tålte det?

A: Ja... kanskje det var derfor han hatet meg så sterkt... men det var på en måte bra, for da var det meg han var ute etter og de andre fikk slippe

T: Hva gjorde han mot deg?

A: Det var mest ord ... hvor ubrukelig jeg var, at jeg aldri burde vært født så dum som jeg var, at jeg aldri kom til å bli noe... men da han skjønnte at det ikke bet på meg så startet han å snakke dritt om mamma...de styggeste ting. Du aner ikke... og dette måtte hun høre på. Det var stort sett da det skjedde...

T: Hva skjedde da?

A: Det svartnet for meg og da slo jeg... men han var jo mye større og sterkere enn meg, så det var jo ikke sånn at jeg greidde å ta han... jeg tror egentlig han likte det... å få meg sint... da kunne han slå tilbake...

T: Slo han deg?

A: Ja, da fikk jeg juling... men det var jo fordi jeg startet... eller... jeg var jo bare et barn da... stakkars mamma... jeg skjønner ikke hvordan hun har holdt ut alle disse årene.

Anders fortsatte å fortelle om en barndom preget av fars autoritære oppdragelse med mye psykisk vold, men også fysisk vold både mot seg selv, sine brødre og sin mor.

Han fortalte at han hadde liten kontakt med sin far i dag, annet enn gjennom moren.

Foreldrene var fortsatt gift og bodde sammen.

### **3.2 «Alt jeg ønsker er en pause»**

Vi møttes jevnlig ca. hver 14. dag etter dette. Anders var stort sett punktlig, og jeg fikk inntrykk av at han satte pris på å ha noen å snakke med. Av og til gikk vi tur eller kjørte en tur og av og til tok vi møtet på kontoret. Det var stort sett Anders som snakket. Han var åpen og fortalte om episoder fra livet sitt og svarte på mine undrende spørsmål.

Samtalene handlet om alt fra hva han gjorde på om dagene til hvordan hans psykiske tilstand var og hva slags rusmidler han brukte.

T: Hvorfor ruser du deg Anders?

A: Det skrur ned volumet på støyen... altså i hodet...

T: Støyen? Det høres veldig ubehagelig ut. Kan du forklare hvordan det kjennes?

A: Ja, det er uutholdelig når det er på det verste... Det er akkurat som om en stor menneskemengde snakker i munnen på hverandre... jeg får bare lyst å rope «hold kjeft!» Jeg har faktisk gjort det også... det hjalp ikke. Det er ofte verst når jeg skal forsøke å sove... men nå har jeg fått noen tabletter av legen, og de har faktisk tatt bort det verste. Det er egentlig verre med angsten.

T: Har du angst?

A: Ja. Ikke hele tiden altså... Men så kommer det plutselig. Det vil si... noen ganger kjenner jeg det bygger seg opp. Da vet jeg hva som kommer. Når jeg ruser meg, slipper jeg å forholde meg til hele dritten...

T: Til angsten?

A: Til alt egentlig. Alle tankene... det gjør for vondt.

Anders forteller at han har slitt med mye angst og støy i hodet siden ungdomsskolen. Å ruse seg har vært det eneste som har gitt han pusterom og stillhet forklarer han. Han greide seg greit på skolen, men han ruset seg mer og mer, og det ble etter hvert vanskelig å henge med. Han fullførte nesten et år yrkesfag, men valgte til slutt å droppe ut. Det var tydelig at angsten var en stor del av hans hverdag og at rusen var hans flukt fra den smerten han bar i seg.

### **3.3 «Det blir bare for mye»**

Anders møtte ikke opp til neste avtalte møte. Jeg sendte han en SMS og fikk svar tilbake der ha beklaget at han hadde glemt det og om vi kunne avtale en ny tid. Det gjorde vi og jeg passet på å sende en påminnelse en time før neste møte. Denne gangen møtte han. Han takket for påminnelsen. Han hadde på seg hatt og solbriller og disse hadde han på seg gjennom hele samtalen. Han var merkbart langsom i talen.

T: Er du ruset?

A: Ja... jeg er vel det...

T: Hvordan har du det akkurat nå da?

A: Vet ikke... greit tror jeg. Det har vært litt heftig i det siste...

T: Heftig? På hvilken måte da?

A: Det er nå angsten da... den har tatt litt kvelertak på meg siste tiden... så da har det blitt litt mye rus. Og så har det vært litt styr med politiet...

T: Med politiet?

A: Ja, jeg havnet i en slåsskamp og ble hanket inn... så nå blir det sak av det. Hehe... han fortjente det, så det kan være det samme.

T: Fortjente det? Hvem da?

A: Han idioten som meldte meg... han skal være glad han bare fikk juling... jeg hadde drept han om jeg ikke visste han hadde barn.

T: Men jeg skjønner ikke... hva var grunnen til at dere slåss da?

A: Fyren ba om det...

Anders fortsatte å fortelle og jeg skjønnte i løpet av fortellingen at Anders ganske umotivert hadde gått til angrep på denne personen.

### **3.4 «Hvordan kan jeg tro på fremtiden?»**

Ved neste avtale fortalte Anders om sønnen sin. Han ble far til en liten gutt i ung alder. Jeg kunne tydelig se tårene i øyekroken hans da han fortalte om sønnen sin og deres siste møte. Gutten har bodd i fosterhjem siden han ble født, men Anders har en times samvær under tilsyn 4 ganger i året. Anders sin mor pleier å være med på dette samværet og det pleier å foregå i guttens barnehage.

A: Han er en flott gutt... smart til å være så liten egentlig. Mamma mener han er fremfor sin alder.

T: Du er en stolt pappa med god grunn.

A: Ja han er kjempefin...

T: Det må være sårt for deg å se gutten din så sjelden?

A: Ja, det er jo det... men jeg vet han har det godt. Det er det viktigste for meg. Han fortjener dessuten ikke en far som meg.

T: En far som deg?

A: Ja, med rusen og alt... det er ingen fremtid i det...



T: Hvordan ser du for deg fremtiden din, Anders?

Han tenkte seg lenge om før han svarte: «Det er for sent for meg». Jeg spurte hva han mente med det, men han dro litt på det og lo det bort.

Det var siste gangen jeg møtte Anders. Noen uker senere ble jeg kontaktet av hans mor. Anders hadde bedt henne ringe for å avlyse avtalen vår. Hun fortalte at han hadde vært borti en ny voldshendelse og at han nå satt i varetekt.

## 4.0 Diskusjon

Da jeg møtte Anders første gang, så jeg en ung, litt reservert gutt som stirret i gulvet og fortalte at det egentlig var hans mor som hadde ønsket han skulle ta kontakt. Den førforståelsen jeg hadde om tøffe unge rusmiddelavhengige ble raskt erstattet med noe som lignet morsfølelse. Jeg ble rørt av hans historie, og det var ikke vanskelig å kjenne på den empatien som personsentrert tilnærming legger vekt på. Empati beskrives av Rogers som evnen til å kjenne på fortvilelsen til klienten, men å samtidig klare å distansere seg. En god terapeut skal ha evnen til å oppleve den andres smerte og samtidig ha kontroll over egne følelser. Om følelsene tar overhånd og ikke er under kontroll vil det virke negativt på terapien (Haugsgjerd, et al. 2009). Det er derfor viktig å finne en riktig balansegang mellom medfølelse og innlevelse.

Det var tydelig at Anders selv ikke hadde veldig lyst til å være der, men han var høflig og imøtekommende. Etter at vi hadde gått gjennom skjemaet for første samtale løsnet det litt og jeg fikk inntrykk av at han slappet mer av i situasjonen. Det er viktig for meg å møte alle klienter med respekt og vennlighet. Dette handler for meg først og fremst om mitt grunnleggende menneskesyn om likeverd. I møtet mellom klient og terapeut er likeverd sentralt også i den personsentrerte tilnærmingen. Klienten skal møtes med en varm, omtensksom og omsorgsfull holdning og relasjonen mellom de to skal preges av ærlighet, nærhet og åpenhet. På denne måten skaper man grunnlaget for at man i fellesskap kan søke å nå målet med terapiprosessen som er tydeliggjøring av klientens valgmuligheter (Haugsgjerd, et al. 2009). En god relasjon legger altså grunnlaget for en god terapiprosess.

Jeg følte at Anders fikk en slags tillit til meg allerede under første møtet. I allfall åpnet han seg og fortalte sin historie. Jeg ble grepet av hans fortelling og uten å tenke meg om tok jeg styring på samtalen og spurte om hans far. Personsentrert tilnærming kalles også for en ikke-dirigerende terapiform. Det vil si at det er klienten selv som skal bestemme tema for samtalen mens terapeuten skal speile og anerkjenne klientens følelser og opplevelser (Haugsgjerd, et al. 2009). Anders var nok ikke klar for å gå inn på dette. Vår relasjon var helt ny og selv om jeg ikke visste noe om hans traumatiserende barndom, burde jeg ha

vært mer bevisst på å ikke ta opp et potensielt vanskelig tema. Likevel valgte han å fortelle. Hans fortelling var sterk, og han fortalte med troverdighet og ro. Hans opplevelser med trusler, hån og fysiske avstraffelser både mot seg selv og de han var glad i gjorde meg både trist og opprørt. Rusproblemene hans hadde startet i svært ung alder. Ifølge Kvello (2016) viser forskning at det er en nær sammenheng mellom rusmiddelavhengighet og opplevde traumer i barndommen. Det er ikke vanskelig å tenke seg at Anders sin oppvekst preget av utrygghet og psykiske påkjenninger har ført til at han valgte rusen som en slags mestringsstrategi. I følge Prescott og Tvedten (2019) er bruken av rusmidler ofte like mye et behov for å dempe ubehagelige følelser som et ønske om velvære. Anders fortalte at han tidlig hadde startet å ruse seg og at dette gav han pause fra de vanskelige følelsene. Så lenge ingen grep inn hadde Anders som barn lite annet valg enn å forsøke å mestre den situasjonen han stod i. Maslow mente at manglende trygghet vil skape kaos og angst for et menneske (Haugsgjerd, et al. 2009). Dette kan være med på å gi en forståelse for Anders sin situasjon.

Personsentrert tilnærming ser på angst som et varsel om stagnasjon og følelsen av mangel på valg. Ifølge Bjørkly (2020) er målet i personsentrert terapi å gjøre klienten bevisst valgmulighetene sine slik at han frigjør vekstpotensialet sitt og kan oppnå selvaktualisering. Alle mennesker har et vekstpotensiale, men belastninger i livet er med på å bremse både troen på valgmuligheter og muligheten til selvaktualisering. Anders fortalte at rusen hjelper han til å slippe å forholde seg til alle de vonde tankene. Haugsgjerd (2009) skriver at personsentrert terapi handler om å bli møtt med en varm, positiv og aksepterende holdning i terapisisituasjonen slik at en åpner opp for at klienten kan føle frihet og mot til å fortelle sin historie. Ved å lytte oppmerksomt, anerkjenne og gjenta det klienten uttrykker kan klienten få hjelp til å få en større bevissthet for seg selv og sine følelser. Klienten vil da etter hvert få en gradvis opplevelse av vekst og utvikling som igjen vil styrke klientens selvaksept. Dette vil kunne bidra til å bevisstgjøre klienten de valgene som finnes. Ved å lytte til Anders sin historie og møte han med de rette holdningene kan altså en personsentrert tilnærming hjelpe han til å se muligheter og finne motivasjon til endring. Følelsen av prestasjon og mestring vil påvirke selvoppfatningen positivt (Haugsgjerd, et al. 2009).

Å endre rusmiddelbruk er ekstra krevende på grunn av alle de psykiske og fysiske effektene som rus har på en. Det krever derfor at man til tross for forventet ambivalens, både blir motivert, bestemmer seg og iverksetter endring og vedlikeholder endringen over tid (Prescott og Tvedten 2019). Anders var på det tidspunktet jeg møtte han, ikke motivert for endring. Han valgte likevel å komme til de avtalte møtene. Dette kan tolkes som at han til tross for at det var forventet av han fra blant annet mor, også kanskje følte at det gav han noe. I personsentrert terapi fortsetter en så lenge klienten opplever det som meningsfullt. Det er klienten selv som bestemmer hvor mange timer han føler behov for (Raskin, et al. 2014). Det å bli møtt med respekt og vennlighet var kanskje med på å gjøre disse møtene til noe positivt for Anders. Både Hinsley et.al. (2019) og Marchand et.al. (2019) har gjort funn som tyder på at noe av det viktigste for rusmiddelavhengige er å bli møtt av folk som virkelig bryr seg og som ikke gir de følelsen av å bli stigmatisert. Hinsley et.al (2019) skriver også i sin artikkel at rusavhengige beskriver at det å kjenne på at man selv har ansvaret legger til rette for selvrefleksjon. En slik selvrefleksjon vil i et personsentrert perspektiv kunne åpne opp for at klienten ser muligheten for valg og dermed kunne ta steget mot endring (Haugsgjerd, et al. 2009). Maslow hadde også en teori om at å bli anerkjent av andre for sine prestasjoner vil øke en persons selvrespekt som igjen gir økt opplevelse av motivasjon. Økt selvrespekt og andres bekreftelse påvirker dermed motivasjonen. Alt dette underbygger at en personsentrert tilnærming med sine grunnholdninger kan være med på å gi klienten mestringstro.

Da Anders fortalte meg om sin aggresjon og umotiverte voldsutøvelse ble jeg både overrasket og forferdet. Dette var ikke den Anders som jeg hadde dannet meg et bilde av gjennom den tiden jeg hadde lært han å kjenne. Som menneske fikk jeg et instinktivt behov for å si akkurat det. En terapeut med en personsentrert tilnærming må ha evnen og tryggheten til å vise også sine negative reaksjoner på det klienten forteller. Om ikke vil det kunne oppleves som manglende ekthet og virke forstyrrende på terapiprosessen (Haugsgjerd, et al. 2009). Underveis i Anders sin fortelling fikk jeg også en følelse av at han forventet at jeg skulle reagere på det han fortalte i måten han stadig kastet små blikk opp på meg som for å se om jeg viste noen form for reaksjon. Det kunne virke som han skammet seg. I følge Maslow sin humanistiske verditeori er mennesket godt fra naturens side, og aggressiv eller destruktiv atferd er ikke et resultat av ondskap. Slik atferd er heller

et uttrykk for frustrerende eller hemmende faktorer i miljøet (Haugsgjerd, et al. 2009). Dette støtter opp under det inntrykket jeg hadde av Anders. Der og da holdt jeg min umiddelbare reaksjon inni meg. I stedet ble det på en måte noe usagt, men likevel selvsagt. Samtidig er det jo en grunnleggende holdning innen personsentrert terapi å inneha en ubetinget positiv forståelse der en ikke dømmes, men aksepterer det klienten uttrykker. Denne holdningen kan være med på å skape et klient-terapeut-forhold som tolererer uenighet og fokuserer på selvinnsikt (Haugsgjerd, et al. 2009). Det er likevel viktig å ha med seg at denne ubetingete positive forståelsen handler om å forstå klientens indre opplevelse. Det handler ikke om å anerkjenne ytre atferd som for eksempel vold, men å forsøke å forstå de selvopplevelsene som ligger til grunn for handlingen (Røkenes og Hanssen 2006). Sånn sett er det både forståelig og nødvendig at en opplever og uttrykker negative følelser mot handlinger som strider mot ens egen moral. Her kommer jo også kongruens inn som et viktig element. Det må nemlig være samstemthet mellom det terapeuten sier og det han viser for at klienten selv skal oppleve en trygg og aksepterende terapeutisk relasjon (Haugsgjerd, et al. 2009). Jeg valgte likevel å lytte til Anders sin fortelling uten å gi direkte uttrykk for mine egne tanker om hans handlinger. Anders var ruset ved dette møtet, og jeg antok at hans evne til refleksjon sannsynligvis var preget av hans tilstand. Jeg så det derfor som lite hensiktsmessig å være noe annet enn nøytral og støttende.

Siste gang jeg møtte Anders fortalte han meg om sin sønn. Han var så stolt og rørt når han fortalte om gutten sin, og jeg fikk en tanke om at dette må jo være hans aller beste motivasjon til et liv uten rus. Likevel manglet han håp. Rusavhengighet er svært komplekst, og hva man ønsker å oppnå med rusen endrer seg gjerne fra et ønske om å oppleve velvære til et ønske om å unngå ubehag. Rusavhengighetens kjerne er at man fortsetter å ruse seg til tross for alle de negative konsekvensene det gir (Prescott og Tvedten 2019). I ICD-10 sin definisjon på rusmiddelavhengighet står det blant annet

«...inntaket av substansen får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi» (Lossius 2021, s. 26).

Alt det vi som ikke har en rusavhengighet ser på som viktig i livet blir forskjøvet til fordel for rusen. Hvordan kan man da motivere et menneske som har havnet her til å snu dette? Det er lett å tenke seg at Anders sin oppvekst har gitt han så mye motgang at hans tro på seg selv og sine mestringsmuligheter er sterkt svekket. En traumatiserende barndom vil svekke tilliten til både seg selv og andre ifølge Blindheim (2012). Siden Anders har ruset seg siden han var svært ung har han også mistet både skolegang, jobberfaring og andre viktige erfaringer. Prescott og Tvedten (2019) peker på akkurat dette og skriver at dette er med på å gjøre det ekstra krevende å se for seg et liv uten rus og kan skape en følelse av håpløshet. Ved bruk av personsentrert terapi der terapeutens holdning til klienten er omsorgsfull og varm, kan man skape et terapeutisk klima der klienten føler frihet og trygghet. Klienten vil da kunne få en mer realistisk og positiv oppfatning av seg selv og det kan åpne opp for at det kan skje en positiv endring (Raskin, et al. 2014). Klienten vil også kunne forstå sine egne følelser bedre ved at terapeuten viser aksept og forståelse og gjentar det klienten uttrykker. En slik forståelse vil hjelpe han å akseptere seg selv og kan være med på å gi et mer realistisk og modent forhold til både seg selv og andre. Denne grunnholdningen i personsentrert terapi der terapeuten er empatisk, ekte, kongruent og viser en ubetinget positiv forståelse for klientens følelser er det som hjelper klienten til å frigjøre det vekstpotensialet han har. En frigjøring tydeliggjør de valgmulighetene han har og gir rom for vekst og endring (Haugsgjerd, et al. 2009).

I Hinsley et.al. (2019) sin kvalitative studie kan man lese at rusavhengige selv ser på den personsentrerte tilnærmingen som verdifull. De føler seg sett og hørt og opplever å bli møtt med verdighet. Det trekkes også frem at det å bli ansvarliggjort gir mer selvinnsikt og fremmer den indre motivasjonen for endring (Hinsley, et al. 2019). Dette er informasjon som underbygger at en personsentrert tilnærming kan være en god tilnærming også for å motivere til rusfrihet. Det er jo dessverre slik at rusavhengige ofte møtes med en del stigma fra samfunnet. Kanskje er det da ikke så vanskelig å forstå at det å bli møtt med aksept og en ubetinget positiv forståelse kan gi personen et annet syn på seg selv og sine mestringsmuligheter. Den personsentrerte tilnærmingen kan være med på å åpne opp for at klienten ser fremover. Kanskje kunne den terapeutiske relasjonen som var i ferd med å danne seg for Anders og meg, ha hjulpet han til å se at

det fantes muligheter og at det fantes håp. Dessverre ble vår relasjon brutt, og jeg har aldri fått vite hvordan det har gått med han – men tenkt på han, det har jeg.

## 5.0 Konklusjon

Mitt møte med Anders gjorde sterkt inntrykk på meg, men hans historie er dessverre ikke unik. Undersøkelser viser en nær sammenheng mellom opplevde traumer i barndommen og rusmiddelavhengighet. Det å ruse seg er ofte en mestringsstrategi. Det var det også for Anders. Underveis i behandlingen tenkte jeg ofte på hvordan jeg skulle kunne gi han motivasjon til å slutte å ruse seg. Sett utenfra var det vanskelig å forstå at rusen overskygget alt som er viktig i livet, også hans egen sønn som han var så stolt av. Personsentrert terapi er ikke den vanligste behandlingsformen knyttet til rusbehandling. Min erfaring i møtet med Anders er likevel at gjennom en personsentrert tilnærming ble det dannet en verdifull terapeutisk relasjon. Selv om han i utgangspunktet ikke kom på eget initiativ, tok han et valg om å fortsette å komme og han viste meg tillit. Å bli møtt med en positiv, ikke-dømmende og aksepterende holdning er viktig for alle mennesker, men for mennesker som opplever stigma kanskje hver dag tror jeg det har ekstra stor betydning. Det var ikke vanskelig å ha ektefølt empati for Anders, men jeg kan se for meg at dette ikke er like lett i alle terapirelasjoner. Det kan også synes å være en nokså tidkrevende prosess. Det gjør at jeg stiller meg spørsmålet om hvor lenge det er mulig å gi en rusavhengig klient følelsen av at det er nyttig å møte opp. Erfaringsmessig er det jo ofte andres krav og forventninger som får disse klientene til å starte i denne typen terapi i utgangspunktet. Jeg har likevel på bakgrunn av min erfaring i møte med Anders, og alt jeg har tilegnet meg av kunnskap gjennom å jobbe med denne oppgaven, tro på at personsentrert terapi kan være nyttig i rusbehandling. Dessverre er det lite forskning på dette, men de undersøkelsene som jeg har kommet over viser overveiende positive erfaringer. Det er derfor svært interessant og viktig for fagområdet og alle de som er berørt av rusmiddelavhengighet, direkte og indirekte, at det blir gjort flere studier på dette området.



## Referanseliste

- Bjørkly, Stål. 2020. «*Humanistisk psykoterapi med hovedvekt på personsentrert tilnærming*» Forelesning tilknyttet videreutdanning i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Molde. 15. Oktober
- Blindheim, Arne. 2012. «*Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst*» Tidsskriftet Norges Barnevern, 19 Desember: 168-195.  
Sist lest 11.04.22  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2012-03-05>
- Folkehelseinstituttet.no. 2019. *Rusbrukslidelser i Norge. Forekomst og utvikling av alkoholavhengighet og andre rusbrukslidelser i Norge, samt risikofaktorer og konsekvenser*. 6 Desember. Funnet Mars 14, 2022.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson, og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på Psykisk lidelse*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hinsley, Kathryn, Peter J Kelly og Esther Davis. 2019. «*Experiences of patient-centred care in alcohol and other drug treatment settings: A qualitative study to inform design of a patient reported experience measure*» Drug and Alcohol review, September: 664-673. Sist lest 04.04.22  
<https://doi.org/10.1111/dar.12965>
- Kvello, Øyvind. 2016. *Barn i risiko*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lossius, Kari. 2021. *Håndbok i rusbehandling*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Marchand, Kirsten, Scott Beamont, Jordan Westfall, Scott MacDonald, Harrison, Scott, David C. Marsh, Martin T. Schechter, og Eugenia Oviedo-Joekes. 2019. «*Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: findings from a systematic scoping review.*» Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 19 September. Sist lest 04.04.22  
<https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0>

Miller, William R, og Stephen Rollnick. 2016. *Motiverende samtale*. Bergen: Vigmostad og Bjørke AS.

Prescott, Peter, og Torbjørn Tvedten. 2019. *Kognitiv terapi i behandlingen av rusmiddelproblemer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Raskin, Nathaniel J, Carl R. Rogers og Marjorie C Witty. 2014. «*Client-centered therapy.*» Current psychotherapie, av Danny Wedd og Raymond J. Corsini, 95-102. Brooks/Cole.

Røkenes, Odd Harald, og Per-Halvard Hanssen. 2006. *Bære eller bryte*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

