



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Å skape en relasjon

Randi Hammervoll Skipnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 29

Molde, 25.08.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

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 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: 25.08.2022

Sammendrag

I et samfunn med stadig flere eldre, vil vi også se en økning av personer med psykiske lidelser. Dette omfatter også angst, enten som egen sykdom eller som tilleggslidelse. En mellommenneskelig relasjon *er* ikke, den oppleves, og den er av betydning for et godt resultat i det terapeutiske arbeidet. Situasjonen jeg beskriver i oppgaven handler om en eldre kvinne innlagt ved åpen avdeling. Hun har vært hjemme på permisjon, og opplever at det ikke gikk så bra. Hun kommer tilbake til avdelingen og har en samtale med en terapeut hun ikke har hatt samtale med tidligere.

Jeg har laget følgende problemstilling jeg ønsker å belyse: *Hvordan kan en psykisk helsearbeider skape en terapeutisk allianse med en person med angstlidelse ved hjelp av personsentrert tilnærming?* I tillegg ønsker å se på om det er faktorer som kan gjøre det utfordrende eller være til hinder for relasjonsdannelse.

Carl Rogers' prinsipper i personsentrert perspektiv tar utgangspunkt i humanistisk tenkning. En kan ved å bruk disse prinsippene danne gode terapeut-klient relasjoner. Det handler om møter mellom likeverdige mennesker som er preget av åpenhet, ekthet, varme og omsorg. Terapeuten skal oppleve hvordan den andre har det, og relasjonen som oppstår mellom terapeut og klient er et viktig virkemiddel i det terapeutiske arbeidet. Jeg vil med bruk av humanistisk tanke sett og personsentrert tilnærming se og diskutere hvilke faktorer som bidrar til relasjonsdannelse og om det eventuelt er noe som kan skape vansker i relasjonen.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Hensikt.....	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensing.....	2
1.4	Litteratursøk.....	2
2.0	Teori	5
2.1	Eksistensialisme, humanistisk psykologi og Maslow	6
2.2	Carl Rogers og personsentrert terapi.....	6
2.3	Terapeutisk relasjon og allianse.....	8
2.4	Kommunikasjon og samhandling.....	9
2.5	Angst.....	10
2.6	En aldrende befolkning.....	11
2.7	Eldre og angst.....	12
3.0	Empiri	13
3.1	Møtet og samtalen	13
4.0	Diskusjon.....	16
4.1	Å bli møtt med empati og ekthet.....	16
4.2	Klientens livsverden	18
4.3	Terapeutens rolle.....	20
5.0	Konklusjon.....	21
6.0	Avslutning	22

1.0 Introduksjon

Vi lever stadig lengre og det fødes færre barn nå enn tidligere. Dette fører til at andelen eldre i samfunnet øker. De store barnekullene fra etterkrigstiden begynner nå å bli en del av den eldre befolkningen her i landet, og i takt med at andelen eldre øker, øker også forekomsten av ikke bare somatiske, men også psykiske problemer og sykdommer. Med en større andel eldre i samfunnet vil det også være flere eldre som opplever ulike grader av angstproblematikk. Mye er skrevet om effekt av ulike behandlingsopplegg når det gjelder angstlidelser. Felles for behandling er det mellommenneskelige møte mellom en hjelper og en som søker hjelp.

1.1 Hensikt

Gjennom mitt arbeid som sykepleier har jeg gjentatte ganger, både kommunalt og i helseforetaket, møtt eldre personer med større eller mindre grad av angstproblematikk. Jeg har møtt personer med lett grad av angst og jeg har møtt de som har en angstlidelse som er lammende og som styrer hele deres hverdag. Noen av de jeg har møtt har jeg som sykepleier fått en god relasjon til, mens andre har en i liten grad skapt en relasjon til. Jeg har opplevd å kjenne på følelsen av å ikke strekke til, og tenker at dette skyldes mangel på kunnskap om hvordan en skaper en god hjelperelasjon. Det er kjent at en god terapeutisk relasjon mellom terapeut og klient i stor grad er viktig for et positivt utfall av terapi. Hvilke faktorer som bidrar til å danne denne gode relasjonen er ikke like klart. Når det nå blir flere eldre, kommer det også til å bli flere personer jeg som helsearbeider vil møte, enten som søker hjelp med angstproblematikk eller som har andre helseutfordringer de søker hjelp for og der angst kommer som en del av sykdomsbildet. Det å danne en relasjon med en eldre person kan være annerledes enn hos yngre voksne. Jeg ønsker derfor å finne ut mer om hvordan en kan legge til rette for å danne en god relasjon til en eldre person med angstlidelse i den hensikt å skape en best mulig terapeutisk allianse for slik å legge til rette for positivt utfall i terapi. Jeg ønsker også å se på om det er faktorer som kan gjøre det utfordrende eller være til hinder for at en god relasjon skal oppstå mellom terapeut og en som søker hjelp.

Jeg har derfor kommet til følgende problemstilling som jeg gjennom teori, empiri og personlige erfaringer ønsker å belyse.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan en psykisk helsearbeider skape en terapeutisk allianse med en person med angstlidelse ved hjelp av personsentrert tilnærming?

Delproblemstilling: Er det faktorer som kan gjøre det utfordrende eller være til hinder for at en god relasjon dannes mellom terapeut og klient?

1.3 Avgrensing

I personsentret perspektiv bruker Carl Rogers begrepene terapeut og klient. Jeg vil i oppgaven her bruke disse begrepene, men også bruke ordet hjelper om fagpersonen og helsearbeider og omtale klienten som henne da narrativet omhandler en kvinne.

Jeg vil også bruke både relasjon og terapeutisk allianse som beskrivelse av forholdet mellom terapeut og klient.

1.4 Litteratursøk

I oppgaven brukes relevant pensumlitteratur samt at det gjøres litteratursøk for å finne relevant forskning og litteratur som kan belyse temaet. Jeg fikk veiledning av bibliotekar ved Høgskolen i Molde, og gjennomførte et søk i Oria på søkeordene: angst* og personsentr* og etter gjennomgang av de 17 treff dette resulterte i satt jeg igjen med boken "Psykisk helse hos eldre" av Johanne Tonga og Martin Brystad (2020), som jeg vil bruke i den teoretiske delen som omhandler eldre.

Neste søk ble gjort i databasen til MEDLINE med søkeord: 1. anxiet* = anxiety OR anxiety disorders, 2. person-cent* = person-centered therapy OR psychotherapy og 3. therapeutic alliance

Søkeordene ble kombinert med hverandre; 1+2, 1+3 og 2+3. Det ble lagt inn begrensninger i søket; publisert fra "2012-current", og alder "65 and over". Dette resulterte i 147 treff som jeg gikk gjennom og satt igjen med 3 artikler.

I artikkelen til Eva-Marie Kessler og Teresa Schneider (2019) er målet med studien å finne ut om klientens alder påvirker terapeutens holdning og tilnærming til klienten.

Hovedfunnene er at terapeuten ikke har en mer negativ holdning til en eldre enn en yngre klient, men alder kan prege den terapeutiske tilnærmingen ved at eldre klienter blir anbefalt kortere behandlingsforløp enn yngre samt at motivasjonen for terapi ikke blir sett på som like viktig hos eldre som hos yngre med tanke på vellykket terapiforløp. Dette kan skyldes negative aldersstereotypiske holdninger hos terapeuten når det kommer til eldre og helse, og omfatte at de ses på som resignerte, mindre fleksible, rigide og at de har mer vansker med endring. Det kan også være andre forventninger til hvor vellykket terapi forventes å bli. Redusert evne til å danne et tillitsfullt forhold, en god terapeutisk allianse, og slik anse den eldre som mindre mottakelig for behandling enn en yngre klient. Terapeuten kan i større grad unngå å gå i dybden på negative og ubehagelige opplevelser i den hensikt å få til endring, og slik også opptre med vennlighet og snillhet mot den eldre klienten.

Robinder P. Bedi og Carlton T. Duff`s studie (2013), om klienten som ekspert, har som mål å finne ut hva klienten opplevde var de viktigste faktorene når det kom til utvikling av den terapeutiske alliansen i møtet med terapeuten. Hovedfunn er at terapeuten validerer klientens opplevelse, at terapeut er/opplevs som ærlig og ekte, at terapeuten spør om andre deler av livet til klienten og ikke bare det som er problemer, at terapeuten normaliserer klientens opplevelse og at terapeuten jevnlig bruker øyekontakt. Klienten opplevde også at terapeutens fremtoning, kroppsspråk, non-verbale gester og emosjonell støtte og omsorg bidro til god terapeutisk allianse. Terapeutens adferd som å identifisere og reflektere tilbake følelser, å omskrive hva klienten sier, gi oppmuntrende kommentarer, være enig med klient og å gi positive og oppmuntrende kommentarer til klient. Klienten mener at samarbeid i terapien er viktig, men legger hovedansvaret for alliansebygging på terapeuten, og de fleste faktorene går på terapeutens atferd fremfor terapeutens egenskaper og klientstyrte variabler. Tidlig alliansebyggende atferd starter ofte en spiral av positiv følelsesutvikling som bidrar til tillit til terapeut, økt åpenhet, trygghet, økt klientutforsking, mer positive følelser, økt mottakelighet osv. De positive variablene bidrar til bevegelse/igangsetting av spiralen.

Jeg valgte også å inkludere en artikkel, fra 2009, som kom opp som forslag til lignende lesning da jeg mener den er relevant og har en litt annen vinkling. Den har samme

forfatter, Duff og Bedi, men en litt annen vinkling enn artikkel nummer 2. Målet med studien var å finne ut hvilken atferd hos terapeut som er med på å utvikle en god terapeutisk allianse sett fra klientens side. Studien ser på opplevelsen klienten har med å jobbe sammen med terapeut, inkludert opplevelsen av det mellommenneskelige bånd som utvikles underveis i terapi. Duff (2009) sier at klientens perspektiv er ofte funnet å være en bedre indikator for utfallet av terapien enn for eksempel en forskers eller terapeutens perspektiv. Hovedfunn er at terapeut stiller spørsmål til klient, identifiserer og reflekterer tilbake klientens følelser, komme med positive kommentarer om klienten og validere klientens opplevelse. Spesielt atferd knyttet til validering er viktig for dannelsen og styrken av den terapeutiske alliansen. Validering kommuniserer at klientens erfaring er gyldig, en følelse av forståelse, ikke-dømmende og respekt ovenfor klient. Andre faktorer som også spiller positivt inn er å ha øyekontakt, hilse klienten med et smil, å referere til detaljer diskutert i tidligere møter, være ærlig og å sitte stille uten å fikle. Positivt fokus på klient spiller en betydelig rolle i utviklingen av den terapeutiske alliansen, og kommuniserer en følelse av positiv respekt, oppmerksomhet og omtanke. Dette fremmer en positiv følelse hos klient. Positiv omtanke ses på som et av kjernetrekkene ved personsentrert terapi. Funnene i studien viser til spesifikk atferd for å kommunisere positiv respekt og omtanke ovenfor klienten. Validere klientens følelser; din reaksjon er forståelig og rimelig, og det er helt greit å føle slik. Identisk søk ble gjort i PsycINFO, men resulterte ikke i nye relevant funn.

2.0 Teori

I oppgaven velger jeg å bruke det personsentrerte perspektivet. De humanistiske grunntankene fokuserer på menneskeverd, at vi alle har en egenverdi i oss selv som unike individer. Å ha disse tankene som en grunnholdning møte med mennesker som søker hjelp, vil hjelpe meg å tilpasse meg til deres aktuelle livssituasjon og å sette meg inn i deres situasjon som de nå søker hjelp til. Personsentrert perspektiv har mennesket respekten for det enkelte individs opplevde livsverden, ens rett til å ta valg og til å ta konsekvensen av disse valgene. Som helsearbeider kan det å bruke det personsentrerte perspektivet ligge som en holdning i all min samhandling med mennesker som søker hjelp.

2.1.0 Humanisme

Personsentrert terapi har sitt opphav i humanistisk tenkning som igjen er bygget på hermeneutisk filosofi og fenomenologi. Fra humanismen oppstod på 1500-tallet har den utviklet seg og hatt stor betydning for synet på mennesket og vitenskapen (Haugsgjerd, 2015). Grunnprinsipper innen humanismen er

- at mennesket er fri og ansvarlig for egne handlinger, vurderinger og hensikter
- livet innebærer ingen absolutt sannhet eller ingen absolutte verdier, hver og en av oss erfarer selv vår egen virkelighet
- mennesket skaper sine egne verdier, og det har et mål med sine handlinger og tanker
- det menneskelige kjennetegn er at det er individuelt, udelelig og særegent.

Humanismen er en dynamisk og foranderlig helhet. Den knyttes til de historiske, sosiale, samfunnsmessige og politiske forhold som de ulike mennesker lever i, og har et tidløst krav om respekt for dets egenverd og ukrenkelighet (Haugsgjerd, 2015). Hovedpunktene for å forstå psykisk helse og uhelse innen humanismen er at et hvert menneske er unikt, og at et helt menneske er mer enn summen av sine deler. Virkeligheten er subjektiv og selvopplevd, og avhengig av hvem som observerer og hvordan det gjøres. Humanismen ser selvet som et konkret og spontant opplevd uttrykk, enten som personen sett utenfra eller som personen opplever seg selv innenfra. Å styrke det enkeltes menneskes selvforståelse, selvrespekt og trygghetsfølelse er målene (Haugsgjerd, 2015).

2.1 Eksistensialisme, humanistisk psykologi og Maslow

Eksistensialismen ser på mennesket med en helhetlig forståelse. Den sier at mennesket er fritt, og at det har frihet til å velge. Samtidig har vi også ansvar for og må ta konsekvenser av de valg vi tar, i og med at vi samhandler med andre mennesker. Abraham Maslow (1908-1970) har hatt stor betydning for utviklingen av humanistisk psykologi. Hans grunntanker er basert på eksistensialismen og fenomenologien ved at det personlige og subjektive ligger til grunn for erfart opplevelse av verden og for at erkjennelse skal utvikles. Maslow fokuserte på mental sunnhet fremfor sykdom og hadde en grunntese om at mennesket er godt eller nøytralt, og ikke ond eller dyrisk. Han mener frustrerende og hemmende miljøfaktorer er det som er årsak til aggresjon eller destruktivitet (Haugsgjerd, 2015).

Maslow beskriver at vårt høyeste mål som menneske er å få uttrykke våre evner og anlegg oppnår vi selvaktualisering. For først å oppnå en sunn og vital personlighet har vi ulike og hierarkiske ordnede grunnleggende behov som først må dekkes, og som fremstilles i form av en behovspyramide. De fysiologiske behovene ligger i bunn av pyramiden og beskrives som de sterkeste, og må derfor tilfredsstilles først. Hvis disse ikke blir tilfredsstillt vil de være dominerende i livet. Så kommer behovene for trygghet og sikkerhet, som innebærer stabilitet og forutsigbarhet i livet. Deretter er det behovet for kjærlighet, vennskap og tilhørighet, som innebærer følelsesmessig kontakt og hengivenhet i forhold til andre mennesker. Behovet for å være respektert, for verdighet og anerkjennelse. Dette omfatter både selvoppfatning og dermed selvrespekt og anerkjennelse og bekreftelse fra andre. Når alle disse er tilfredsstillende dekket vil behovet for selvaktualisering, som danner grunnlag for personlig vekst og utvikling oppstå. (Haugsgjerd, 2015)

2.2 Carl Rogers og personsentrert terapi

Carl Rogers (1902-1987) utviklet prinsippene til klientsentrert, også kalt personsentrert psykoterapi på 1950-tallet. Det er en terapiprosess med et åpent og aksepterende samspill, og hvor terapeut og klient møter den andre som likeverdige, med respekt og

aksept både i det terapeutiske og det eksistensielle. Ærlighet, nærhet og åpenhet preger den terapeutiske relasjonen mellom klient og terapeut, og terapeuten skal være varm, omtensksom og omsorgsfull både i holdning og handling mot klienten. I terapien fungerer terapeut mer som en veileder enn som en tradisjonell behandler, og møter klienten i dennes forestillingsverden (Haugsgjerd, 2015). Klienten er ikke en passiv mottaker i terapien, men bidrar aktivt og skapende på den måten som er best for henne her og nå (Raskin, 2014). Klient møtes som et subjekt og det terapeutiske arbeidet har fokus på kroppslige og følelsesmessige opplevelser her-og-nå. Terapeuten skal avspeile og reflektere klientens tanker og væremåte slik at klienten selv kan oppdage egne ubevisste følelser og motiver. En ser klientens problemer og symptomer i lys av livsbetingelsene hun lever under (Haugsgjerd, 2015). Terapeut kan dirigere klient mot områder som hun kan arbeide med, og klargjøre og tydeliggjøre valgmulighetene, men valget er klientens og må respekteres av terapeut. Endring skjer når klienten kan utforske sine opplevelser på nytt, og slik få et annet syn på seg selv og sin livsverden. Rogers sier terapien bidrar til at klienten får et mer realistisk bilde av seg selv, bedre evne til sosial kontakt og evnen til å godkjenne og glede seg over andre mennesker (Haugsgjerd, 2015)

I det terapeutiske samarbeidet er de sentrale punktene (Haugsgjerd, 2015):

Empati er å forstå opplevelsen som klienten har i sin indre verden her og nå, slik hun føler den, og kommunisere dette tilbake til henne (Raskin, 2014). For å kunne være til støtte for klienten må terapeuten kunne stå i og oppleve den andres følelser, men samtidig stå utenfor i intensiteten og styrken i disse følelsene. Terapeuten må i situasjonen kunne være herre over sine følelser. Slik kan terapeuten være til støtte og samtidig gi klienten et bilde av hvordan hun fremstår og hvordan hun har muligheten til å bli (Haugsgjerd, 2015). Ekthet omhandler at terapeuten, selv om denne ikke er enig med klient, kan vise og uttrykke alle de følelser som har med klientens situasjon å gjøre, slik de virkelig fremstår for terapeuten. Klienten vil da oppleve at terapeuten er ekte, er seg selv og ubetinget akseptere klienten. Hvis terapeuten ikke gjør dette vil klient kunne oppleve det som en usikkerhet og et forstyrrende element i tilliten til terapeuten. Det er også viktig at terapeuten har erkjennelse og bevissthet omkring egen personlig historie, egne verdier, interesser, samt egne begrensninger. I samarbeidet med klienten er også terapeuten sine egne erfaringer som terapeut og kunnskaper om terapeutiske prosesser og metoder

viktig. Terapeuten vil gjennom ekte aksept og varm interesse, vise klienten at han lever med henne i hennes situasjon (Haugsgjerd, 2015).

Kongruens handler om at det er samsvar mellom følelser og adferd, ord og handling i empatien og ektheten terapeut viser. Når dette henger sammen vil det kunne føre til at både terapeut og klient vil oppleve en modningsprosess og menneskelig vekst gjennom at det skapes en trygg og aksepterende atmosfære i den terapeutiske alliansen. Terapeuten vil i denne modningsprosessen inspirere og influere klienten ved at klienten lærer det samme som terapeuten, fordi den terapeutiske relasjonen har skapt en trygg og aksepterende atmosfære (Haugsgjerd, 2015).

Bevissthet om følelser ved at terapeut fremstår i terapien som trygg og tolerant. Han bidrar til større bevissthet og erkjennelse av klientens følelser og egne opplevelser. Gjennom tydelig og mer bevisst gjengivelse av klientens situasjon slik den fremstår, føles og oppleves for terapeuten i terapiprosessen vil klientens situasjon kunne fremstå som klarere og mer forståelig for henne. Slik kan større bevissthet, erkjennelse og en befriende følelse hos klient skapes, og føre til at klient aksepterer egen situasjon (Haugsgjerd, 2015).

Frigjøring og vekst gjennom terapiprosessen ved at de fire foregående punktene sammen skape en helhet for klienten ved at hun opplever maksimale betingelser for vekst og utvikling. Klienten skal både når det gjelder seg selv og andre oppleve mer modenhet og aksept for følelsene sine. Når klienten får et sannere og mer ekte forhold til sine følelser, opplever hun at hun kan se seg selv på en ny måte, samtidig som det legges til rette for maksimal betingelse for utvikling av de ressurser og potensialer som hun har iboende (Haugsgjerd, 2015).

2.3 Terapeutisk relasjon og allianse

En kan forstå uttrykket «den terapeutiske alliansen» som styrken og samarbeidsrelasjonen mellom klient og hjelper i terapi (Bøe, 2017).

En god relasjon er ikke, den oppleves, og den er av betydning for et godt resultat i det terapeutiske arbeidet (Bøe, 2017). Bøe (2017) sier at relasjonen skal være et verktøy til klientens disposisjon der hun har mulighet til å søke etter mål og å realisere sine prosjekter. Terapeuten skal ha en grunnleggende tillit til og respekt for klienten og

hennes mål, samt at hun har iboende evner til å strekke seg etter og oppnå disse målene (Raskin, 2014). En reell relasjon er noe mer enn psykologisk forståelse og metode i terapeutens hender, det handler om likeverd og kvaliteter, bånd mellom to mennesker og en gjensidig opplevelse av at en betyr noe for den andre (Bøe, 2017). I et første møte med klienten er det viktig å ha en åpen og aksepterende holdning med tanke på relasjonsbygging og videre samarbeid. Det kan koste mye å be om hjelp, og klienten vil være spesielt følsom (Hummelvoll, 2016).

Samtalen og relasjonen er viktig i det humanistiske perspektivet. Den er ikke resultatrettet, og fremfor direkte spørsmål er det hensiktsmessig å møte klienten med undring som slik hjelper henne med å få tak i sin opplevelse (Schibbye, 1998). Det handler om reelle personlige følelser og handlinger, og tanker i et samspill som ikke bare omfatter klient, men også terapeut. I relasjonsbygging ønsker en å legge til rette for det personlige og menneskelige, ikke bare å møte en profesjonell, men et medmenneske (Bøe, 2017). Ærlighet, åpenhet og nærhet skal prege relasjonen mellom terapeut og klient (Haugland, 2015).

En vil se at klienten har ulike grenser ovenfor ulike hjelpere, og at hun kan åpne seg mer og knytte sterkere kontakt med enkelte hjelpere enn andre. Dette kan føre til at hjelperen i større grad reflekterer over sitt møte med klienten og hvordan en legger til rette for relasjonsdannelse (Bøe, 2017).

Hjelperens holdning i møtet med klienten skal være aksepterende, lyttende, bekreftende og ha innlevelse. Møtet skal være mellom to subjekter, en skal strebe etter å forstå hvordan verden ser ut fra klientens side samt ha en indre forståelse for oss selv og den andre (Schibbye, 1998). Karlsson (2009) sier at en gjennom reflektert lytting vil kunne rette på hverandres og slik komme til gjensidig forståelse. Hjelperen snakker på en utvetydig og respektfull måte, og reflekterer ærlig over hvordan egen handlemåte oppfattes og påvirkes av klienten. Dette bidrar til å bygge relasjonen mellom hjelper og klient (Karlsson, 2009).

2.4 Kommunikasjon og samhandling

Vi får tilgang til klientens livsverden gjennom dialog, samhandling og deltagelse. Når vi kommuniserer skjer det i møter mellom mennesker som har ulike forutsetninger,

sinnsstemninger og “dagsform”, samt at situasjonen og omstendighetene varierer. I personsentrert perspektiv er ikke innholdet i samtalen gitt, men skapes underveis i samhandlingsprosessen (Haugsgjerd, 2015).

Karlsson (2009) sier at en god samtale er preget av likeverd, gjensidig deltagelse, respekt og verdsettelse gjennom at en fritt kan fortelle sin historie uten å måtte holde tilbake. En samtalsituasjon som ikke er bra beskrives med enveiskommunikasjon, teoretisk, kommanderende, klienten opplever seg satt i en underordnet situasjon og passivisert til å ta imot informasjon samt oppfordret til å utføre handlinger uten selv å kunne være med i beslutningene (Karlsson, 2009). Gjennom å reflektere over egne og andres reaksjoner på det som sies, å lytte aktivt og la den andre komme til orde og snakke ut, samt å formidle forståelse tilbake, vil en i samtalen oppleve gjensidighet og følelsesmessig berøring og gjenkjennelse. Slik vil en klient oppleve seg sett, hørt og lyttet til (Karlsson, 2009). Non-verbal kommunikasjon, som blant annet omfatter blikkontakt, anerkjennende gester, og åpen og avslappet kroppsholdning, er til stede i samhandling mellom mennesker og derfor også en viktig del av samspillet mellom klient og hjelper (Hummelvoll, 2016)

2.5 Angst

Det å kunne reagere med frykt i truende situasjoner er et naturlig beskyttelsesfenomen, hvor kroppen sender signaler som ber oss være på vakt (Snoek og Engedal, 2008). Ved reell fare for liv og helse gir frykt en naturlig aktivering både psykisk og fysisk i kroppen vår, og er da normal og nødvendig da den har livsbevarende egenskaper som øker overlevelsesevnen. Når disse aktiveringene oppstår uten at det er noen tilsynelatende reell psykisk eller fysisk fare, eller når reaksjonen ikke står i forhold til den aktuelle trussel, kaller vi det angst (Snoek og Engedal, 2008).

Det finnes flere ulike typer angst som større eller mindre grad gir en rekke både psykiske og fysiske aktiveringer. Noen utløses i spesifikke situasjoner, mens andre kan komme “ut av det blå” eller som følge av frykt for utløsende faktorer, deriblant for angsten i seg selv. Reaksjon og opplevelse er subjektivt, og henger gjerne sammen med situasjon og personens mestringsevne. Angsten kan ikke direkte observeres, men atferds uttrykket og reaksjonen på angsten kan observeres hos den som opplever den (Hummelvoll, 2016).

Vanlige symptomer er hjertebank, brystmerter, svetting, kvalme, svimmelhet, prikking eller nummenhet, åndenød, kvelningsfølelse, uvirkelighetsfølelse, frykt for å dø og mer (Snoek og Engedal, 2008).

I eksistensialismen snakker en om at et hvert valg innebærer en grunnleggende angst. Slik vil også mennesket ved å unngå å velge, forsøke å unngå angst. Ved å unngå å velge vil livet fremstå som innsnevret og begrenset, og mennesket vil føle på tomhet og meningsløshet (Haugsgjerd, 2015). Innenfor den humanistiske retningen ses angst som et tegn på stagnasjon og at en mangler evne til å ta valg, og er slik ikke sett på som sykdom (Haugsgjerd, 2015). I terapi har en ikke fokus på sykdom hos klienten, men på å skape individuell og personlig forståelse for klientens situasjon og lidelse (Haugland, 2015). Carl Rogers sier om angst at den oppstår når det ikke er samsvar mellom klientens erfaringsverden som er den ytre opplevde verden, og jeget som er den indre opplevde erfaringsverden for klienten. Når det er overenstemmelse vil angst være fraværende (Haugland, 2015).

2.6 En aldrende befolkning

De store barnekullene fra etterkrigstiden har nå begynt å komme opp i pensjonsalder, og vi lever stadig lengre. Det anslås at andelen eldre i befolkningen vil være fordoblet om 30 år, og det vil derfor være behov for økt kunnskap om eldrepsykologi og Eldres psykiske helse (Tonga, 2020). De eldre er en heterogen gruppe, og fremstår med stor variasjon i helse, resurser, funksjon, livshistorier, interesser, vaner og preferanser. Selv om mange er friske og bor hjemme, vil økende alder gi økt sårbarhet for å rammes av sykdom (Lunde, 2020).

Det finnes stereotypier om eldre. Noen er positive, som at alderdom gir visdom, godhet og pålitelighet, men flere er negative, som økt sykkelighet, kognitiv svekkelse, forfall, skrøpeligheit, manglende motivasjon og nedsatt endringsvilje. Disse negative oppfatningene bidrar til at eldre i mindre grad enn yngre har fått tilgang til ulike helsetjenester som blant annet psykologisk hjelp (Lunde, 2020).

2.7 Eldre og angst

Forskning har vist at angst, både som egen lidelse og som ledsagende symptom er vanlig hos eldre, men i større grad hos eldre i institusjon enn hjemmeboende. Ubehandlet kan angst bidra til kognitiv svikt, redusert fysisk helse og redusert funksjon i dagliglivet og nedsatt livskvalitet (Hynninen, 2020). Det er en tydelig sammenheng mellom angst og helse, med hyppigste symptomer blant de eldre med dårligst helse noe som bidrar til økt behov for helsehjelp. Sammenlignet med eldre med normale bekymringer, opplever de med angst og angstsymptomer større vansker med å håndtere dagliglivet. Nyoppstått angst i eldre år relateres ofte til somatisk sykdom, tapsopplevelse, ensomhet og mindre sosial støtte, stressende opplevelser og sårbarhetsfølelse, depresjon og kognitiv svikt. Det kan også være vanskelig å skille angst fra somatisk sykdom og plager da symptomer kan ligne. Angst påvirker oppmerksomhet, hukommelse og andre kognitive funksjoner så den eldre kan i møte med helsepersonell fremstå som kognitivt svekket (Hynninen, 2020). Eldre med angst har økt risiko for funksjonshemming, depresjon, sosial isolasjon, somatisk sykdom og tidlig død. Angst og angstlidelser er likevel ofte oversett og underbehandlet selv om det har en rekke alvorlige konsekvenser (Hynninen, 2020).

3.0 Empiri

Opplevelsen jeg velger å skrive om opplevde jeg i en praksisperiode ved en døgnpost innen psykiatri. Jeg deltar ikke selv aktiv, men observerer samtalen og samspillet mellom en terapeut og en eldre kvinne som har angstplager.

3.1 Møtet og samtalen

Anna har hatt et arbeidsliv innen helsesektoren og er nå pensjonist. Hun har levde et aktivt liv og er i god fysisk form. Hun bor i enebolig og har barn og barnebarn som bor i nærheten av henne. Anna har vært enke i snart 20 år etter at hun miste mannen sin etter noen måneders sykeleie. De hadde begynt å pusse opp i huset når han ble syk, og rakk å ferdigstille dette før han døde innlagt i sykehus. For et par år siden skulle Anna gjøre noen endringer der hun og mannen tidligere hadde pusset opp. Hun oppleve da tiltagende problemer med søvn, kjente på kroppslige symptomer og opplevde det etter hvert som vanskelig å være hjemme i huset sitt. Dette satte i økende grad sitt preg på hverdagen hennes. Hun distrahererte seg selv fra problemene hun opplevde med å ha et stort aktivitetsnivå, med fjellturer og i forholdet til barn og barnebarn. Etter hvert søker hun hjelp hos sin fastlege, og etter noen konsultasjoner blir hun henvist til innleggelse.

Når jeg møter Anna, er hun innlagt på døgnpost. Hun har da vært innlagt i 3 uker, og har vært på hjemmebesøk og to overnattingspermisjoner med påfølgende samtaler med en faste behandler som en del av det å eksponere seg og å øve på å være i hjemmet og dagliglivet med hjelpemidler hun har fått. Nå skal hun hjem på planlagt permisjon fra fredag til mandag. Hun kommer tilbake på søndag formiddag da det ble svært vanskelig for henne å være hjemme, med stort symptomtrykk hun syns det ble vanskelig å stå i. Hun er sliten og lei seg over at det ikke ble som hun håpet. Mandag skulle hun hatt samtale med sin faste terapeut, men denne er syk og samtalen blir med en vikarierende terapeut som Anna ikke har en relasjon til.

Jeg er med som observatør i samtalen mellom Anna og terapeuten.

*Terapeuten sitter tilbaketrukket ved bordet og fikler med pennen sin. Hun smiler lett og ler litt innimellom. Anna stirrer for det meste ned i fanget sitt.

T Ja Anna, det ble jo ikke helt som planlagt dette, du skulle jo egentlig snakke med din behandler i dag, men du fikk jo beskjed om at hun er syk så jeg måtte bare steppe inn for henne....hvordan er det med deg i dag? Jeg hørte du kom tilbake hit før du skulle?

A Ja... jeg klarte ikke å være hjemme lengre.

T Det var jo litt dumt at det ble slik. Vil du fortelle meg litt om hva som skjedde?

A Det ble ikke slik jeg hadde planlagt.. Jeg hadde håpt at det skulle gå fint siden det gikk fint sist, men så hadde jeg ikke overskudd til å gjøre det jeg hadde tenkt.

T Hva hadde du planlagt?

A Jeg skulle rydde litt i hagen slik at det ble klart før vinteren kommer, og datteren min skulle hjelpe meg....men så kunne hun ikke likevel og da ble jeg stående alene og kjente at det ble for mye...

T Javel... jeg har jo skjønt at du liker å holde på ute. Det var dumt at det ikke gikk som du planla...kunne du fått noen andre til å hjelpe deg? Jeg ville tenkt at det kanskje kunne være lurt?

A Jeg kjente meg uvel og urolig....hadde ingen tiltakslyst og ingen energi til å verken å prøve å få noen andre til å hjelpe, og klarte ikke selv å fortsette...

*Anna blir blank i øynene og henter seg et papirlommetørkle fra dispenseren på bordet. Hun sitter for det meste og stirrer ned i fanget sitt, og terapeuten ber henne om å se på henne, slik at de kan ha blikkontakt når de snakker sammen. Anna gir litt mer blikkontakt, men ser etter hvert mest ned i sitt eget fang igjen.

T Det er vanlige symptomer ved angst å kjenne det slik...det er bra for deg å trene på å stå i slike situasjoner. Å lære kroppen at dette ikke er farlig selv om den sier deg noe annet. Du har lært om det ja?

A Ja...vi fikk noe informasjonsmateriell hvor det sto noe om dette i gruppesamtalen der vi hadde undervisning om angst...

T Det er bra...den må du finne frem og lese på igjen...Hva gjorde du da når du ikke klarte å stå i situasjonen?

*Terapeuten sitter med hodet lett på skakke, smiler og ser på Anna som glimtvis møter blikket til terapeuten. Anna er blank i øynene og må tørke nesen.

A Jeg måtte gå inn og ta en tablett... Det kjentes som et nederlag siden det gikk så fint sist jeg var hjemme.

T Det er jo slikt som skjer. Noen ganger kan det jo være nødvendig å ta en tablett for å dempe angsten.... jeg ser jo at dette er vanskelig for deg.... og selv om det er vanskelig der og da, så er det det beste du kan gjøre å prøve på igjen. Du er jo glad i å holde på ute i hagen, og du bør gjøre ting som du er glad i å gjøre....

Jeg snakker med Anna litt senere på dagen. Hun sier hun i liten grad opplever at terapeuten har empati med hennes opplevelse av å ikke lykkes og at hun ikke føler seg møtt der hun er. Hun føler seg i liten grad sett og forstått av terapeuten, og at det var et stort nederlag for henne når hun opplever at det har gått bra de forrige gangene hun var hjemme. Hun føler hun mislyktes ved å ikke stå i situasjonen, og valgte å ta en tablett når symptomtrykket ble stort.

4.0 Diskusjon

I min problemstilling ønsker jeg å se på hvordan en psykisk helsearbeider kan skape en terapeutisk allianse med en person med angstlidelse ved hjelp av personsentrert tilnærming. Jeg ønsker også å se om det er faktorer som kan vanskeliggjøre eller være til hinder for relasjonsbyggingen mellom terapeut og klient. Mye vil kunne brukes som tilnærming uavhengig aldersgruppe, men jeg ønsker å ha fokus på om det kommer frem spesielle særtrekk i møter med eldre personer som søker hjelp.

Det at jeg er observatør og ikke direkte deltager i samhandlingen, gjør at jeg tolker situasjonen ut ifra min egen livsverden. Jeg har ikke mulighet til å spørre verken terapeuten eller Anna om å utdype eller forklare meg hva de mener med sin kommunikasjon. Jeg ser både på hvordan Anna og terapeuten fremstår gjennom samtalen, og jeg tolker det jeg opplever og tillegger nok meninger og hensikt til de begge. Møtet mellom klient og terapeut fremstår som en tilsynelatende ukomfortabel situasjon med eldre dame som gråter og synes det er vanskelig, frustrerende og har "en dårlig dag". Terapeuten kjenner ikke klienten og har "fått henne i fanget" på kort varsel.

4.1 Å bli møtt med empati og ekthet

I et første møte med klienten sier Hummelvoll (2016) at det er viktig som terapeut å ha en åpen og aksepterende holdning med tanke på å skape en relasjon, og ha ekte følelse for klientens situasjon samt å formidle disse følelsene til klienten. I artikkelen til Bedi (2013) kommer det frem at klienten mener at samarbeid mellom klient og terapeut er viktig, men hovedansvaret for relasjonsdannelse legges på terapeuten. De fleste faktorene for relasjonsdannelse går på terapeutens atferd og handlinger fremfor terapeutens egenskaper og hva klienten gjør i møtet (Bedi, 2013). For Anna kan det ha kostet henne mye å gå til en samtale med en fremmed terapeut når hun føler seg sårbar og mislykket, og det vil derfor være viktig for terapeuten å møte henne med empati. Ved å søke å sette seg inn i Annas følelser her og nå, hvordan hun opplever situasjonen kan terapeuten møte Anna med ekte følelser slik de fremstår i for terapeuten. Gjennom slik å ta inn følelsene, anerkjenne de og så reflektere sin opplevelse av følelsene tilbake til

Anna, vil Anna oppleve varme og omsorg fra terapeuten ved at terapeuten erkjenner og har innlevelse i hvordan hun har det.

I humanismen ser ikke på angst som sykdom, men som et tegn på stagnasjon og mangel på evne til å ta valg (Haugsgjerd, 2015). Gjennom å være helsearbeider har terapeuten kunnskap om angst og angstlidelser, og hvilke symptomer det gir. Klienten reagerer og opplever angsten subjektivt, men om terapeuten selv ikke har opplevd angstsymptomer som Anna, vil det være mulig å forestille seg hvordan slik aktivering oppleves for klienten og møte henne med aksept og ekte varme og omsorg. Gjennom dialog og samhandling preget av likeverd og gjensidig deltagelse kan klienten oppleve seg respektert og verdsatt og slik være fri til å fortelle om sine opplevelser og følelser uten å måtte holde tilbake (Karlsson, 2009). I samtalen mellom terapeuten og Anna er min opplevelse som observatør at Anna ikke føler seg møtt med varme og omtanke. Terapeuten uttrykker i liten grad de følelser som har med klientens situasjon å gjøre, og fremstår som upersonlig for henne, ved å generalisere Annas opplevelse av angsten, og ikke tar inn over seg hennes opplevelse av å ikke lykkes. Haugsgjerd (2015) sier at om terapeuten ikke fremstår som ekte og ubetinget aksepterer klienten, så vil dette føre til at klienten opplever det som et forstyrrende element og usikkerhet når det gjelder å opprette tillit til terapeuten (Haugsgjerd, 2015).

Kessler (2019) sier eldre klienter ikke utløser en mer negativ holdning hos terapeut sammenlignet med yngre voksne klienter (Kessler, 2019) Eldre kan derimot oppleve å tilbys et kortere terapiforløp enn yngre voksen, og dette sier Kessler (2019) kan skyldes negative stereotypiske holdninger relatert til eldre og helse som går på at de er mindre fleksible, resignerte, har vansker med endring, at de har redusert evne til å danne et tillitsfullt forhold og dermed en god terapeutisk allianse. De kan derfor være mindre mottakelig for behandling (Kessler, 2019). Terapeuten i samtalen unngår å gå inn i dybden på ubehagelige temaer, dette sier Kessler (2019) skjer i større grad mot den eldre klienten grunnet at en opptrer med mer vennlighet og snillhet og slik unngår negative og ubehagelige opplevelser.

4.2 Klientens livsverden

Personsentrert terapi fokuserer på kroppslige og følelsesmessige opplevelser her og nå for klienten. Terapeuten skal møte klienten i hennes forestillingsverden, stå i og oppleve hennes følelser, og kommunisere dette tilbake til henne for at klienten slik skal oppnå ny innsikt og forståelse (Raskin, 2014). Anna har nå kommet tilbake til avdelingen med en følelse av mislykkethet. Hun har etter flere turer hjem som har gått ganske bra, nå en opplevelse av tilbakefall og er nedstemt relatert til dette. I samtalen blir hun flere ganger møtt med at “det var dumt...”. Det kan være at terapeuten er ærlig når dette sies og mener at det er dumt at hun opplever det som mislykket, men det ser ikke ut til å oppleves slik for Anna. Hun ser ikke ut til å oppfatte hverken varme eller omtenksomhet i det terapeuten sier, men heller at terapeuten støtter opp om hennes tanker om at hun mislyktes da hun ikke klarte å oppholde seg hjemme som planlagt (Haugsgjerd, 2015). Som terapeut kan en her heller søke etter klientens livsverden og følelsesmessige opplevelse her og nå rundt det at hun ikke klarte å være hjemme, en kan stille spørsmål som: Hvordan er det å være deg akkurat nå? Hva kjenner du på når vi sitter her i dag? Hva kjenner du nå når du tenker på det som skjedde hjemme? Hva kjenner du på nå når vi snakker om at du føler du ikke mestret å være hjemme? Du sier du føler du har mestret å være hjemme tidligere, hva er det som er annerledes nå? Når du kjenner på angst hjemme, er det annerledes nå enn de tidligere gangene du har vært hjemme? Kan du forklare meg hva du kjenner på når du forteller meg om turen hjemme? Når du sier at du føler du mislyktes, vil du fortelle meg hva som gjør at du opplever det slik? Når du tenker på tidligere turer hjem, hva var det som var annerledes nå syns du? En skal søke etter å reflektere tilbake klientens tanker og væremåter slik at hun selv kan oppdage egne ubevisste følelser og motiver (Haugsgjerd, 2015). Når terapeuten samtaler med klienten søkes det etter å skape en relasjon preget av ærlighet, nærhet og åpenhet. Det skal være i en varm, omtenksom og omsorgsfull atmosfære (Haugsgjerd, 2015). Spørsmålene som stilles til klienten kommer naturlig i en samtale, og ikke på rekke og rad som i teksten her. Svarene som klienten kommer med vil skape nye undrende spørsmål, som vil bidra til ny forståelse og selvrealisering for klienten (Haugsgjerd, 2015). Bedi (2013) sier at det er positivt for relasjonsdannelse at terapeuten spør om andre områder i livet til klienten, enn bare de som er problematiske. Slik kan terapeuten få en

mer helhetlig innsikt i klientens livsverden (Bedi, 2013). Gjennom å søke å bli kjent med det unike individet Anne er, og hvordan hennes virkelige verden fremstår for henne fremstår også klienten som et subjekt heller enn å bli redusert til et objekt, en person med angst, en diagnose (Haugsgjerd, 2015). I samtalen her kan en ta tak i temaer rundt familie, datter, eventuelle barnebarn, hjemmet, hage og hagearbeid. Høre om områder som ikke er direkte relatert til angstproblematikken, men livet hverdagen som Anna har. Vil du fortelle meg litt om din familie? Hvordan er relasjonene dine til dem? Hvilke følelser kjenner du på når vi snakker om de? Hva liker du å holde på med? Du sier du skulle holde på i hagen i helga, er det noe du liker godt å holde på med? Hva gjør det med deg når du får holde på ute i hagen? Er et viktig for deg?

Grunnprinsippene i den humanistiske tenkningen er at et hvert menneske er fritt, vi har hensikter og ansvar for de valg vi gjør, vi erfarer vår egen individuelle virkelighet og mennesket ses på som unikt, udelelig og særegent. Helse og uhelse forstås ved at menneske er mer enn summen av sine deler, og målet ved hjelp er å styrke den enkeltes selvforståelse, selvrespekt og trygghetsfølelse (Haugsgjerd, 2015). Hvordan er et møte med den eldre klient når terapeuten er langt yngre, når det gjelder å sette seg inn i dennes livsverden? De eldre er en heterogen gruppe, og fremstår med stor variasjon når det kommer blant annet til helse, funksjon, ressurser, livshistorie og preferanser (Lunde, 2020). Tanker og spørsmål som terapeut kan reflektere rundt og snakke med Anna om. Hvordan møte Anna for å se verden slik hun gjør? Hvordan er det å være gammel? Hvordan er det å ikke lengre ha en jobb å gå til? Å ha mistet en ektefelle? Å oppleve at kanskje sanser og helse ikke er så bra som det en gang var? Å ikke lengre mestre det en tidligere tok for gitt? Å ha opplevd tap? Møte med stereotypier og fordommer? Det er her viktig som terapeut å reflektere over om en har egne stereotypiske holdninger. Disse kan være positive som at alderdom gir visdom, godhet og pålitelighet. Flertallet av stereotypiene om eldre er likevel negative og omhandler blant annet økt sykkelighet, kognitiv svekkelse, manglende motivasjon og endringsvilje (Lunde, 2020). Terapeuten antar at Anna burde bedt noen om hjelp, og antar kanskje at hun kanskje ikke husker så god da informasjonen hun har fått om angst bør finnes frem og lese den på nytt. Noen av disse områdene kan terapeuten relatere til og erfare hvordan Annas livsverden oppleves av henne. På andre områder vil en måtte undre, reflektere, identifisere og reflektere følelser tilbake, og på ny undre og reflektere for å få et begrep på hvordan Annas verden

fremstår for henne. Som terapeut å stille undrende spørsmål med empatisk søken i den hensikt å bli kjent med mennesket Anna.

4.3 Terapeutens rolle

I følge Duff (2009) er klientens opplevelse av dannelsen av de mellommenneskelige bånd ofte en bedre indikator for utfallet av terapien enn terapeutens eller en forskers perspektiv. Klientene i Duff`s studie (2009) påpeker at spesielt atferd hos terapeuter som omhandler det å validere klientens opplevelse, bidrar til å utvikle en god og sterk terapeutisk allianse. Dette kan være å ha en ikke-dømmende og respekterende holdning ovenfor klienten, at klienten opplever normalisering, aksept og forståelse for sin opplevelse (Duff, 2009). I samtalen viser terapeuten forståelse verbalt for at det var vanskelig for Anna å stå i situasjonen hjemme når symptomtrykket ble stort. Samtidig kommenterer terapeuten at "det er vanlige symptomer...", noe som kan tolkes som en generalisering fremfor en subjektiv opplevelse, eller det kan tolkes som en normalisering som Duff (2009) sier.

Bedi (2013) sier at et viktig bidrag til alliansedannelse er at terapeuten validerer klientens opplevelse. Det samme gjelder at terapeut viser emosjonell støtte og omsorg for klienten (Bedi, 2013). I samtalen spør terapeuten Anne om hvordan det er med henne i dag, og om hun vil fortelle litt om dette. Terapeuten viser omsorg og interesse med at hun ønsker å vite hvordan Anne har det og ber henne fortelle. Samtidig blir ikke Anne møtt med omsorg og validering på hun nederlaget hun kjenner på etterat hun ikke klarte å stå i situasjonen og "måtte ta en tablett". Terapeuten reflekterer også lite av de følelsene Anne sitter med. Her kunne terapeuten kommet med spørsmål for å få tak i fortvilelsen til Anne. Kan du forklare med hva du kjenner på nå? Når jeg har vært trist så har jeg kjent på en følelse av klump i magen og en tung følelse inne i meg, kan det ligne på det du kjenner på nå? Kjenner du på angsten nå? Vil du fortelle meg hvordan du kjenner den? Når jeg bli ubehagelig overrasket så kan jeg oppleve hjertebank, svetting og nesten åndenød. Kan det være beskrivende for det du kjenner på nå? Angst er ikke synlig, men en kan se reaksjonen klienten har når hun opplever den (Hummelvoll, 2016)

Både Duff (2009) og Bedi (2013) sier at å jevnlig har øyekontakt, og å fremstå som positiv og med et smil, vil bidra til å åpne for alliansedannelse. I samtalen sitter terapeuten i

hovedsak og ser på Anna, men Anna ser omtrent ikke på terapeuten, hun stirrer for det meste ned i fanget sitt hvor hun holder på papirlommetørkle. Terapeuten ber Anna i løpet av samtalen om at hun kan se på henne, noe Anna gjør, men bare en kort stund. Her søker terapeuten å oppnå øyekontakt, noe som er positivt for relasjonsbyggingen (Duff, 2009 og Bedi, 2013).

For at klienten skal utforske sine opplevelser på nytt og slik oppnå ny forståelse for sin egen situasjon og samt oppnå selvaktualisering, bør terapeuten legge til rette for at det skapes en god relasjon mellom terapeuten og klienten (Haugsgjerd, 2015). Det skal være et åpent og aksepterende samspill mellom terapeut og klient, hvor klienten skal oppleve å bli møtt med respekt og aksept i både det terapeutiske og på det eksistensielle plan.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å se på hvordan en som psykisk helsearbeider kan skape en relasjon med en eldre person med angstproblematikk. Ved gjennomgang av aktuell litteratur og relevant forskning har jeg sett på samtalen jeg observerte mellom Anna og terapeuten som hun ikke hadde noen relasjon til.

Å møte mennesker med empati, ekthet, kongruens og ubetinget positiv forståelse er ikke bare forbeholdt i møter med personer med angstproblematikk. Den mellommenneskelige, respektfulle og varme holdningen er absolutt en måte en bør møte mennesker med når en jobber som psykisk helsearbeider. Samtalen mellom Anna og terapeuten er et første møte, og jeg opplevde at terapeuten ikke kom noen vei med sin relasjonsbygging med Anna denne dagen. En relasjon er nok heller ikke noe som kan skapes i løpet av en halvtimes samtale. Anna følte hun hadde skuffet seg selv, hun fikk ikke snakket om dette med terapeuten hun trodde hun skulle treffe. Jeg opplevde henne ikke som mottakelig for den andre terapeutens tilnærming, og heller ikke at terapeuten "traff" Anna der hun var med sin tilnærming.

Selve relasjonen er i seg selv et virkemiddel i den personsentrerte terapien, samtidig som en ved å bruke prinsippene fra personsentrert terapi kan en skape en god relasjon. Det er ikke nødvendigvis det tekniske innen terapien som er det viktigste, men terapeutens væremåte og holdninger i møtet med klienten. Å bli møtt som et likeverdig medmenneske, at en validerer og normaliserer klientens følelser og opplevelser, å møte

klienten med en varm og omsorgsfull holdning, å være positiv og støttende ovenfor klienten, at terapeut oppfattes som ekte og ærlig av klienten. Positivt kroppsspråk og non-verbale gester bidrar også til relasjonsbygging.

Av utfordringer når en skal danne relasjon var det ikke så mye jeg fant direkte, men terapeutens egne aldersstereotypiske holdninger om eldre personer kan bidra til at terapeuten møter klienten på en mindre ekte måte. Terapeuten kan like fullt møte den eldre klienten på en varm og omsorgsfull måte, men ha begrensende negative stereotype tanker og forventninger til den Eldres evner og kapasitet som vil prege tilnærming og terapeutisk forløp. Andre utfordringer kan være fravær av de positive faktorene som gjelder relasjonsbygging mellom terapeut og klient.

Det var ikke mange relevante artikler å finne i litteratursøket, og relevant litteratur som omhandlet det jeg ønsket å skrive om. Jeg mener likevel at det jeg fant gjennom forskningssøk og i pensumlitteratur er dekkende. Artikkelen til Duff (2009) var i utgangspunktet utenfor mine søkekriterier, men jeg valgte å ta den med da den hadde et litt annet perspektiv enn artikkelen til Bedi (2013).

En svakhet i artiklene er at alderen til klientene ikke bare omfatter personer over 65 år, men at de over 65 år er en del av et større aldersspenn. Samtalen mellom terapeuten og Anna har ikke et stort innhold av det personsentrerte perspektivet, men jeg ser i diskusjonen på alternativer som en kunne brukt, og kanskje slik opplevd en gryende relasjon.

Jeg kunne også tenkt og fått deltatt på en samtale nummer to med Anna og terapeuten, eller å ha fått observert en samtale som Anna har med sin faste terapeut. Som forslag til videre forskning vil jeg fokusere på aldersgruppen over 65 år. I tillegg hadde det vært spennende å se om relasjonsbyggingen med personsentrert tilnærming vil gi bedre utslag på terapi hvis den ble brukt som grunnlag ved andre terapeutiske perspektiver.

6.0 Avslutning

Jeg vil avslutningsvis takke Ingrid Nesland for veiledning og råd underveis.

Litteraturliste

- Bedi, Robinder P og Carton T Duff. 2013. "Client as expert: A Delphi poll of clients' subjective experience of therapeutic alliance formation variables" i *Counselling Psychology Quarterly*: 27 (1): 1-18.
- Bøe, Tore Dag. 2017. Psykisk helsearbeid: å skape rom for hverandre. Oslo; Universitetsforlaget.
- Carlton T. Duff og Robinder P. Bedi. 2009. "Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective" i *Counselling Psychology Quarterly*. 23 (1): 99-110.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bent Karlsson og Jon. A Løkke. 2015. Perspektiver på psykisk lidelse: Å forstå, beskrive og behandle. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2016. Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hynninen, Minna. 2020. "Angst og bekymringer" i *Psykisk helse hos eldre*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karlsson, Bengt. 2009. "Pasienterfaringer som kunnskapsgrunnlag i psykiatrisk sykepleie" i *Psykiatrisk sykepleje*. København; Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Kessler, Eva-Marie og Teresa Schneider. 2019. "Do Treatment Attitudes and Decisions of Psychotherapists-in-Training Depend on a Patient's Age?" i *The Journals of Gerontology: Series B*, 74 (4): 620–624.
- Lunde, Linn-Heidi. 2020. "Aldring og myter om helse" i *Psykisk helse hos eldre*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Raskin, Nathaniel J, Carl R Rogers og Marjorie C Witty. 2014. "Client-centered Therapy" i *Current psychotherapies*. Belmont, California; Brooks/Cole.
- Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 1998. "Å bli kjent med seg selv og andre" i *Psykiatri i endring: forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag.
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008. Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. utfordringer. Oslo; Akribe Aorlag.
- Tonga, Johanne. 2020. Psykisk helse hos eldre. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.