



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKS-027

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: (Bacheloroppgåve)

Kandidatnummer: 166

Leveringsfrist: 23.02.09 kl.14.00 Studenttorget

Vurderingstype: kontinuasjon

Antall ord: 7555

Fagansvarlig : Benny Huser

Veileder: Frode Skorpen

Sammendrag:

Tittelen på dette studiet er *møtet med et unikt individ*.

Jeg har valgt å fokusere på begrepet psykose og forståelsen av dette fenomenet i oppgaven. Hensikten med oppgaven er å øke kunnskapen rundt opplevelsen av en psykose, og å viderefremme hvor viktig det er å ha fokus på og søke en forståelse for pasientens opplevelse av denne tilstanden i møtet med han. Problemstillingen jeg har arbeidet ut ifra er: "Hvordan er opplevelsen av en psykose, og hvorfor er det viktig at sykepleieren i møtet med denne pasientgruppen har og søker en forståelse for denne tilstanden?".

Dette er et litteraturstudie og jeg har ved hjelp av faglitteratur, både primære og sekundære kilder, og tidligere forskning kommet frem til en konklusjon tilknyttet problemstillingen.

Den psykotiskes opplevelser er unike, på det følelsesmessige planet kan en psykose sammenlignes med drømmer og mareritt, men hvordan en psykose oppleves er høyst individuelt, og for den som ikke selv har opplevd denne tilstanden er det umulig å få en fullstendig innsikt i denne lidelsen. For å tilnærme oss en felles forståelse for den enkeltes opplevelse av tilstanden, må en ta utgangspunkt i dens realiteter. Å få en felles forståelse for pasientens realiteter er nemlig utgangspunktet for å hjelpe han ut av psykosen og tilbake til *våre* realiteter.

Abstract:

The title of this study is *meeting with a unike individual*.

I have chosen to focus on the term psychosis and the comprehension of this phenomenon. My intention with this study is to increase my knowledge about what a patient who is psychotic is experiencing, and pass on the importance of understanding how the patient is experiencing his psychosis, and why it is important that the nurse in the unike meeting with this group of patients, have and seek an understanding of this phenomenon.

My study is based on the problem: "How do a patient experience his phsychotic break, and why is it important that the nurse when dealing with this patient grupes, have and seek knowledge concerning this condition?"

This study is based on litterateur, and by the help of non-fiction litterateur, both primary and secondary sources, and foregoing research, have I come to a conclusion.

A pshycotic experience is unike, you can on the emotional level compare it to dreams and nightmares. But this is highly individual and for a person that has`nt experienced it, it would be impossible to grasp completely. To get a simmilare understanding of how each patient experience his or her psychosis we need to achieve a common understanding of what the patient are going through. We have to reach for the patients inner reality, thus a common comprehension of this phenomenon is the starting point to help the patient back to *our* realities.

**Møtet med et unikt individ**

QuickTime™ and a  
decompressor  
are needed to see this picture.

( <http://www.photosight.org/up/2008/02/09/76273.jpg> )

## **Innholdsfortegnelse**

1.0 Innledning ----- - 5 -

1.1 Bakgrunn for valg av tema -----	- 7 -
1.2 Presentasjon av problemstilling -----	- 7 -
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen -----	- 7 -
1.4 Hensikten med oppgaven -----	- 7 -
1.5 Oppgavens oppbygning -----	- 8 -
2.0 Metode -----	- 9 -
2.1 Valg og bruk av metode -----	- 9 -
2.2 Innhenting og bearbeiding av data -----	- 9 -
2.3 Kvalitetskriterier og kildekritikk -----	- 10 -
3.0 Teori -----	- 11 -
3.1 Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee -----	- 11 -
3.2 Psykose og psykotiske lidelser -----	- 13 -
3.3 Opplevelsen av en psykose -----	- 13 -
3.3.1 Ingen psykose uten vrangforestillinger -----	- 14 -
3.3.2 Hørselshallusinasjoner -----	- 15 -
3.3.3 Realiteter -----	- 16 -
3.4 Sykepleieren i møtet med den psykotiske pasienten -----	- 16 -
4.0 Tidligere forskning -----	- 20 -
4.1 Patients`experiences of psychosis in a inpatient setting -----	- 20 -
4.2 Service users and carers` experiences of a psychosis service -----	- 21 -
5.0 Drøfting -----	- 22 -
5.1 Opplevelse av en psykose -----	- 22 -
5.2 Pasientens realiteter: viktige i det unike møtet -----	- 25 -
5.3 Å se lidelsen fra pasientens perspektiv gir mening -----	- 26 -
5.4 Viktige egenskaper hos sykepleieren i det unike møtet -----	- 27 -
6.0 Konklusjon -----	- 29 -
<b>7.0 Litteraturliste -----</b>	<b>- 30</b>

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema:**

Jeg har valgt å konsentrere meg om begrepet psykose i min oppgave. Jeg har tidligere jobbet på psykiatrisk sykehus og har erfart flere pasienter med denne lidelsen.

Noe jeg har savnet i min praksis i psykiatrien er å få en større forståelse for det å være i en psykose, ikke bare å vite symptomer og behandling, men å ha kunnskap om hva det vil si å lide av en psykotisk tilstand.

### **1.2 Presentasjon av problemstilling:**

Hvordan er opplevelsen av en psykose, og hvorfor er det viktig at sykepleieren i møtet med denne pasientgruppen har og søker en forståelse for denne tilstanden?

### **1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen:**

På grunn av oppgavens begrensede omfang vil jeg ikke ta for meg diagnosen generelt i form av symptomer og behandling. Jeg vil ta for meg opplevelsesaspektet av psykosen sett fra pasientens perspektiv, og for å styrke fagteorien tilknyttet dette temaet har jeg valgt å ta med litteratur skrevet av pasienter/ tidligere pasienter for å vise til eksempler. For å avgrense opplevelsesaspektet har jeg valgt å kun ta for meg hørselshallusinasjoner, da det er den mest utbredte vrangforestillingen blant psykotiske. Videre vil jeg ta for meg hva sykepleieren må ta hensyn til og hvordan han bør imøtekomme denne gruppe pasienter, med utgangspunkt i deres opplevelsesverden, i tilknytning til dette vil jeg også komme inn på egenskaper som er viktige for sykepleieren å ha i møtet med mennesket i en psykose.

### **1.4 Hensikten med oppgaven:**

Hensikten med denne oppgaven er å øke forståelsen for det å være psykotisk.

Ved å ha grunnkunnskaper til å forstå lidelsen mener jeg ens kompetanse i møtet med den psykiatriske pasienten blir økt. Det er viktig at en også ser personen bak lidelsen, å møte han/hun med respekt og vise empati i dette møtet. Jeg er ute etter å formidle kunnskap om dette videre til de som på en eller annen måte skal eller allerede har vært og er i møtet med denne pasientgruppen. Tidligere forskning jeg har funnet som er knyttet opp mot min problemstilling, har vist at psykiatriske sykepleiere bør rette fokuset bort fra diagnosen og sykdommen og fokusere mer på pasientens opplevelse av tilstanden.

### **1.5 Oppgavens oppbygning:**

Jeg vil starte oppgaven med å gi en presentasjon av metoden. Så kommer teoridelen, jeg starter med å presentere teoretikeren Travelbee etterfulgt av den teorien jeg har funnet som er relevant for problemstillingen, opplevelsen av å være psykotisk og møtet med den psykotiske pasienten. Til slutt i teorien vil jeg presentere tidligere forskning som er gjort på temaet jeg tar opp. Til slutt vil jeg drøfte teorien eg har funnet tilknyttet problemstillingen og avslutte med en konklusjon eg har kommet frem til ut ifra drøftingen.

## **2.0 Metode**



## 2.1 Valg og bruk av metode

Metoden jeg har valgt for å løse problemstillingen er litteraturstudie. I et litteraturstudie beskrives og analyseres den valgte problemstillingen på en systematisk måte (Forsberg 2008).

Det er, som Dalland (2007) beskriver det, den kunnskapen jeg har funnet ved en litteraturgjennomgang problemstillingen skal drøftes i forhold til.

Jeg skal i denne oppgaven forsøke å gi mening til fenomenet psykose, i følge Dalland (2007) er det å gi mening til det vi studerer, som overfladisk sett fremstår som uklart, kaotisk, uforståelig eller selvmotsigende å fortolke. Og et annet ord for å fortolke er hermeneutikk. å fortolke på denne måten er altså å forsøke å finne frem til en underliggende mening, eller gi klarhet til noe som fremstår som uklart (Dalland, 2007).

## 2.2 Innhenting og bearbeiding av data

For å finne relevant litteratur til min problemstilling har jeg gått gjennom pensumlitteraturen og på bibliotekets sider søkt etter litteratur som belyser fenomenet psykose. Det er mange bøker som tar opp dette temaet men ikke alle går inn og beskriver pasientens opplevelse knyttet til det. Et kriteri for fagbøkene jeg har valgt å ha med, er dermed at de tar opp opplevelsesaspektet av å være i en psykose og forståelsen for emnet. Jeg har også søkt etter bøker som er skrevet av mennesker som selv har personlig erfaring med å være psykotisk, da den litteraturen belyser temaet direkte fra den siden jeg ønsker.

Inne på Medline, PsycINFO, PubMed, SveMed og Academic Search Premier har jeg søkt etter aktuelle artikler tilknyttet min problemstillingen. Der brukte jeg søkeord som subjective experiences, psykose, psychosis, mental health, schizofreni, schizophrenia, psykiatri, sykepleie og nursing. Jeg fikk mange treff men få av artiklene tok for seg temaet jeg var ute etter. Jeg ble henvist til flere artikler, og den jeg har valgt som hovedartikkelen i denne oppgaven, "**Patients` experiences of psychosis in an inpatient setting**" fant jeg henvisning til inni en annen artikkel som var interessant.

## 2.3 Kvalitetskriterier og kildekritikk

Jeg har i denne oppgaven brukt både primær- og sekundærkilder. Fordelen med primærkilder er at teksten ikke er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren, og vi er da sikker på at den opprinnelige teksten ikke er endret (Dalland 2007).

Jeg har blant annet brukt primærkilder for å styrke sekundærkilden, et eksempel på dette er at jeg har tatt med fagpersoners tolkninger av hvordan en psykose oppleves og styrket den med å hente inn litteratur som er skrevet av personer som selv har opplevd denne lidelsen.

Fenomenet jeg tar opp i min problemstilling er veldig pasientnært og går på deres opplevelser, så jeg mener det er viktig å ha med litteratur fra denne kilden. Samtidig henviser mange av bøkene jeg har brukt til pasientutsagn, altså primærkilden, noe jeg mener styrker utsagnene deres. Et godt eksempel på det er boka til Abrahamsen & Dahl (2004), der den ene forfatteren er fagperson og den andre en pasient som har opplevd å være psykotisk.

En annen ting jeg har reagert på når jeg har funnet litteraturen er hvordan pasienten blir fremstilt, Cullberg (2005) snakker hele tiden om pasienten som den ”syke”, dette er en fremstilling av pasienten jeg i utgangspunktet ikke liker, men mye av det han skriver er svært relevant for min problemstilling, og mye av litteraturen jeg har brukt av han har jeg vist til pasientopplevelser etterpå for å styrke den.

Å finne litteratur på temaet var lett, men mye av den gode litteraturen jeg fant var noe gammel. Boka *fra kaos mot samling, mestring og helhet* av Liv Strand (1999), er den fagboka som best belyste temaet jeg søker i min problemstilling, men den ble først gitt ut i 1990 og det er ikke kommet noen ny utgave av den kun nye opplag. Derfor har jeg vært med å bruke denne boka.

For å styrke problemstillingen min og teorien jeg har knyttet til den har jeg tatt med to forskningsartikler som tar opp temaet. Det er vanskelig å finne forskning som har sterk nok validitet til å presentere det reelle i menneskers opplevelse av et fenomen.

Resultatet i den andre artikkelen jeg viser til i oppgaven av Mckenzie (2006) er jeg litt kritisk til da de i utgangspunktet leverte ut totalt 82 spørreskjema og kun fikk inn igjen 29 % av de, og jeg mener studiens validitet da kan diskuteres. Men noe av funnet i denne forskningen er svært relevant for problemstillingen min samtidig som den viser til et direkte utsagn fra primærkilden som jeg mener styrker akkurat den delen av resultatet.

### **3.0 Teori**

### **3.1 Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee:**

Travelbee har arbeidet som psykiatrisk sykepleier og retter i sin sykepleietenkning oppmerksomheten spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Denne beskrivelsen av Travelbees sykepleietenkning tar utgangspunkt i andre utgave av boka *Interpersonal Aspects of nursing* (1971).

Travelbee tar opp det temaet jeg søker i min problemstilling, nemlig det mellommenneskelige aspektet, å forholde seg til ethvert menneske som et unikt individ. Derfor har jeg valgt å bruke hennes teori i oppgaven.

#### **Menneskesyn:**

Travelbee forholder seg til ethvert menneske som et unikt individ. Det enkelte mennesket er enestående og uerstattelig. Hun sier at lidelse er en del av livet, men selv om lidelse er en fellesmenneskelig erfaring, vil den enkeltes opplevelse av lidelsen være høyst personlig. Sykdom og lidelse gir mennesket en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling (Travelbee, 1999).

#### **Etablering av et menneske-til-menneske-forhold**

Travelbee sier at sykepleierens mål og hensikt kan oppnås kun gjennom etablering av et virkelig menneske-til-menneske-forhold. Det er avgjørende at pasienten og sykepleieren overvinner det stadiet der de betrakter hverandre som roller og beveger seg inn i et nytt stadium der de for alvor ser hverandre, og der de forholder seg til hverandre som unike personer.

Et menneske-til-menneske-forhold etableres i følge henne gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser:

- 1) Det innledende møtet; det første møtet mellom sykepleier og pasient, utfordringen i dette møtet blir å se pasienten slik han er som person. Meningen er at sykepleieren skal behandle den syke som et særegent individ og ikke som en "pasient".
- 2) Framvekst av identiteter; i denne fasen begynner sykepleieren og pasienten å etablere et kontaktforhold. Sykepleieren oppfatter pasienten som forskjellig fra andre pasienter, og begynner å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon.
- 3) Empati; I følge Travelbee er empati evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da. Ved empati kan en person

delta i og forstå meningen med, de andres tanker og følelser, samtidig som personen holder sitt eget selv atskilt fra den andres. Travelbee sier at empati ikke er noe som skjer tilfeldig. Empati bygger på visse likheter i partenes erfaringsgrunnlag, et menneske kan ikke forstå noe som det ikke på en eller annen måte kan knytte til sine egne erfaringer. I tillegg til likhet i erfaringsbakgrunn er ønsket om å forstå den andres opplevelse en nødvendig forutsetning for empati. Et slikt ønske om å forstå pasienten kan være motivert av sykepleierens omsorgsverdier.

- 4) Sympati; Travelbee sier at sympati er knyttet til ønsket om å hjelpe pasienten. Sympati er en innstilling eller holdning, en måte å tenke eller føle på som sykepleieren formidler til den andre. Når en uttrykker sympati overfor en pasient, formidler en at en er engasjert i han som person og bryr seg om hvordan han har det. I mange situasjoner vil opplevelsen av sykepleierens sympati og støtte gjøre pasienten i bedre stand til å mestre sin situasjon.
- 5) Etablering av gjensidig forståelse og kontakt; utvikles når sykepleieren i handling har vist både forståelse og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre, og rent faktisk hjelpe pasienten. En pasient får sterk tillit til en sykepleier som gjennom sine handlinger viser seg som en pasienten kan stole på (Travelbee 1999).

### **Kommunikasjon**

Kommunikasjon er utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide *et al.* 2005).

Travelbee mener at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient står helt sentralt når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i samsvar med pasientens behov. Hun beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold til pasienten. kommunikasjon har som hensikt å gjøre sykepleieren kjent med pasienten og dermed bli i stand til å møte hans behov. (Kristoffersen 2002)

### **3.2 Psykose og psykotiske lidelser**

En psykose er en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte ”virkeligheten”, kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller (Wilson og Kneisl 1996) (Hummelvoll 2004 s. 315).

Med utgangspunkt i diagnosesystemet ICD-10, kan psykose deles inn i disse diagnosegruppene:

- Schizofreni
- Paranoide psykoser
- Akutte og forbigående psykoser
- Schizoaffektiv psykose

Ved siden av disse vil en også kunne finne psykotiske symptomer ved en del affektive lidelser (Jordahl & Repål 2001).

Jeg vil ikke ta for meg hver enkelt av disse diagnosegruppene videre i oppgaven, men ta for meg det som er felles for det å være psykotisk, opplevelsen av den, og sykepleierens forståelsen av det å være i en psykotisk tilstand i møte med pasienten.

### **3.3 Opplevelsen av en psykose:**

Liv Strand (1999) sier at det er umulig å forstå til fulle hva en psykose er, men det er mulig å begripe noe, både på det opplevelsesmessige og på et intellektuelt plan.

Det å være psykotisk er en ensomhet og tidvis en smerte så stor at den er på grensen av hva et menneske kan bære. Vår oppgave som sykepleiere er å bevare liv, fremme helse og lindre smerte. Det å være psykotisk er for oss utenforstående så motsetningsfullt at det er lite åpenbart hva som oppleves som lindring og hva som vil være til hjelp også på lengre sikt (Strand 1999).

Strand (1999) beskriver at en psykose i starten kan oppleves som en tilflukt, et ”sted” det er godt å trekke seg tilbake til. De aller fleste som har vært psykotiske, har opplevd hvordan ”tilfluktstedet” som i utgangspunktet var tryggere enn ”virkeligheten”, forankret karakter og ble en trussel de var prisgitt (Strand 1999).

Boka *psykosens verden, en schizofren kvinnes beretning*, av psykiateren Pål Abrahamsen og den psykotiske kvinnen med pseudonymet Lise Dahl, tar for seg hvordan denne kvinnen

opplever psykosen. Hun beskriver noe av det Strand sier overfor, hvordan det er på den andre siden av døren, det vil si i hennes psykotiske verden:

”...Når omgivelsene blir vanskelige lokker han meg inn bak døren,..... ... Rett innenfor døren er det fint, alle er vennlige og Neo full av lovprisninger og godord. ...,den fine drømmeverden blir til et mareritt, menneskene er ikke lenger vennligsinnede og Neo vil straffe meg med en grusom død hvis jeg ikke straffer meg selv, eller klarer å ta livet mitt før han gjør det med sine grusomme midler. ...” (Abrahamsen 2004, s.14-15).

### **3.3.1 Ingen psykose uten vrangforestillinger**

Johan Cullberg, pensjonert professor i psykiatri, sier at man kan eller ikke skal snakke om psykose uten vrangforestillinger. Ved en psykose er ofte persepsjonen korrekt, men tolkningen av persepsjonen er feil, det handler ofte om illusjoner – at man faktisk hører noe men at man tolker det i en viss retning. Han beskriver at den psykotiske kan se mennesker lage grimaser av avsky eller bli skremt når de snur seg. Slike feiltolkninger opptrer regelmessig ved kombinasjon av persepsjonsvansker og en opplevd trusselsituasjon. Til å begynne med lar de seg påvirke av kritiske tanker, men før eller senere går de over til å bli vrangforestillinger (2005).

Jeg vil ta med et eksempel som illustrerer dette, Dahl (2005) beskriver videre i sin beretning hvordan hun mistolket stemmer som kom fra en høyttaler da hun var en tur i bassenget. Hun hadde fore seg en tvangshandling som ble avbrutt og dermed kunne hun ikke gjennomføre svømmeøkten slik hun pleide, stemmer sa til henne at hun ikke fikk lov og måtte opp. Videre beskriver hun det slik:

”... Da hørte jeg stemmer i høyttaleren. Det var litt utydelig, men jeg var ikke i tvil om hva de sa : jeg måtte opp med en gang. Jeg følte badevekten og alle de andre såg på meg, klare til å ta meg hvis jeg våget å svømme så mye som en meter til. Det avgjorde saken. Jeg gikk opp. ...” (Abrahamsen & Dahl, 2004, s. )

Cullberg (2005) beskriver videre at noen vrangforestillinger er som mareritt i våken tilstand, da de har en sterk likhet med mareritt, mens visse mindre bisarre vrangforestillinger kan tolkes på samme måte som drømmer. Det var Immanuel Kant som først skal ha gitt denne korte definisjonen på psykose: *drøm i våken tilstand* (Strand 1990).

Cullberg skriver at mange pasienter kan få følelsen av å bli forstått når man påpeker at man opplever deres verden som et mareritt i våken tilstand. Den som har en akutt psykose, er liksom drømmeren i sin egen dramaturg, som ved bruk av alle mulige rekvisitter forteller om et indre problem. Alle som medvirker i psykosen, uttrykker ulike aspekter av den sykes forestillingsverden og personlige historie (Cullberg 2005).

Psykologen Arnhild Lauveng, som selv var innlagt som schizofren på psykiatrisk avdeling i ti år, beskriver det slik:

” ... . For det er jo ikke sånn at hallusinasjoner er noe som plantes utenfra og som er helt uten kontakt med personen selv. Tvert imot. Uansett hva man tror – og tør å tro – når man er syk, så kommer hallusinasjoner og andre symptomer fra en selv, og er skapt ut fra ens egne interesser og liv. ...” (2005, s. 34)

### **3.3.2 Hørselshallusinasjoner**

Vrangforestillinger i form av hørselshallusinasjoner er i følge Cullberg av de vanligste hallusinasjonene ved de funksjonelle psykosene, og han forklarer at de akutte psykotiske hørselshallusinasjonene ofte har en ”affektiv” karakter. Det vil si at stemmene gir beskjed med kritisk eller i blant støttende og verdsettende innhold. Han forklarer hvordan hørselshallusinasjoner kan fremtre hos den psykotiske på forskjellige måter og at mange pasienter med langvarige hallusinasjonsplager utvikler egne strategier for å dempe stemmene slik at de ikke skal bli forstyrret i sine forsøk på å konsentrere seg om noe annet. De vanligste strategiene er å forsøke å overdøve dem ved å skrike til stemmene at de skal være stille, eller å kjeftte tilbake. Å synge eller spille musikk høyt er også vanlig samt å slamre med dørene (Cullberg, 2005).

Lauveng (2005) forklarer hvordan hun prøvde å dempe kaoset i hodet, hørselshallusinasjonene, da hun var psykotisk. Hun beskriver at hun til tider prøvde å dunke hodet mot veggen for at

den hule dunkelyden skulle dempe det. Hun prøvde også å røske av seg håret eller klore hull i hodet, hun beskriver dette som et panikkartet forsøk på å lage et hull i hodet for å slippe ut noe av trykket før hodet eksploderte.

### **3.3.3 Realiteter**

Mange sier at den største forskjellen på psykose og andre psykiske sykdomstilstander er at vedkommende ikke har innsikt i sin tilstand, den psykotiske pasienten forstår ikke at han er syk, og det blir ofte forklart som om vedkommende har mistet kontroll med realitetene. Men det er *våre* realiteter den psykotiske har mistet kontroll over, den psykotiske i sine psykotiske faser har også sine realiteter, men de bekreftes ikke av andre (Abrahamsen & Dahl, 2004).

Det ligger i den psykotiske tilstandens natur at personen ikke deler omgivelsenes virkelighetsoppfatning. Han eller hun opplever som regel virkeligheten som truende og farlig, eller absurd og uforståelig, eller full av en mening som andre mennesker ikke forstår.

Behandleren kan heller ikke dele pasientens virkelighetsforståelse, men kan vise interesse for å forsøke å forstå den (Haugsgjerd et al., 2000).

En psykose dreier seg ikke om konstante, utrøstelige tilstander som ingen kan forstå eller gjøre noe med, slik psykosen ofte blir fremstilt. Det dreier seg først og fremst om svingninger i mengden og typen av symptomer, i måten å være på, det kan svinge fra dag til dag, fra uke til uke (Abrahamsen & Dahl, 2004).

### **3.4 Sykepleieren i møtet med den psykotiske pasienten**

Hummelvoll (2004) skriver at det for de som skal jobbe med psykotiske mennesker ligger en utfordring om å bli kjent med den psykotiske persons virkelighetsoppfatning.

Ut fra en humanistisk-eksistensiell tilnærming er det viktig å prøve å forstå det særegne i pasientens situasjon ut fra hans forutsetninger. Man møter ham der han befinner seg som menneske i den gitte situasjon. Da oppdager man muligens et engstelig, forvirret menneske som søker etter fast grunn og bekreftelse på sin identitet. Ut fra et eksistensielt perspektiv blir diagnosen av underordnet betydning. Den psykotiske person oppfattes som et menneske som på sin spesielle måte forsøker å mestre indre og ytre opplevelser så langt kapasiteten for øyeblikket rekker (Hummelvoll 2004).

For å kunne oppnå en felles forståelse for den psykotiskes uvante fortolkningen av verdenen må man arbeide tålmodig og interessert fram til kontakt med pasienten (Hummelvoll 2004).



Ved alle psykotiske tilstander foreligger det et veldig høyt angstnivå. I møtet med pasienten må en forstå at det er slik, og være sensitiv på hva som virker til å øke angsten og hva som kan mildne den. Vennlighet, tålmodighet, respekt for pasientens integritet og ansvar for kontaktsituasjonen og dialog virker mildnende på angsten, er en reservert og taust avventende, eller ivrig og overveldende vil den øke (Haugsgjerd et al., 2000).

En psykotisk pasient blir ofte innlagt i institusjon under tvang, dette er en situasjon som gir umiddelbar og total forsvarsløshet. For mange pasienter innebærer en slik hendelse en sjokkopplevelse som sitter igjen i lang tid etter at de er blitt friske. Ved å være innlagt i en institusjon får deres egentlige redsel for å være kroniske sinnssyke ny næring, og den forsterkes av at ingen later til å komme dem i møte på samme måte som ellers ute i samfunnet. De ser personer rundt seg som på alle måter oppfyller deres fordommer om galskap, og alt i miljøet rundt dem forteller at galskap er noe som er forventet (Cullberg 2005).

Jeg vil sitere et utdrag fra et dikt av Arnhild Lauveng:

*Det hendte jeg brekte litt, lavt,*

*idet de drev meg gjennom gangene,*

*men ingen spurte noen gang om hvorfor*

*- når man først er gal, kan man da gjerne breke. (2005, s. 7).*

Psykiske lidelser er blant sykdommer i vårt samfunn som blir stigmatiserte. Stigma betyr at personen har en egenskap som er dypt miskrediterende og vanærende. Det vil si at personer med en psykisk lidelse ofte vil møte negative reaksjoner i samfunnet. Stigmatisering påvirker også den avvikendes oppfattelse av seg selv på en negativ måte, det skjer en *selvstempling*. Det kan bidra til uheldige kronifiseringsprosesser eller forsterkning av de sosiale problemene (Brodtkorb et al., 2001).

Berge (2004) skriver at det å jobbe tålmodig og interessert fram, er spesielt viktig i det innledende møtet med den psykotiske pasienten. I den akutte fasen er den psykotiskes opplevelser overveldende, og mennesker rundt ham kan være en del av den psykotiske

forestillingsverden, og hjelperen kan oppleves mer som en trussel enn som en mulig støttespiller.

Manglende erfaring med psykotiske opplevelser kan gjøre det vanskelig å leve seg inn i klientens situasjon, og en kan derfor fremstå som lite empatisk. En feil som ofte gjøres i møte med den psykotiske pasienten er at hjelperen prøver å overbevise pasienten om at han eller hun tar feil, og at hjelperen har rett. En må ta utgangspunkt i pasientens egne erfaring, og sette seg inn i klientens eksistensielle opplevelse av sin situasjon (Berge, 2004).

Hummelvoll (2004) sier at en forutsetning for å skape kontakt og etablere trygghet til andre mennesker – og hjelpe han gjennom og ut av hans psykotiske tilværelse, er nettopp det *å møte pasienten i hans aktuelle situasjon*. Det er viktig at de oppgavene og utfordringer pasienten skal møte er tilpasset hans kapasitet, og det forutsetter at man får et bilde av pasientens indre verden, og de konflikter som råder der.

Det er viktig at pasienten får tid til å venne seg til at andre mennesker kommer nær ham. Sykepleieren bør ha en lyttende og anerkjennende holdning, og hun må i praksis vise at hun er til å stole på. Å møte pasienten med *forståelse* er avgjørende for å få begrep om hvordan han opplever sin situasjon. Den dynamiske relasjonen mellom nærhet og avstand, støtte og utfordring, representerer antagelig kjernen i den profesjonelle omsorgen (Hummelvoll 2004). Et positivt samarbeidsforhold er nødvendig for at behandling og omsorg skal gi resultater. Pasienten må kjenne seg trygg til å kunne dele og avsløre følelser og tanker som bekymrer. De holdninger og kvaliteter som er gunstige når man arbeider med psykotiske mennesker, er god sensitivitet, empati, solid fagkunnskap, at man er medmenneskelig, åpen og tilgjengelig, at man arbeider målrettet og utholdende – samtidig som man er fleksibel (Hummelvoll 2004). Hummelvoll sier videre at den avgjørende holdningen i møte med det psykotiske mennesket kanskje er å ha en tillitsfull tro på pasienten og hans muligheter til å mestre sitt liv, på sin spesielle måte.

Det er viktig at en betrakter pasienten som en *person som står overfor problemer*, for å oppnå det må en lytte til ekspertisen som Hummelvoll fremhever det, nemlig den som erfarer lidelsen og som kan utdype problemene som følger av den.

Å være en god hjelper for mennesker som opplever en psykose kan være krevende både medmenneskelig og faglig. Utfallet av behandlingen vil i stor grad være avhengig av miljøpersonalets innsats. Som tidligere nevnt er tålmodighet en viktig egenskap hos den som

skal følge pasienten over tid. Og grunnholdningen bør være preget av en respektfull undring og en ekte interesse for å forsøke å forstå det pasienten viser av seg selv og det språklige materialet han presenterer. (Hummelvoll 2004)

Videre skriver Hummelvoll at man må søke holdninger og handlinger som kan gi grunnlag for kontakt og tillit, og som kan hjelpe personen tilbake til den verden menneskene rundt ham opplever (2004).

Hummelvoll (2004) viser til en svensk studie som ble gjort i 1995 av Pejler, Asplund og Norberg, hvor hospitaliserte schizofrene pasienter ble spurt hvordan de opplevde livet på en avdelingen, deres oppfatninger av pleiepersonalet og kvaliteten av den omsorg de møtte. Forskerne konkluderte med å fremheve betydningen av å forstå pasientens livsverden ut fra en fenomenologisk og eksistensiell tilnærming. Det betyr at hjelperen stadig søker å lære mer om pasientenes egne opplevelser, og at denne kunnskapen tillegges vekt og benyttes i utformingen av både individuelle og miljømessige opplegg.

Man må ikke late som om man forstår når man ikke gjør det. I stedet må sykepleieren spørre etter ytterligere forklaringer. Når man er usikker på om man har forstått, formulerer man det man tror pasienten har ment og ber om pasientens eventuelle bekreftelse. Slik sett kan sykepleieren fungere som en språklig modell som i sin holdning viser vilje til dialog og ønske om å forstå hennes og andres oppfatninger (Hummelvoll, 2004).

## 4.0 Tidligere forskning

### 4.1 Patients` experiences of psychosis in an inpatient setting

Av: Koivisto et al. (2003)

Hensikten med denne forskningen var å beskrive pasienters opplevelse av en psykose i en pasientsituasjon.

Metode:

Dette er et kvalitativt studie. Data ble innhentet i en psykiatrisk klinikk på et universitetssykehus i Nord Finland i januar, februar og desember 1998. Ni frivillige pasienter, som hadde kommet seg fra en akutt psykotisk tilstand ble intervjuet. Det var pasientenes første eller andre innleggelse, og de var ikke åpenlyst psykotiske.

Funn:

Pasientene i denne undersøkelsen opplevde psykosen som en ukontrollerbar forandring i deres selvfølelse, og at de mistet kontroll over seg selv, noe som medførte emosjonelle bekymringer og fysisk smerte.

Informanten beskrev at det var psykiske følelser, som var fremmede for dem, som hadde forårsaket følelsen av forandring, og de knytte disse psykiske følelsene til problemer de hadde opplevd i livet sitt på den tiden de oppstod.

Ettersom disse psykiske følelsene auka, ble det vanskeligere for pasienten å tolerere de og handtere seg selv, andre mennesker og hverdagen. For å handtere dette brukte informanten strategier som for den utenforstående virket både meningsfulle og noen som virket uforståelige. Men de uforståelige strategiene fikk mening når så snart deltageren beskrev de fra sin side.

Fordi de til slutt ikke klarte å tolerere vanskeligheten og de fremmede følelsene, hadde de gått med på å bli innlagt, en avgjørelse de syntes var vanskelig, men som måtte til.

Ut i fra disse funnene kom de frem til at psykiatriske sykepleiere bør rette fokuset mer mot pasientens opplevelse, og mindre mot diagnosen. En bør ta stilling til pasientens opplevelse, de må få muligheten til å bli hørt og prøve å forstå deres behov for å unngå auka sårbarhet.

Pasientenes ressurser bør knyttes til deres indre verden, og omsorgen bør ha en meningsfull sammenheng med hver enkelte pasients verden.

#### **4.2 Service users and carers` experiences of a psychosis service**

Av: Mckenzie (2006)

Denne rapporten presenterer funnene av en undersøkelse som etterforsket hvordan mennesker med en psykose og deres pårørende opplevde den lokale psykiatriske helsetjenesten.

Metode:

Undersøkelsen ble delt i to analyser: en voksen undersøkelse og en og en for barn.

Kriteriene for å delta var at brukerne av helsetjenesten hadde psykose diagnose og at de hadde nær familie.

82 spørreskjema ble delt ut (41 til brukerne av helsevesenet og 41 til pårørende).

Tilbakemeldingsresponsen var på 29%. I tillegg var det 6 personer som valgte å bli intervjuet.

Funn:

I denne undersøkelsen kom det blant annet frem at en av de tingene som ble tilbudt brukeren under behandlingen og som hadde best effekt, var muligheten til å få snakke om deres problemer en til en med helsearbeideren eller psykiateren. En bruker svarte at det som hjalp mest var

`that someone is there for me to talk to` (s. 638)

En psykiatrisk pasient i dette studiet bemerket at han ikke hadde søkt hjelp tidligere pga:

... `fear of being locked away and being branded mad ... stigma` (s. 637)

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Opplevelse av en psykose

Det å kunne forstå opplevelsen av en psykose, å kunne sette seg inn i pasientens situasjon, styrker møtet mellom sykepleier og pasient. Forståelse handler om empati, som Travelbee (1999) beskriver det er empati evnen til å trenge inn i, eller ta del i og *forstå* den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da. Empati bygger på visse likheter i partenes erfaringsgrunnlag, et menneske kan ikke forstå noe som det ikke på en eller annen måte kan knytte til sine egne erfaringer.

Det er få av de som møter psykotiske mennesker i jobbsammenheng som selv har erfart denne lidelsen, dermed kan en ikke knytte opplevelsen av en psykose til ens egne erfaringer. Så hvordan kan en da kunne få en forståelse for denne lidelsen?

Immanuel Kant gav i sin tid denne korte definisjonen på begrepet psykose: *drøm i våken tilstand* (Strand 1999). Cullberg (2005) utdyper denne beskrivelsen med at noen vrangforestillinger er som mareritt i våken tilstand.

Vi har alle opplevd å ha et mareritt, dermed kan denne beskrivelsen av en psykose vekke følelser i oss, en kan forestille seg den frykten og redselen en psykotisk kan oppleve. For hva er vel ikke bedre enn å våkne opp fra et uutholdelig mareritt, da kan en tenke seg at den psykotiske faktisk ikke "våkner opp" fra den bisarre verden i samme forstand som oss, men må leve i det i våken tilstand.

Slik jeg fremhevet det her, kan det virke som at når en først er inni et psykotisk mareritt, vil en aldri våkne opp fra det. Jeg vil i tilknytning til dette fremheve det Abrahamsen & Dahl (2004) sier, at det å være psykotisk ikke dreier seg om konstante, utrøstelige tilstander, det dreier seg først og fremst om svingninger i mengde og typer av symptomer, i måten å være på, det kan svinge i fra dag til dag, fra uke til uke.

Så det er ikke slik at den psykotiske lever i et mareritt dag ut og dag inn og aldri kommer seg ut av denne tilstanden. Samtidig beskrev jo Immanuel Kant en psykose som en *drøm i våken tilstand*, det vil si at ikke alle psykoser er som mareritt. I motsetning til mareritt, som en helst vil flykte fra er det ikke alltid like kjekt å våkne opp fra drømmene, de kan være mye bedre og mer tilfredsstillende enn virkeligheten. Som Strand (1999) beskriver det kan en psykose i starten oppleves som en tilflukt, et "sted" det faktisk er godt å trekke seg tilbake til.

Lise Dahl, som selv har opplevd å være psykotisk beskriver også hvordan psykosen var et sted hun flyktet til når omgivelsene ble vanskelige, hun beskriver det som en drømmeverden (Abrahamsen & Dahl 2005).

Men Strand (1999) sier videre at de *aller fleste* som har vært psykotiske, har opplevd hvordan ”tilfluktstedet” som i utgangspunktet var tryggere enn ”virkeligheten”, forankret karakter og ble en trussel de var prisgitt.

Lise Dahls psykose var heller ikke en drømmeverden hele tiden, hun beskriver at:

”..., den fine drømmeverdenen blir til et mareritt, menneskene er ikke lenger vennligsinnede og Neo vil straffe meg med en grusom død hvis jeg ikke straffer meg selv,...” (Abrahamsen 2004, s14-15).

For oss utenforstående, som aldri har opplevd å være psykotisk, er det faktisk umulig å noen gang forstå fult og helt hva det vil si å være i denne tilstanden (Strand 1999).

Å sammenligne det å være psykotisk med våre drømmer og mareritt kan gi en økt forståelse for følelsesaspektet, det kan også hjelpe oss å være empatisk i møtet med pasienten, men vi vil aldri kunne få en fullstendig innsikt i det å være psykotisk uten å ha opplevd det selv.

Samtidig er det individuelt hvordan en opplever en psykose.

Som Cullberg (2005) beskriver det bruker den psykotiske alle mulige rekvisitter for å fortelle om et indre problem, alle som medvirker i psykosen, uttrykker ulike aspekter av den sykes forestilingsverden og personlige historie.

Lauveng (2005) som selv har opplevd det å være psykotisk beskriver mye av det samme:

”...- når man er syk, så kommer hallusinasjoner og andre symptomer fra en selv, og er skapt ut fra ens egne interesser og liv...” (s.34)

Dette viser at psykosen er et uttrykk for hvordan pasienten har det, det er hans egne tanker, følelser og problemer som har forvillet seg til en psykotisk tilstand. Og våre tanker, følelser og problemer er høyst individuelle.

Koivisto et al. (2003) har gjennom forskning prøvd å øke forståelsen for hvordan opplevelsesaspektet ved en psykose er. I denne forskningen kom det frem at pasientene

opplevde psykosen som en ukontrollerbar forandring i deres selvfølelse, de mistet kontroll over seg selv. Dette medførte emosjonelle bekymringer og fysisk smerte.

Strand (1999) fremhever også at en psykose tidvis kan oppleves som en smerte så stor at den er på grensen av hva et menneske kan bære, og at vår oppgave som sykepleiere blant annet er å lindre smerte.

Informantene i Koivisto et al. (2003) sin undersøkelse fremhevet også at de knyttet forandringene i følelseslivet til problemer de hadde opplevd i livet sitt på den tiden de oppstod.

Det styrker utsagnet om at den psykotiskes opplevelser er høyst individuelle, da de utvikler seg fra deres personlige problemer.

Så for at sykepleieren skal kunne utføre sin oppgave i møtet med den psykotiske pasienten; å lindre dens smerte, må en eliminere årsaken til smertene, og årsaken til smertene er ut i fra Koivisto et al. (2003) sin forskning de problemene pasienten opplevde i livet sitt da psykosen utviklet seg.

Dermed må vi sammen med pasienten søke disse problemene gjennom å få en felles forståelse for dens ensartete psykotiske verden.

Overfor har jeg vist til Cullberg (2005) som beskriver at noen psykotiske tilstander kan oppleves som mareritt i våken tilstand. Videre i sin bok (2005) fremhever han også at mange pasienter kan få følelsen av å bli forstått når man påpeker at man opplever deres verden slik. Travelbee (1999) sier i tilknytning til begrepet sympati at pasienter som har følelsen av å bli forstått og opplever at sykepleieren bryr seg om hvordan han har det påvirker han både fysisk og psykisk, og jamfør tidligere sier hun at i mange situasjoner vil opplevelsen av støtte og sympati gjøre pasienten i bedre stand til å mestre sin situasjon.

Så er det nok, i møtet med den psykotiske pasienten, å si at en tolker hans realiteter som et mareritt, vil det gjøre ham i bedre stand til å mestre sin situasjon?

Som jeg har nevnt tidligere er det helt individuelt hvordan hvert enkelt menneske opplever en psykose, og de er alene i sin egen verden.

I følge Hummelvoll (2004) ligger det en utfordring for den som skal jobbe med psykotiske mennesker å bli kjent med deres virkelighetsoppfatning. Det er i dette møtet, mellom



sykepleier og pasienten, viktig å prøve å forstå det særegne i pasientens situasjon ut fra hans forutsetninger. Man møter ham der han befinner seg som et menneske i den gitte situasjon. Så svaret på dette spørsmålet er nei, det er ikke nok å møte pasienten med dette utsagnet for at han skal mestre sin situasjon, vi må gå dypere inn i hans ensomme virkelighetsoppfatning og søke en felles forståelse for hans individuelle verden for oppnå det.

## **5.2 Pasientens realiteter: viktige i det unike møtet**

Ved empati kan en person delta i og forstå meningen med de andres tanker og følelser, samtidig som personen holder sitt eget selv atskilt fra den andres (Travelbee 1999).

Jeg vil fremheve den siste delen av denne setningen, *samtidig som personen holder sitt eget selv atskilt fra den andres*.

En feil som ofte gjøres i møte med den psykotiske pasienten er at hjelperen prøver å overbevise pasienten om at hun eller han tar feil, og at hjelperen har rett (Berge 2004). Med andre ord prøver hjelperen å realitetsorientere pasienten.

Abrahamsen & Dahl (2005) fremhever også at mange sier at den største forskjellen på psykose og andre psykiske sykdomstilstander er at vedkommende ikke har innsikt i sin tilstand, og at de har mistet kontroll med realitetene.

Dette viser tydelig at de ”mange” det er snakk om ikke har klart å oppnå det 3. stadiet i Travelbees teori om etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, som omhandler empati. De klarer ikke å holde sitt eget selv atskilt fra den andres, i stedet for å prøve å sette seg inn i pasientens situasjon sammenligner de pasientens realiteter med ens egne realiteter, og prøver å overbevise pasienten om at *hans* er feil og *dens* er rett.

Men som Abrahamsen & Dahl (2005) sier videre så har den psykotiske i sine psykotiske faser også sine realiteter, men de bekreftes ikke av andre. Så med andre ord er det mer riktig å si at de har mistet kontroll over *våre* realiteter.

Det å ikke dele omgivelsenes virkelighetsoppfattelse ligger i den psykotiske tilstandens natur. Den psykotiske opplever som regel våre realiteter som truende og farlige, eller absurde og uforståelige, eller full av mening som ingen forstår (Haugsgjerd et al., 2000).

Ut i fra det Haugsgjerd fremhever, at våre realiteter blant annet er for den psykotiske absurde og uforståelige, er jo slik den psykotiskes realiteter fremstår for oss, med andre ord er vår verden for han like motsetningsfullt som hans verden er for oss, den store forskjellen er at det er ingen som deler hans realiteter, han står alene i denne verdenen. Det er viktig at

sykepleieren har kunnskaper om dette i møtet med den psykotiske slik at de sammen kan finne en felles forståelse for det han opplever, så han slipper å takle sin verden alene. For selv om den utenforstående ikke fullt og helt kan del pasientens virkelighetsoppfattelse, kan han som Haugsgjerd (2000) fremhever det vise interesse for å forøke å forstå den.

Travelbee (1999) fremhever begrepet sympati som en viktig del i møtet mellom sykepleier og pasient. Hun sier at når en uttrykker sympati overfor en pasient, formidler en at en er engasjert i han som person og bryr seg om hvordan han har det. I mange situasjoner vil opplevelsen av sykepleierens sympati og støtte gjøre pasienten i bedre stand til å mestre sin situasjon.

Så ved at sykepleieren engasjerer seg i pasienten som person og bryr seg om hvordan han har det, hans realiteter, kan en altså hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon. I dette tilfellet vil det si å mestre psykosen. Jeg vil si at Hummelvoll (2004) understreker dette når han uttrykker at det å møte pasienten i hans aktuelle situasjon, er en forutsetning for å skape kontakt og trygghet - å hjelpe han gjennom og ut av hans psykotiske tilværelse.

Så målet i møtet med den psykotiske pasienten er nettopp å hjelpe han ut av de realitetene som ligger i den psykotiske tilstandens natur og over i våre realiteter, og kunsten for å oppnå dette målet er å ta del og prøve å forstå pasientens realiteter sett bort i fra våre. Dette høres svært avansert ut og det er det nok også.

### **5.3 Å se lidelsen fra pasientens perspektiv gir mening**

Som vist har Koivisto et al. (2003) forsket på fenomenet psykose og dets opplevelsesaspekter, en ting som også kom frem i denne forskningen var at informantene brukte strategier for å tolerere psykosen som virket uforståelige for den utenforstående. Men når deltageren beskrev strategien fra sin side fikk den mening.

Dette viser hvor viktig det er å ta hensyn til pasientens egne opplevelser, en vil da også kunne få en forståelse for pasientens atferd. Jeg vil vise til Lauveng (2005) som beskriver at hun ved å prøve å røske av seg håret eller klore hull i hodet forsøkte å dempe kaoset i hodet, hørselshallusinasjonene.

For en utenforstående vil selvsagt slik atferd være avvikende fra hva som er normalt, men så snart vi får en innsikt i sammenhengen blir det mer forståelig for en. Cullberg (2005) fremhever også at det er normalt at pasienter med langvarige hørselshallusinasjoner utvikler

egne strategier for å dempe stemmene slik at de ikke skal bli forstyrret i sine forsøk på å konsentrere seg om noe annet.

Så å bli kjent med den psykotiskes virkelighetsoppfatning kan blant annet hjelpe en å forstå dens atferd, på den måten er en på god vei til å nå en felles forståelse for tilstanden. Bare det å vite at en utvikler slike strategier for å dempe stemmene, slik som Cullberg viser til, kan forståelsen for atferden øke.

#### **5.4 Viktige egenskaper hos sykepleieren i det unike møtet**

Travelbee mener at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient står helt sentralt når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i samsvar med pasientenes behov. Kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Kommunikasjon har som hensikt å gjøre sykepleieren kjent med pasienten og dermed bli i stand til å møte hans behov (Travelbee 1999).

Som forskningen til Mckenzie (2006) viste, var muligheten til å snakke om deres problemer, en til en, med helsearbeideren eller psykiateren, det tilbudet informantene i dette studiet gav uttrykk for å ha best effekt av.

Det jeg har drøftet overfor bekrefter viktigheten med god kommunikasjon står sentralt i møtet med den psykotiske pasienten, for at sykepleieren skal kunne tilnærme seg en forståelse av en virkelighetsoppfattelse som ikke deles av noen andre, må en kommunisere med den eneste ene som kan gi en forståelse for denne tilstanden. Sammen må de to partene jobbe seg frem til en felles forståelse for dens realiteter. En må se forbi diagnosen og rette kommunikasjonen mot å forstå opplevelsen av tilstanden.

Dette fremhever også Hummelvoll (2004), han sier at diagnosen blir, ut fra et eksistensielt perspektiv, av underordnet art. Ut fra en humanistisk- eksistensiell tilnærming er det nemlig viktig å prøve å forstå det særegne i pasientens situasjon ut fra hans forutsetninger. Den psykotiske personen oppfattes da som et menneske som på sin spesielle måte forsøker å mestre indre og ytre opplevelser så langt kapasiteten for øyeblikket rekker.

Forskningen til Koivisto et al. (2003), viser også at en vil unngå å auke pasientens sårbarhet dersom sykepleiere retter fokuset mot pasientens opplevelser, en må altså se forbi diagnosen.

Etter at jeg nå har prøvd å tilnærme meg en forståelse for den psykotiske tilstanden har jeg med meg selv kommet frem til at det å jobbe med psykotiske mennesker er svært krevende, og en må være reflektert i møtet med dem. Hummelvoll (2004) fremhever gunstige holdninger og kvaliteter i møtet med psykotiske mennesker: god sensitivitet, empati, solid fagkunnskap, at man er medmenneskelig, åpen og tilgjengelig. Han fremhever også at den avgjørende holdningen i møte med det psykotiske mennesket kanskje er å ha tillitsfull tro på pasienten og hans muligheter til å mestre sitt liv, på sin spesielle måte.

Dette bekrefter det jeg sier overfor at det er krevende å imøtekomme den psykotiske pasienten, og mye erfaring med å møte psykotiske pasienter er nok det viktigste grunnlaget for å oppnå de gunstige holdningene og kvalitetene Hummelvoll (2004) fremhever.

Som Berge (2004) også fremhever det kan manglende erfaringer med psykotiske opplevelser gjøre det vanskelig å leve seg inn i klientens situasjon, og en kan derfor fremstå mindre empatisk.

Jeg vil avslutte drøftingen med et sitat fra en pasient som er hentet fra forskningsartikkelen til Mckenzie (2006). Sitatet er pasientens svar på hvilke av tilbudene han fikk i møtet med psykiatrien som hadde best effekt på lidelsen;

`that someone is there for me to talk to` (s. 638)

## 6.0 Konklusjon

Etter å ha studert temaet psykose og søkt etter en forståelse for hva det vil si å være psykotisk, har jeg kommet frem til at det er umulig for en utenforstående å fullt og helt kunne sette seg inn i denne tilstanden da det er en høyst individuell opplevelse. Psykotiske pasienter opplever realiteter som ingen andre deler, og dermed vil vi aldri få en direkte tilgang til de.

Men vi kan få en *økt* forståelse for hvordan en psykose oppleves, vi kan blant annet på det følelsesmessige planet sammenligne det å være psykotisk med våre drømmer og mareritt, noe som kan vekke følelser i oss og som dermed gir oss et grunnlag for å være empatisk i det unike møtet med pasienten.

At sykepleieren i møtet med den psykotiske pasienten har og søker en forståelse for tilstanden er absolutt viktig. Å få en felles forståelse for pasientens virkelighetsoppfattelse er utgangspunktet for å få han ut av psykosen og tilbake til våre realiteter.

Det er også viktig å ha kunnskaper om at pasienten er i en sårbar situasjon og gjerne betrakter sykepleieren mer som en trussel en som en hjelper, dette for at sykepleieren skal kunne imøtekomme pasienten på riktig måte, uten at hans angst eller sårbarhet blir økt.

Dette er en vanskelig og utfordrenes oppgave og det krever mye av en som person, og en må vise interessert og være tålmodig i dette unike møtet. For at en som sykepleier skal bli god på dette trengs det nok mye kunnskaper om og erfaring med psykotiske pasienter, det er ikke noe en blir god på over natten.

## 7.0 Litteraturliste:

Abrahamsen, P. & Dahl, L. (2004) Psykosens verden: En schizofren kvinnes beretning, Oslo: Universitetsforlaget AS.

Berge, T. & Repål, A. (2004) Den indre samtalen: Kognitiv terapi i praksis, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brodtkorb, E., Norvoll, R. & Rugkåsa, M. (2001) Mellom mennesker og samfunn, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Cullberg, J. (2005) Psykoser: Et intergrert perspektiv, Oslo: Universitetsforlaget AS.

Dalland, O. (2007) Metode og oppgaveskriving for studenter, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2005) Kommunikasjon i relasjoner, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) Att göra systematiska litteraturstudier, Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Haugsgjerd, S., Jensen, P. & Karlsson, B. (2000) Perspektiver på psykisk lidelse: En innføring for helse- og sosialfagene, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jordahl, H. & Repål, A. (2001) Mestring av psykoser, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Lauveng, A. (2005) I morgen var jeg alltid en løve, J.W. Cappelens Forlag AS.

Malterud, K. (2004) Kvalitative metoder i medisinsk forskning, Oslo: Universitetsforlaget AS.

Strand, L. (1999) Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (1999) Mellommenneskelige forhold i sykepleie, Oslo: Universitetsforlagets sykepleieklassikere.

**Forskningsartikler:**

Koivisto, K., Janhonen, S. & Vaisanen, L. (2003) Patients` experiences of psychosis in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 221-229.

Mckenzie, L. H. (2006) Service users and carers` experiences of a psychosis service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 636-640.