

BACHELOROPPGAVE

Holders of Hope

Relasjon og miljøterapi i arbeid med mennesker med schizofreni

Av

kandidatnr: 65 og Camilla Nymark Melle

Holders of Hope

Relation and milieue therapy with people who suffer from schizophrenia

Vernepleie

BSV5-300

Mai, 2016



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven «Holders of Hope – relasjon og miljøterapi i arbeid med mennesker med schizofreni» i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

65 Camilla Nymark Melle

Kandidatnummer og navn

JA NEI

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Problemstilling	3
1.3 Avgrensning	4
1.4 Begrepsavklaringer	4
1.5 Framdriftsplan	5
2.0 Metode	5
2.1 Litteratursøk	5
2.2 Kildekritikk	6
3.0 Litteraturgjennomgang	8
4.0 Teori	10
4.1 Schizofreni	10
4.2 Miljøterapi	11
4.3 Relasjon	12
4.3.0 Kommunikasjon og relasjon	12
4.3.1 Forhold som har betydning for å utvikle en god relasjon	13
4.3.2 Subjekt – subjekt	14
4.3.3 Anerkjennelse	15
4.3.4 Empati	16
4.4 Bedringsprosess	17
5.0 Drøfting av problemstilling	18
5.1 Hvorfor kan relasjon ha en terapeutisk effekt?	18
5.2 Hvilke virksomme faktorer i miljøet er gunstig for bedringsprosessen til schizofrene?	23
5.3 Oppsummering av funn	25
6.0 Avslutning	26
7.0 Litteraturliste	27

1.0 Innledning

«If we plant a seed in the desert and it fails to grow, do we ask, «What is wrong with the seed?» No. The real conspiracy lays in this: to look at the environment around the seed and to ask, «what must change in this environment so that the seed can grow?» The real conspiracy we are participating in (...) is to stop saying what's wrong with psychiatric survivors and start asking: «How do we create hope-filled, humanized environments and relationships in which people can grow?» (Deegan, ref. i Hummelvoll, 2012, s. 55).

En vesentlig faktor som jeg skal ta for meg i oppgaven er hvordan institusjonsmiljøet kan optimalisere behandlingen for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Atmosfæren på institusjonsposten som miljøterapien har tatt sikte på er antakelig den viktigste enkeltfaktoren for behandlingsresultat (Bendiksen, Friis, & Røssberg, 2013).

«Det terapeutiske miljøet skapes gjennom relasjoner og flere undersøkelser viser at pasientene vurderer relasjonen de har til behandlingspersonalet som det viktigste i behandlingen» (Bendiksen et al., 2013, s. 52).

Det foregår mye forskning innenfor den biologiske psykiatri på verdensbasis, spesielt omkring schizofrene psykososer, men det er få midler til annen psykiatrisk forskning (Strand, 1990). Skjevfordelingen kan sees på som et symptom på vår tids krav om stadig å finne raske løsninger, selv på problemer som i sin natur kan være uhyre komplekse. Faren her vil være at det lidende menneske blir lite påaktet, at han får klare seg så godt som mulig mens vi venter på denne effektive biologiske behandlingsmetoden som vil sette en stopper for lidelsen (Strand, 1990).

Denne oppgaven handler om schizofreni og miljøterapi med hovedfokus på relasjon mellom pasient og hjelper på et behandlingssted. Målet med oppgaven er å finne ut om man ved bruk av miljøterapi og de hensiktsmessige miljøvariablene med hovedfokus på relasjonelle faktorer samt elementene ved relasjonen som skaper kvalitet i den, kan føre til bedring for pasienter med schizofreni. Elementene ved relasjonen som jeg vektlegger er objektrelasjonsteoriens subjekt – subjekt – syn, anerkjennelse og empati.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen for tema jeg har valg kommer fra et personlig engasjement. Da jeg var 18 år fikk en av venninnene mine diagnosen schizofreni, og har siden vært innlagt for behandling. Jeg har opplevd at behandlingsforløpet for disse pasientene kan være lang, noe som har gitt meg engasjement for hvordan prosessen kan optimaliseres. Interessen for metodisk arbeid med personer med diagnosen schizofreni og hva dette har av betydning for bedringsprosessen til pasientene har derfor vært stor. Dersom man kan bruke miljøet til å optimalisere behandlingen samt vise til at miljø- og relasjonelle faktorer har en virksom effekt bør dette være en prioritet i behandling for denne pasientgruppen.

1.2 Problemstilling

Ved bruk av miljøterapi er kjernen fellesskapet. Det vil si samspillet og relasjonen mellom pasienten og hjelperen (Vatne, 2006). I følge Røkenes & Hanssen (2012) vil arbeid med mennesker ofte handle om at fagpersonen legger til rette en form for forandring hos pasientene. Forandringen kan dreie seg om endring av tanker, opplevelser, holdninger, følelser eller atferd. I dette arbeidet er kvaliteten på relasjonen mellom pasient og hjelper avgjørende. Både undersøkelser og systematiserte praksiserfaringer viser at relasjonen ofte betyr mer enn de instrumentelle, målrettede teknikkene og metodene fagpersoner bruker (Røkenes & Hanssen, 2012).

På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvilke betydning har relasjonen mellom pasient og hjelper for bedringsprosessen til personer med schizofreni?

Som hjelp til å svare på problemstilling har jeg formulert noen underspørsmål:

- Hvorfor kan relasjon ha en terapeutisk effekt?
- Hvilke virksomme faktorer i miljøet er gunstig for bedringsprosessen til schizofrene?

1.3 Avgrensning

Jeg har avgrenset oppgaven til å handle om behandling av voksne, altså de som er fylt 18 år og som er i en behandlingsinstitusjon. Medisinsk behandling kan være en vesentlig del av behandlingen for disse pasientene, men i denne oppgaven unngår jeg å komme inn på dette. Når det kommer til relasjonen er mitt fokus miljøpersonalet i sitt samspill med pasienten. Ut i fra forskningen finnes det mange funn jeg kunne trukket frem men jeg velger som nevnt innledningsvis å avgrense meg til noen av dem.

1.4 Begrepsavklaringer

Miljø, atmosfære, miljøterapi og terapeutisk miljø er begrep som kan benyttes om hverandre selv om de hver for seg har en bestemt betydning. For eksempel beskriver Borge referert i Hummelvoll (2012) at miljøet er den følte atmosfæren på behandlingsstedet. Her er det snakk om både kulturen, omgivelsene, personalets holdninger og faglig kompetanse samt trivsel og fellesskap mellom personer som oppholder seg i miljøet.

Linde & Nordlund (2013) presenterer hovedprinsippene innen miljøterapi som består av at miljøet er demokratisk organisert med tanken om frivillig innleggelse, åpen kommunikasjon, likhet, solidaritet og tillit. Ideen bak begrepet er at miljøet har like stor innvirkning både innenfor og utenfor en institusjon. Dersom man kan bli syk av miljøet utenfor institusjonen, var en nødt til å skape et terapeutisk miljø som var behandlende i institusjonen.

Larsen & Selnes referert i Linde & Nordlund (2013) beskriver det terapeutiske miljøet som en satsing på miljøorientert tenkning. Det skal fremme individets muligheter til mestring, læring og personlig ansvar ved en systematisk og gjennomtenkt tilretteleggelse av miljøet ut i fra individets situasjon og behov.

Min forståelse er at det er mange fellesnevnerer innenfor disse begrepene, og har derfor i oppgaven brukt begrepene til en viss grad om hverandre.

1.5 Framdriftsplan

Jeg har analysert data og laget kategorier med utgangspunkt i temaet jeg har valgt.

Underspørsmålene presenterer kategoriene. Videre vil jeg se på funn fra forskningen i forhold til relevant faglitteratur, og deretter diskutere ut i fra det for å se om jeg klarer å få besvart problemstillingen min.

2.0 Metode

Litteraturstudie handler om å studere det andre har studert og forsket på før. Jeg har benyttet meg av litteraturstudie som forskningsmetode. Dette valget begrunnes i all empirien som finnes på området fra før. Empiri går ut på kunnskap som bygger på erfaring. Dette kan man finne ut av ved hjelp av ulike undersøkelser eller intervju (Dalland, 2012). Temaet jeg tar for meg er omdiskutert innen både forskning og litteratur. Jeg skal derfor lese meg opp på forskning og litteratur som berører temaet jeg har valgt og ut i fra det skrive om det som er relevant for nettopp min problemstilling.

2.1 Litteratursøk

Litteraturen er selve grunnlaget for oppgaven ettersom det er selve kunnskapen som oppgaven tar utgangspunkt i samt det den valgte problemstilling skal drøftes i forhold til (Dalland, 2012).

For å komme frem til forskning og litteratur som jeg har benyttet i oppgaven har jeg brukt litteraturlister i pensumbøker, samt anbefalte bøker fra veilederen min. Jeg har også søkt i databaser på biblioteket, hvor Oria, Scopus og Norart var de basene jeg brukte mest. Søkeordene mine var «relasjon», «miljøterapi», «bedringsprosess» og «schizo*». Jeg søkte med de samme ordene på engelsk for å se hva som fantes av internasjonal forskning. Ettersom fagområdet jeg skriver om er vidt ga søkeordene mange treff. Jeg fant med det første ikke den forskningen jeg hadde i tankene så jeg brukte derfor en del tid på å lese fagbøker. Bøkenes litteraturliste ledet meg til andre fagfolk som var omtalt innen fagområdet, spesifikt innen det jeg ville fokusere på. Ettersom jeg da fikk mer kunnskap om tematikken ble søkeprosessen i

databasene enda mer spesifikke. Jeg søkte etter forfattere som jeg visste hadde forsket på det jeg var ute etter. Der i blant Marit Borg, Svein Friis, Mark Hubble, Barry Duncan og Scott Miller. Ettersom jeg da kunne avgrenset søkene mine enda mer fant jeg til slutt den forskningen som jeg trengte.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk handler om de metodene som brukes for å fastslå om kildene er sann. Det innebærer å karakterisere og vurdere de valgte kildene (Dalland, 2012). Her skal jeg vurdere kildenes relevans for min problemstilling, samt vurdere kildenes troverdighet. Først og fremst vil jeg presisere hva som ligger i kildekritikk før jeg presenterer litteraturen og vurdering av den.

Dersom kildene skal være troverdig må kravene til både reliabilitet og validitet være oppfylt. Reliabilitet betyr pålitelighet, og betyr at litteraturen som brukes er korrekt, samt at eventuelle feilmarginer blir oppgitt. Her er det aktuelt å se om litteraturen som brukes er oppdatert og dagsaktuell. Dersom litteraturen kommer fra sekundærkilder kreves det en vurdering om dette har noe å si for kvaliteten. Validitet står for gyldighet og relevans. Litteraturen som brukes må både være gyldig og være relevant for problemstillingen (Dalland, 2012).

Den ene forskningsartikkelen jeg endte opp med «Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health» er skrevet av Marit Borg og Kristjana Kristiansen. Marit Borg er professor i psykisk helsearbeid med doktorgrad i helsevitenskap. Kristjana Kristiansen er førsteamanuensis ved NTNU, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap og har doktorgrad i folkehelse. Undersøkelsen er gjort i 2004 og er derfor relativ ny. Temaet for forskningen tar sikte på er relevant for min problemstilling.

Den andre forskningsartikkelen «Hva slags postatmosfære er terapeutisk for psykotiske og for ikke-psykotiske pasienter?» er skrevet av Svein Friis som er professor i psykiatri og overlege ved avdeling for forskning og utvikling. Undersøkelsen er fra 1981 og derfor relativt gammel. Dette har jeg vurdert før jeg valgte å bruke den i oppgaven. Friis sine funn er absolutt aktuelle i dag og artikkelen er mye brukt i nyere tid. Undersøkelsen hans er utført med bruk av Ward Atmosphere Scale (WAS) som er gullstandarden for å måle postatmosfæren på psykiatriske

poster. WAS er et dagsaktuelt måleinstrument som brukes den dag i dag. Friis sine prinsipper brukes i nyere faglitteratur og er relevant for problemstillingen min.

Mark Hubble, Barry Duncan og Scott Miller er forfattere som jeg hadde kunnskap om fra før. Etter jeg landet på hvilket tema jeg ville skrive om i oppgaven søkte jeg bevisst etter forskningen som jeg har hatt i undervisningen. Forskningsarbeidet deres er presentert i en bok som de har skrevet «The heart and soul of change – what works in therapy».

Forskningsarbeidet er fra 1999. Jeg fikk tak i en senere utgave av boken som er fra 2010 hvor forfatterne Mark Hubble, Barry Duncan, Bruce Wampold og Scott Miller igjen presenterer forskningen. At jeg ikke fant den direkte forskningsartikkelen, men istedenfor boken deres hvor forskningen deres presenteres er ikke det mest gunstige. I mye av faglitteraturen jeg har lest er det mange norske forfattere som referer til denne forskningen, noe som bidrar til at forskningen er aktuell. I forhold til min problemstilling er denne forskningen relevant. I tillegg er forskningen internasjonal.

Når det kommer til relevant faglitteratur vil jeg presentere sentrale norske forfattere som jeg aktivt har brukt i oppgaven. Liv Strand, Solfrid Vatne, Jan Kåre Hummelvoll er de forfatterne jeg har benyttet mest når jeg har skrevet teori om temaet mitt. Boken jeg har brukt som er skrevet av Liv Strand er fra 1990. Denne teorien er derfor gammel men veilederen min anbefalte meg boken ettersom den forsvares med at det hun skriver om er dagsaktuelt. Harald Grimen, Tore Dag Bøe og Arne Thomassen har også faglitteratur jeg har benyttet meg noe av i forbindelse med denne oppgaven. Teorien fra disse bøkene er relevante for å belyse problemstillingen min.

Jeg har også brukt en fagartikkel skrevet av tre kjente forfattere innen dette faget som handlet om at postatmosfæren bedret seg ved målrettet arbeid med relasjon mellom pasienter og miljøpersonalet. Undersøkelsen er fra 2013 hvor de har brukt måleinstrumentet WAS. Forfatterne er Svein Friis, Randi Slettebø Bendiksen og Jan Ivar Røssberg. Denne artikkelen viser at WAS er en test som brukes i nyere tid, og hvor prinsippene til Friis enda er aktuelle. Innholdet i undersøkelsen belyser tematikken jeg skriver om.

3.0 Litteraturgjennomgang

Forskning krever at forskeren gjør seg kjent med kunnskap som allerede foreligger innen temaet (Dalland, 2012). Her vil jeg presentere tidligere forskning som jeg har valgt å bruke i oppgaven.

Marit Borg & Kristjana Kristiansen (2004): Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services:

Marit Borg og Kristjana Kristiansen har forsket på den hjelpende relasjon. I undersøkelsen gjennomførte de intervjuer med 15 personer som var brukere av psykisk helsetjeneste, hvor 9 av dem var behandlet for schizofreni. Poenget deres var å få frem brukerfaringer som det sentrale. Det fins lite forskning og annen relevant litteratur som omhandler et første-persons perspektiv av bedring for pasienter med psykiske lidelser. Av forskningen som eksisterer vises det til at den terapeutiske relasjonen har en sentral rolle i å sette i gang bedringsprosessen. En måte å utvide vår forståelse av hva som er virkningsfullt er ved å undersøke de personlige opplevelsene til pasientene. Denne artikkelens hovedmål er å få frem første-persons perspektivet for hva som karakteriserer en hjelpsom og virkningsfull relasjon.

Oppmerksomhet på hvordan pasienten forstås ut i fra er essensielt. Blir pasienten sett på som et medmenneske med innsikt og kunnskap, eller som en kontrast, en person med kronisk sykdom som trenger å bli tatt hånd om, muligens for alltid.

Resultatene viser de sentrale fellesfaktorene ved hjelpene relasjoner slik brukerne så det: at de profesjonelle formidlet håp, delte makt, tilgjengelighet etter behov, åpen for det pasientene mente var nyttig og hjelpsomt, altså tøyte grensene og yte det lille ekstra.

De konkluderte med at bedringsorienterte hjelpere hadde mot til å møte både mangfoldet og det individuelle i forandringsprosessen og dermed bruke de profesjonelle ferdighetene i et samarbeid med pasientene. Denne bedringsorienteringen består av evnen og viljen til å utforme tilbudet til pasientene i samsvar med pasientenes behov og preferanser. Dermed vil hjelperen støtte pasientene gjennom deres egen måte å takle forskjellige problemer som er en reorientering fra at hjelperne fremstår som eksperter på andres liv.

Hubble, Duncan, Wampold & Miller (2010): The Heart and Soul of Change – Delivering What Works in Therapy:

Hubble et al (1999) har forsket på bedringsprosesser i behandlingssammenheng. I boken *The Heart and Soul of Change – Delivering What Works in Therapy* viser de til sin tidligere forskning som er basert både på kvantitative og kvalitative studier. På bakgrunn av denne forskningen har bedring fire hovedfaktorer som har ulik betydning. Kjernen og det som utgjør mest betydning for bedringsprosessen er pasientens egen styrke, deltagelse i sosiale sammenhenger med støtte fra omgivelsene rundt. Pasientens sosiale nettverk og de påfølgende positive eller negative ringvirkningene utgjør med dette førti prosent. Der nest kommer de relasjonelle faktorene hvor omsorg, varme, empati, gjensidig bekreftelse, akseptasjon samt oppmuntring utgjør tretti prosent. Forventninger, håp og placebo representerer femten prosent. Likedan utgjør prosedyrer og behandlingsmetoder femten prosent.

Hovedvekten på hva som gir tilfriskning i behandlingssammenheng viser til pasientens styrke, støtte fra nettverket rundt og positive erfaringer ved relasjonen mellom pasient og hjelper.

Svein Friis (1981): Hva slags postatmosfære er terapeutisk for psykotiske og for ikke-psykotiske pasienter?

Svein Friis gjorde i 1981 en undersøkelse med 12 personer på en psykosepost. Undersøkelsen gikk ut på hva de anså å være faktiske forhold på posten og hva de anså som ønskede forhold. Fremgangsmetoden gikk ut på at pasientene fylte ut et skjema med forskjellige miljøvariabler som Moos og medarbeidere utviklet i 1974, Ward Atmosphere Scale (WAS).

Spørreskjemaene som ble brukt i Friis sin studie gikk ut på å måle både det virkelige miljøet ved posten og idealmiljøet. WAS-R testet det virkelige miljøet, og WAS-I testet idealmiljøet. I skjemaet som testet det virkelige miljøet ble pasientene og personalet spurt om hvordan de opplevde postmiljøet. De ble da spurt om 100 forskjellige påstander og skulle ut ifra det kartlegge hva som stemte med posten og hva som ikke stemte. I idealskjemaet var påstandene omformulert slik at det kom frem hva slags postatmosfære som ble ansett som ideell.

Resultatene Friis fant var at psykotiske pasienter foretrakk et miljø preget av høyt nivå av støtte, praktisk orientering, orden og organisasjon samt programklarhet, og lavt nivå av sinne og aggresjon.

Friis konkluderer med at atmosfæren i et behandlingsmiljø må antas å ha en sentral betydning for behandlingsresultatet.

4.0 Teori

Jeg vil nå presentere teori som skal danne grunnlag for videre drøfting av problemstillingen. Først og fremst vil jeg ta for meg hva schizofreni er, deretter miljøterapi, relasjon og hva som ligger i begrepet bedringsprosess.

4.1 Schizofreni

Schizofreni er den vanligste og muligens alvorligste psykotiske lidelsen, og vil for mange innebære en omfattende og langvarig lidelse (Håkonsen, 2009). Kriteriene for denne diagnosen er at minst to av de påfølgende symptomene har vært til stede i en periode på minst en måned; hallusinasjoner, vrangforestillinger, disorganisert tale, grovt disorganisert atferd, fattig språk, flat affekt og apati, hvor de tre sistnevnte er negative symptomer (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Kjennetegn ved schizofrene psykoser er mange, der i blant brudd med virkeligheten, som resulterer i at vedkommende verken klarer å forstå seg selv eller andre. Det den andre gjør eller sier i samspillet med den psykotiske kan oppfattes helt annerledes. Normale handlinger kan da få en truende og farlig betydning for den psykotiske (Håkonsen, 2009). Andre kjennetegn er isolasjon og sanseforstyrrelser. Hallusinasjoner beskrives som sanseopplevelser fra hørsel, syn, lukt eller berøringssansene som skjer i våken tilstand. Dette oppleves som både uvirkelig og virkelig på samme tid, og er ofte skremmende for den psykotiske (Håkonsen, 2009). Videre er tankeforstyrrelser og vrangforestillinger også kjennetegn ved psykoser. Tankeforstyrrelser går ut på at det oppstår kaos hvor følelser, tanker, erfaringer og opplevelser er både meningsløse og uforståelig. Personen vil da ikke ha kontroll over tankene sine. Vrangforestillinger dreier seg om en feil oppfatning av omgivelsene (Håkonsen, 2009).

I følge Killingmo referert i Strand (1990) kan man i schizofrene psykoser se en uttalt og ofte skremmende type og grad egoregresjon. Regresjon er når man går tilbake til et tidligere nivå langs en utviklingslinje (Evang, ref. i Strand, 1990). Selv i disse psykosene vil det alltid være sider ved ego som er lite regredierte, altså mer velfungerende sider ved personen (Killingmo, ref. i Strand, 1990).

Schizofrene pasienter har ofte stor mistillit til omverden og dermed forskanser seg i en indre selvforsynt verden som gjerne har tatt lang tid å bygge opp. Selvforakten og mistilliten de har til verden vil hos schizofrene kunne sitte så dypt at det er utenkelig at noen vil ha noe med dem å gjøre på et dypere plan (Strand, 1990).

Ambivalens er fremtredende hos personer med schizofreni. Atferden er vaklende og ubestemt da de i det ene øyeblikket går fra å ville noe til ikke å ville det lengre i neste øyeblikk. Dette byr på utfordringer for de som er der for å hjelpe (Håkonsen, 2009).

En annen utfordring for psykotiske pasienter som er svært tilbaketrukne, spesielt dårlige schizofrene, er at i møte med dem kan det ta lang tid før vi har en følelsesmessig opplevelse av at det skjer et møte (Strand, 1990). Dette gjenspeiles i det Beneditti referert i Strand (1990) sier om at schizofrene kan ha et sterkt ønske om kontakt samtidig som de kan frykte kontakt. Schizofrene har ofte vokst opp med en påfallende mangel på kontinuitet og derfor lukket seg i en slags selvforsvar (Cullberg, ref. i Strand, 1990).

4.2 Miljøterapi

Vi både påvirker og blir påvirket av våre omgivelser, og de menneskene som omgir oss. Med det vil miljøet rundt oss ha innflytelse på vårt subjektive velvære (Hummelvoll, 2012).

Før var det en biologisk oppfatning av psykiske lidelser som gjaldt, hvor de mellommenneskelige forhold ble viet lite oppmerksomhet. Etter hvert vokste det terapeutiske samfunnet frem hvor det ble fokus på hvordan sosiale forhold virket inn på menneskers mentale tilstand. Det terapeutiske samfunnet bygde på en sosialpsykiatrisk tenkning. Tanken var da å skape et miljø i institusjonen som var likt samfunnet utenfor, men uten de uheldige sidene som man kunne se ellers i storsamfunnet (Hummelvoll, 2012).

Dersom noe skal kalles terapeutisk, bør samhandling medføre at pasientens opplevelse av tilværelsen endres i positiv retning. Det vil si at den bør føre til en bedring i form av at personen oppnår vekst og utvikling samt at plager lindres (Vatne, 2006). I psykisk helsearbeid handler terapi om at mennesker med psykiske lidelser gis muligheter til både å velge, skape eget liv på egne premisser, fremme levekår, helse og egen kompetanse, og styrke tilknytning og fellesskap i det sosiale nettverk. I følge Vatne (2006) er det en grunnoppfatning at individet best kan forstås og hjelpes i et samhandlingsperspektiv. Relasjonen mellom pasienter og profesjonelle hjelpere er derfor et hovedfokus innen psykisk helsearbeid.

Vatne (2006) beskriver miljøterapi som en praktisk behandlingsmetode i psykisk helsearbeid, hvor fokuset er på hvordan det sosiale og fysiske miljøet og ulike arbeidsmetoder som er i et behandlingsmiljø kan fungere som terapi.

«Hensikten er å tilrettelegge for utvikling, vekst og modning, og gi gode og overførbare relasjonserfaringer, og derigjennom fremme og tydeliggjøre mer hensiktsmessige samhandlingsmønstre» (Andersen, ref. i Vatne, 2006, s. 28).

Det går frem av denne definisjonen at miljøterapi er ressursfokuset, ettersom man i behandling anerkjenner ressursene og mulighetene for utvikling til pasientene. Miljøterapiens hensikt beskrives som å oppnå vekst, utvikling og modning gjennom relasjonserfaringer. Miljøterapi blir med det definert som en systematisk interaksjon mellom hjelper og pasient (Vatne, 2006).

4.3 Relasjon

4.3.0 Kommunikasjon og relasjon

Relasjon henger tett sammen med kommunikasjon. Begrepene utfyller hverandre og uten kommunikasjon vil du ikke oppnå en relasjon. En relasjonskompetent fagperson kommuniserer slik at det gir mening for den andre, får frem den overordne hensikten med selve samhandlingen og ikke minst på en ikke-krenkende måte (Røkenes & Hanssen, 2012).

Dialog er en form for kommunikasjon der to-sidigheten, eller gjensidigheten er på plass. Dialog er den formen for kommunikasjon vi tilstreber i en relasjon som fungerer. Den kjennetegnes ved åpenhet og stor grad av symmetri i kommunikasjonen. Dialog er den

kommunikasjonsformen som i størst grad tillater deltagerne å være subjekter for hverandre (Sollesnes, 2008).

4.3.1 Forhold som har betydning for å utvikle en god relasjon

Bernler et al., referert i Hummelvoll (2012) sier at «relasjonen bærer hjelpen», men også at «relasjonen er hjelpen». Hjelparbeid består av et materielt innhold hvor man formidler konkret hjelp enten gjennom samtaler, ved å bistå i hverdagslige gjøremål, eller ulike former for psykologisk eller medisinsk behandling. I psykisk helsearbeid kan hjelparbeidet være selve relasjonen (Hummelvoll, 2012). Det er derfor viktig at relasjonen er god, som en *bærende relasjon* slik Saxon & Bernstrøm referert i Hummelvoll (2012) beskriver. En slik relasjon er preget av nærhet, kontakt, ansvar og kontinuitet. Pasienter som sliter med psykiske lidelser kan man oppleve som avvisende i forhold til å etablere kontakt og nærhet til. Det er derfor viktig at hjelperen som skal inngå i relasjon med pasienten viser tålmodighet og søker kontakt igjen og igjen. Empatisk evne og forståelse er også et viktig element for en langsiktig bærende relasjon (Hummelvoll, 2012).

Den gode hjelpende relasjon kan stimulere håp og mot hos pasienten og er derfor viktig for bedringsprosessen (Hummelvoll, 2012). En langsiktig og holdbar relasjon kjennetegnes av trygghet og ikke minst tillit. I en tillitsfull relasjon viser en både sterke og svake sider med forbehold om at dette ikke utleveres av tillitsmottakeren. Dette indikerer på at man i en viss grad overgir seg selv til den andre (Hummelvoll, 2012). Tillit fører til at man utdyper relasjonen som gir en følelse av at man betyr noe for hverandre. Det er tydelig at en tillitsfull relasjon går begge veier. Det betyr at tillit er gjensidig i den form at tilliten ikke bare går en vei. Dersom tilliten bare går en vei vil ikke relasjonen fungere over lengre tid (Hummelvoll, 2012). Det er derfor viktig at hjelperen gir noe av seg selv og ikke bare forventer at pasienten skal utlevere seg selv uten å få noen innspill tilbake. Det er ofte tillit som oppretter relasjonen mellom pasient og hjelper, og vil bidra til at hjelperen får handlingsrom (Grimen, 2009).

I en relasjonell modell innen psykisk helsearbeid vil relasjonen oppfattes som det sentrale for utvikling og bedring av de psykiske lidelsene. I Følge Vatne (2006) vil en hjelper som arbeider ut i fra et relasjonelt perspektiv ha fokus på hvordan man kan forstå pasientens atferd i samspill med seg selv og andre, og hvordan hjelperen gjennom denne relasjonen skaper lindring av lidelse og opplevd bedring for pasienten. Det relasjonelle perspektivet sies derfor å

stå i motsetning til avviksperspektivet. Her forstås avviket som enten egenskaper eller sykdom hos pasienten (Vatne, 2006).

4.3.2 Subjekt – subjekt

Objektrelasjonsteorien viser hvordan vi gjennom relasjoner som vi har med nære omsorgspersoner, som først og fremst vil være mor, gradvis utvikler vårt eget jeg og relasjoner til andre. Dette er et nødvendig fundament for senere psykologisk utvikling og vekst (Evang, ref. i Strand, 1990).

I menneskelige relasjoner vil vi føle oss enten som objekt eller som subjekt (Buber, ref. i Bøe & Thomassen, 2007). Tilsvarende vil vi betrakte relasjonspartneren som objekt eller subjekt. Dette avspeiler kvaliteten ved relasjonen. Jeg – du (subjekt – subjekt – relasjon) og jeg – det (subjekt – objekt – relasjon) er to forskjellige relasjonstilnærminger (Sollesnes, 2008).

I en behandlingsrelasjon synes det å være en hovedsak å oppnå gjensidighet, altså oppnå en subjekt – subjekt – relasjon mellom pasienten og hjelperen. Etablering av subjekt – subjekt – relasjon er grunnleggende for å bygge opp selvfølelsen til pasientene (Vatne, 2006).

Motsetningen av dette er subjekt – objekt – relasjon. I psykisk helsearbeid er det tilsynelatende en tendens for hjelperne å etablere en subjekt – objekt – relasjon til pasientene. Dette kan forekomme ubevisst fra hjelpernes side og ha sammenheng med at denne typen relasjon er dypt nedfelt i vår vestlige kultur. Objekter karakteriseres ut i fra at man kan studere det utenfra ved for eksempel å måle, beskrive eller veie det. Diagnosesetting er et eksempel på at man behandler pasienten som et objekt og vil innebære et utvendig forhold til pasienten. Å stille diagnoser medfører lite fokus på de indre opplevelsene til pasienten og kan resultere i at pasienten føler seg overstyrt (Vatne, 2006).

Schibbye referert i Vatne (2006) forklarer et subjekt – objekt – syn som et mekanisk syn på en relasjon. Dette synet er basert på antagelser om at mennesket må kontrolleres utenfra og disiplineres inn i de normene som er sosialt akseptert. Oppfatningen av en slik relasjon er at de to separate individene påvirker hverandre utenfra. Personen dannes og utvikles gjennom ytre påvirkning. Denne påstanden skjuler oppfatningen om å få andre mennesker til å tenke, føle og handle ut i fra hva hjelperen mener er riktig. Hjelperen er da subjektet som handler og

vet mens pasienten er objektet som svarer subjektet på en passiv måte (Schibbye, ref. i Vatne, 2006).

Som en kontrast til dette synet beskriver Schibbye referert i Vatne (2006) hva slags antakelser som ligger i et subjekt – subjekt – syn. Her handler det om at mennesker har sin egen indre opplevelsesverden med tanker, følelser og meninger. Det sentrale er å gi den andre evnen og retten til å ha egne oppfatninger av forskjellige situasjoner og relasjoner. Mennesker forstås gjennom de relasjoner de har eller har hatt med andre. En viktig oppgave for hjelperen i en hjelperelasjon er derfor å ta hensyn til de forutsetningene man skaper for pasientene. Dersom man ikke ser hvordan man påvirker den andre vil det verken være mulig å forstå eller anerkjenne pasienten (Schibbye, ref. i Vatne, 2006).

Intersubjektivitet dreier seg om å dele sin subjektive verden og har en sentral rolle i en relasjonell modell for terapi. Et subjektivt syn fører derfor til forståelse av opplevelser istedenfor til definisjon av problemer (Schibbye, ref. i Vatne, 2006).

4.3.3 Anerkjennelse

Anerkjennelse forutsetter en subjekt-subjekt-relasjon (Vatne, 2006). Dersom du skal oppnå en virksom relasjon er gjensidighet avgjørende. Verdien likeverd er en sentral del av gjensidig anerkjennelse. Denne overordnede verdien innebærer at begge partene i en relasjon har lik rett til å ha sin egen opplevelse og at man søker kontakt og kommuniserer med hverandre som subjekter (Vatne, 2006).

Miljøterapi skaper mange mulige situasjoner i løpet av hverdagen som gir mulighet for å dele opplevelser som vil kunne medføre anerkjennelse (Vatne, 2006).

I relasjoner som er basert på omsorg vil man finne samværsmåter som er preget av gjensidig anerkjennelse som bidrar til å skape en atmosfære preget av trygghet (Schibbye, ref. i Vatne, 2006). En anerkjennende væremåte som også er en utbredt tilnærming innen miljøterapien er bekreftelse (Vatne, 2006). Bekreftelse dreier seg om å gi gyldighet til pasientens opplevelse ved for eksempel å gjøre en innsats for å forstå vansker og symptomer (Schibbye, ref. i Vatne, 2006).

Å vise omsorg ved å være tilstede samt ta imot vanskelige følelser er det hjelperen legger i betydningen bekreftelse. Lytting og oppmerksomhet er viktig ettersom det anerkjenner og

bekrefter pasientene (Vatne, 2006). Det viktigste er å bruke tid og være til stede. Anerkjennelse skapes gjennom tilstedeværelse som vil føre til ro hos pasientene. Dersom hjelperen ikke tilfredsstillende dette behovet kan utagerende og kaotiske situasjoner oppstå (Vatne, 2006).

Det som utgjør forskjellen på anerkjennelse og et avviksfokus er at det skjer en anstrengelse fra hjelperen i å få tak i hvordan verden til pasienten er fra hans eller hennes ståsted. Hjelperen vil med det ikke fremstå som en ekspert som vet alt, men heller som en avgrenset person, som tillater pasienten å være et selvstendig individ (Vatne, 2006).

Mennesker med psykiske lidelser kan ofte være fastlåste i oppfatningen av sin situasjon. Fastlåsningsen kan overføres til de relasjonen de har med andre mennesker. Filosofen Hegel hevder ifølge Schibbye, referert i Vatne (2006) at anerkjennelse kan løse opp fastlåste væremønstre. I pasientenes opplevelse av egen bedringsprosess er det viktig å ha omgivelser hvor de kan uttrykke sine psykotiske opplevelser slik at de kan bli fortrolige og etter hvert utvikle innsikt i det psykotiske innholdet. Forsøket på å forstå og utforske dette sammen med pasienten er et poeng i anerkjennende terapi (Vatne, 2006).

Vatnes (2006) oppfatning er at en anerkjennende tilnæringsmåte legger til rette for et bedre behandlingsmiljø og at det skaper en tryggere og bedre struktur for pasienten og hjelperen. Dersom anerkjennelse blir anvendt kontinuerlig i relasjonen mellom pasienten og hjelperen vil det også kunne ha en terapeutisk virkning, ettersom økt innsikt og mestring vil kunne føre til bedring (Vatne, 2006).

4.3.4 Empati

Empati er et viktig fenomen innen psykisk helsearbeid. Hummelvoll (2012) beskriver empati som den evnen en har til å kunne leve seg inn i andres følelsesliv. Det gir en forutsetning for medlidenhet som skaper engasjement for å fremme den lidende sin beste interesse (Hummelvoll, 2012).

Empati krever både nærhet og avstand. Empatibegrepet består av både et emosjonelt og et kognitivt aspekt. Empati handler ikke om å identifisere seg med pasienten ettersom man da kan bli for nær og handlingslammet. Igjen vil det ha en uheldig side dersom avstanden blir for

stor. Man har da ikke sjansen til å føle på problemene til den andre. Derfor kreves det en god balanse mellom nærhet og avstand for å ha en empatisk forståelse (Strand, 1990).

I følge Wilson & Kneisl referert i Hummelvoll (2012) handler empati om å oppfatte den andres subjektive verden mest mulig presist. Den empatiske forståelsen beskrives som en prosess med fire faser. De fire fasene består av; identifikasjon, inkorporering, gjenlyd og løsrivelse. I den første fasen, identifikasjon, prøver man bevisst å ta imot pasientens opplevelser. Deretter kjenner man på følelsene som vekkes og prøver med det å sette seg inn i pasientens sted ved bruk av inkorporering. Gjenlydsfasen består av et samspill mellom pasientens følelser som nå er internalisert i hjelperen, og de opplevelsene hjelperen har selv. Man vil her være dypt opptatt av perspektivet til pasienten, men samtidig føle seg som en selvstendig person. Løsrivelse er den siste fasen hvor hjelperen går tilbake til sin egen identitet og med det løsriver seg fra den personlige involveringen i pasienten. Man vil i denne fasen kunne benytte seg av pasientens opplevelse sammen med refleksjon og kunnskap for å kunne respondere tilbake på en nyttig måte (Hummelvoll, 2012).

4.4 Bedringsprosess

I recovery er det i følge Hummelvoll (2012) et gjennomgående budskap om at det er gode grunner til å håpe at personen skal komme tilbake til et meningsfullt liv på tross av psykisk lidelse. Recovery handler om å hente seg inn igjen eller komme seg hvor ordet bedring er brukt på norsk.

Fenomenet bedring blir brukt i forbindelse med at det har skjedd en endring eller et vendepunkt, der pasienten viser positive tegn på fremgang og kategoriseres som på bedringens vei mot full eller delvis helbredelse (Hummelvoll, 2012).

William Anthony (1993) definerer bedring på bakgrunn av intervju med pasienter om hvordan de opplevde bedringsprosessen:

Bedring (recovery) beskrives som en dypt personlig, unik prosess hvor holdninger, følelser, verdier, ferdigheter, mål og/eller roller endres. Det er en måte å leve et tilfredsstillende og deltagende liv som er fylt av håp, selv med begrensninger som er forårsaket av lidelsen. Bedring vil involvere utviklingen av den nye hensikten og meningen i ens eget liv. (Anthony, ref. i Vatne, 2006, s. 57-58).

5.0 Drøfting av problemstilling

I forhold til funn fra både teori og forskning vil jeg nå diskutere dette ut i fra de to underspørsmålene jeg har formulert, for å kunne utarbeide et svar på problemstillingen min som er; *hvilke betydning har relasjonen mellom pasient og hjelper for bedringsprosessen til personer med schizofreni?*

Jeg vil i tillegg drøfte de spesifikke utfordringene som følger med diagnosen schizofreni. Grunnen til at jeg velger å ta med utfordringer som kan oppstå i møte med schizofrene er fordi det kan utgjøre en avgjørende faktor i hvordan det er å være i et samspill med dem. Etter å ha lagt frem forskningsresultat fra forskningen jeg har valgt samt diskutert dette opp mot min problemstilling vil jeg avslutningsvis presentere eventuelle svar i en oppsummering.

5.1 Hvorfor kan relasjon ha en terapeutisk effekt?

«What was helpful in your process of recovery?» Dette var det første spørsmålet informantene i undersøkelsen til Borg & Kristiansen (2004) ble spurt om.

Flere av informantene pekte ut jevnlig kontakt og samarbeid med støttende hjelpere som avgjørende for deres bedringsprosess. Selv om måten pasienten og hjelperne samarbeidet på hadde stor variasjon, var elementene i relasjonen de samme, og beskrevet som virkelig terapeutisk. Relasjonen skulle da inneholde elementer som gjorde relasjonen unik, dynamisk, altså tilpassningsdyktig, og motstandsdyktig (Borg & Kristiansen, 2004). Gjennom historiene til disse informantene fremhevet de viktigheten av å bli sett. Men hva innebærer egentlig å *bli sett*?

Kogstad et al. referert i Hummelvoll (2012) gjennomførte i 2011 en kvalitativ undersøkelse basert på historiene til 347 medlemmer av Mental Helse. Historiene gikk ut på å beskrive et positivt møte med en hjelper som hadde utgjort et vendepunkt for dem i livet. Det som var avgjørende for vendingen var å oppleve støtte i møte med tillitvekkende personer som bidro til en avgjørende forandringsprosess. Hjelperne viste forståelse og hadde en empatisk omsorgsholdning som skapte tillit. Dialog og gode menneskelige møter var avgjørende for disse menneskene.

Små handlinger og ofte bare små ord som viser interesse og gir følelsen av at pasienten betyr noe og at hjelperen bryr seg viser seg å ha en positiv verdi for personer som sliter i hverdagen. Når fokuset faller på pasienten og relasjonen imellom dem, slik at mangfoldet av personlige opplevelser kan uttrykkes, bli forstått og verdsatt, først da kan man begynne å undersøke hva betydningen av det «hjelpsomme» i relasjonen er (Borg & Kristiansen, 2004).

Hva informantene anså som mest hjelpsomt i deres behandlingsrelasjon var faktorer som empati, respekt, og en *person til person* investering (Borg & Kristiansen, 2004). En av informantene utpekte empati og respekt som viktigere enn intellektuell forståelse i prosessen for å etablere et grunnlag for en terapeutisk relasjon som var virkningsfull.

Det hjelperen kan bidra med i møte i følge Beneditti vil være å rette oppmerksomheten ikke bare mot det som *er* i den psykotiske, men også mot det som vil kunne *bli til* i ham. Videre må det som skjer i møte ha en betydning for pasienten ettersom det skal lage grunnlag for flere møter. Det avhenger da på hjelperens evne til å aktivere håp hos pasienten (Strand, 1990).

I det terapeutiske samarbeidet handler det om å få etablert den riktige avstand mellom partene. Dette kan være vanskelig ettersom mange schizofrene er oppfostret av foreldre som svingte mellom uoppmerksom tilbaketrasket og påtrengende herskesyke (Lidz, ref. i Strand, 1990). Skaden dette trolig vil påføre evnen til relasjonsbygging for disse pasientene vil være en utfordring for hjelper.

Ettersom schizofrene ofte har mistillit til omverden er det lite trolig at man kan oppnå allianse med disse pasientene uten å tilby kontakt og regelmessighet. Kontinuitet og regelmessighet er selve rammen for at pasient-hjelper forholdet skal etableres og utvikles. En begynnende allianse må oppnås for og i det hele tatt «komme til» pasienten og deretter kunne tilby ham noe (Strand, 1990). Dette er en utfordring med tanke på at schizofrene ofte har vokst opp med en påfallende mangel på kontinuitet og derfor lukket seg i en slags selvforsvar (Cullberg, ref. i Strand, 1990). Hjelperen må derfor klare å bevise gjennom handling at tilbudet «holder vann», utvise en tålmodig ikke-krenkende utholdenhet samt møte opp og være tilgjengelig for pasienten igjen og igjen (Strand, 1990).

I teorien som jeg har presentert ovenfor kan det i følge Beneditti være en utfordring for hjelper å møte og ta kontakt med schizofrene pasienter. Ettersom de både kan ønske og frykte kontakt på samme tid er det avgjørende at hjelper bruker sin kompetanse i *hvordan* å møte

pasienten. Det er viktig at hjelperen viser egenskaper som vil kunne hjelpe pasienten til å gå med på et møte som igjen vil kunne lage grunnlag for flere møter. Etter hvert med mål om å gjøre møtene terapeutisk og dermed hjelpe pasienten mot større grad av samling, mestring og helhet (Strand, 1990).

Det å ha en lyttende og anerkjennende holdning, vise at man er tilgjengelig og til å stole på, møte pasienten med en empatisk forståelse og en tillitsfull tro på hans muligheter for mestring, er alle elementer i en virksom relasjon som kommer tydelig frem av både teori og forskning. Men, hvordan skal hjelperen klare å utvise alle disse elementene, sette pasienten i fokus, se pasientens styrke og sørge for deltagelse når samspillet er så vanskelig? Ettersom at oppfatningene og reaksjonene deres kan være så ubegripelig, samt at ambivalensen fører til at man ikke kommer noen steder. Samtaler med bruk av ord med gode betydninger kan mistolkes og plutselig smeller det til. Hvordan skal man klare å stå i dette og til og med være, deriblant empatisk?

Her kommer tålmodigheten inn og hjelperen settes på prøve. Det er da viktig å tenke på at for pasienten er opplevelsene hans virkelig, og vi må som profesjonelle klare å stå i dette med fokus på personen bak sykdommen.

Det er mange utfordringer som møter hjelpere i krevende arbeid med mennesker. Det handler om å være bevisst de utfordringene schizofreni bærer med seg og være forberedt på hva dette kan innebære. Å vise at du tross alt står i motgangen med pasienten og igjen og igjen er tilgjengelig vil pasienten muligens klare å skape tillit og tro på at du faktisk ønsker han godt selv hvor stor mistilliten i utgangspunktet er. Det handler om å arbeide målrettet og utholdende, samtidig som man er fleksibel.

Ettersom det alltid vil være sider ved den psykotiske som er lite regrediert er det viktig at hjelperen bruker dette som inngangsport for kontakt og fellesskap. Det kan være utfordrende til tider å få kontakt med disse pasientene og det er derfor avgjørende at hjelperne benytter seg av mulighetene når de først oppstår (Strand, 1990).

Vektleggingen av den medmenneskelige relasjonen er verdt å notere seg, ettersom verdien av å utvikle et terapeutisk partnerskap er karakterisert av likeverd (Borg & Kristiansen, 2004). Mennesker med alvorlig psykiske lidelser blir antatt som å ikke kunne utvikle gjensidige relasjoner med andre. Et bemerkelsesverdig aspekt er at informantene i Borg og Kristiansens

(2004) studie avslørte at det faktisk i utviklingen av den virksomme relasjonen at den essensielle endringen på vei mot bedring fremkom.

Er det mulig å finne noen fellesfaktorer av hva som oppleves som hjelpsomt og virkningsfullt på veien mot bedring? I følge informantene i Borg & Kristiansens (2004) forskningsartikkel var det tydelig at det å være bedringsorientert innebærer en reorganisering av hva å være en «profesjonell» betyr. Det kommer klart frem i denne studien at bedringsprosessen innebærer, blir forstått og omtalt som en konkret og praktisk prosess i å utvikle og opprettholde mer kontroll over eget liv.

Bedring er en aktiv prosess for det gjeldende individet, og ikke noe de profesjonelle hjelperne gjør for det passive individet. Arbeidet til hjelperne handler heller om å støtte, engasjere og oppdage individets kapasitet til bedring. Sells et al. referert i Borg & Kristiansen (2004) mener at behandlingstilbud hadde vært bedre dersom man inntok et mer person-fokus fremfor en sykdomsbasert tilnærming.

Jeg forstår det slik at i dette handler det om hvilket syn man har på pasienten. Møter man pasienten som en syk person uten egne meninger og ressurser, eller som et selvstendig menneske med innsikt og forutsetninger for mestring? Her har vi da det støttende, anerkjennende og empatiske systemet opp mot synet om kontrollsysteem med preg av makt og arroganse. Makt forstås ut i fra funnene som en del av kulturen, hvor kulturen handler om at kunnskap er makten og kontrollsysteemene hindrer pasientene i å ha innsikt i kunnskapen om schizofreni og hva som er bedringsfaktorene. Her vil pasientene ikke være deltagende i å bestemme hva som er best for han selv. Gjennom å få respekt og innflytelse anerkjennes pasienten som en selvstendig person med både viten og erfaring, og til dels derfor makt til å kunne innvirke på sitt liv. Dette kan føre til bedring.

Målet er å skape dedikerte og gjensidige relasjoner, som gir ekte og samarbeidende partnerskap. Optimisme og fokus på pasientens indre ressurser er egenskaper som er ettertraktet hos hjelperne. Hjelpere som i hovedsak var opptatt av mangler og symptomer medvirket til mindre håp for fremtiden hos pasientene (Borg & Kristiansen, 2004).

I en gjensidig relasjon innebærer det nettopp det faktum at pasienten sees på som et medmenneske, ikke som en syk person med en kronisk lidelse. En gjensidig relasjon mellom pasient og helper skaper et syn på pasienten som kapabel og ressursfull. Dette står i kontrast

til tradisjonell psykiatri, hvor pasienter med for eksempel schizofreni blir forstått ut i fra at den enkeltes subjektivitet og det indre liv er forstyrret (Borg & Kristiansen, 2004).

«The ability to act as holders of hope for those who cannot hold it themselves, as well as having the courage to give it back, is critical to good practice» (Glover, ref. i Borg & Kristiansen, 2004). Glover ber om at de profesjonelle hjelperne skal ta seriøst rollen de har som «holders of hope».

«He helped me to keep hope alive» er et utsagt fra den ene informanten i artikkelen til Borg & Kristiansen (2004). Her klarer hjelperen å bidra til å holde håpet i livet for pasienten, noe som har en avgjørende betydning for veien til bedring.

Funn som går igjen i en lang rekke undersøkelser (Wampold, 2001; Lambert & Barley, 2002; Horvath et al., 2011; Norcross & Wampold, 2011) er at kvaliteten på relasjonen viser å ha stor betydning, og er med det et holdepunkt for å kunne si at en god relasjon kan i seg selv være helbredende (Røkenes og Hanssen 2012).

I en videreutvikling av Lamberts (1992) funn om at det er fire faktorer som fører til bedring har Hubble, Duncan & Miller (1999) rangert og presentert hva som fungerer best i terapi. Hele tretti prosent går til relasjonelle faktorer og er derfor et sentralt element i hva som fungerer i terapi. Videre karakteriserer de hva en god hjelpende relasjon innebærer, hvor det også her viser til at empati, omsorg, aksept, gjensidighet, mestring og oppmuntring til å ta sjanser er sentrale elementer for bedringsprosessen.

Bedringsprosessen er basert på oppfatninger og egenhandlinger til pasienten, men man kommer ikke unna hvor sentral rolle behandlingsrelasjonen har. Et viktig poeng er nettopp måten en blir møtt på av de profesjonelle hjelperne (Vatne, 2006).

Uavhengig av hvilke pasienter man arbeider med vil denne en-til-en relasjonen være fundamental. Årsaken til det er at relasjonen kan redusere noe av den hjelpeløsheten, ensomheten og isolasjonen pasienten opplever (Hummelvoll, 2012). Pasienten kan utvikle mer mot, bli nysgjerrige på egne muligheter som igjen vil føre til pågangsmot for å prøve nye mestrings- eller problemløsningsstrategier (Hummelvoll, 2012). Dersom hjelper bidrar til å skape en slik atmosfære vil pasienten kunne ha bedre forutsetninger på veien mot bedring. Disse funnene bør få følger for hvorfor relasjon i behandling bør prioriteres.

5.2 Hvilke virksomme faktorer i miljøet er gunstig for bedringsprosessen til schizofrene?

Atmosfæren og miljøet på behandlingsstedet har stor påvirkningskraft. Dersom hjelperen ikke har rettet sin oppmerksomhet mot de virksomme faktorene i miljøet kan det utvikles et negativt miljø (Hummelvoll, 2012). Dette vil være ugunstig for bedringsprosessen til pasientene ettersom et gunstig miljø har betydning for nettopp denne prosessen. Hjelperne bør derfor ha i fokus å skape et miljø som gir grobunn for vekst og utvikling.

Hvilket syn hjelperne har på pasientene handler mye om holdninger i systemet, og er derfor av betydning for det som kan bli virksomme miljøfaktorer. Kulturen og behandlingsideologien har en stor påvirkning til nettopp hvilket syn hjelperne ender opp med å ha, og det er derfor noe som kan kobles både direkte til hjelperne og til systemet.

Også fysiske miljøbetingelser er av betydning for mulighetene til pasientenes bedring og for at de skal komme seg styrket ut av behandlingen (Hummelvoll, 2012). Mange psykotiske pasienter har tendenser til å være engstelige og isolere seg fra andre. Miljøutformingen i avdelingen bør derfor være lite og oversiktlig slik at trygghet lettere kan etableres. Dette vil igjen skape mulighet for at oversiktlige og gjensidige relasjoner til både medpasienter og personalet kan utvikles (Hummelvoll, 2012).

Gradvis har det vokst frem kunnskap om hvilke spesifikke betingelser ved selve miljøutformingen og holdninger hos personalet som er gunstig for bestemte pasientgrupper. Nødvendigheten av å differensiere behandlingsmiljøer har Svein Friis (1981) forsket på som kommer frem i artikkelen om hvilke postatmosfære som er terapeutisk for blant annet psykotiske pasienter.

Resultatene ved denne forskningen var at psykotiske pasienter foretrakk et miljø preget av høyt nivå av støtte, praktisk orientering, orden og organisasjon samt programklarhet, og lavt nivå av sinne og aggresjon (Friis, 1981).

Generelt er støtte en vesentlig miljøvariabel for denne sårbare gruppen. Det vil være behov for støtte spesielt etter et psykotisk sammenbrudd for å kunne komme seg på beina igjen (Strand 1990).

Praktisk orientering handler om i hvilken grad behandlingen orienterer pasientene mot å forberede seg på fremtiden. Å lære nye ting, sette seg praktiske mål som er relevante for

fremtiden er et mål som arbeides mot innen praktisk orientering (Friis, 1981). Ideen bak miljøterapien er at slik pasienten takler situasjoner i avdelingen indikerer hvordan han vil takle situasjoner ute i samfunnet ellers. Dersom funksjonsnivået bedres innenfor institusjonen vil dette kunne overføres til dagliglivet utenfor institusjonen (Strand, 1990). Praktisk orientering er selve grunnmuren for miljøterapi og er derfor en viktig miljøvariabel (Strand, 1990).

Orden og organisasjon på posten kan for eksempel være at det er ryddig, at pasientene har faste timeplaner og at personalet holder avtaler. Programklarhet dreier seg om at pasientene vet hva de har i vente i de daglige rutineene samt at regler og prosedyrer i miljøet er klart (Friis, 1981). Hovedinnholdet innen disse tre miljøvariablene er struktur, og gjelder både den fysiske og sosiale utformingen av miljøet (Strand 1990).

Erfaringer viser at et mottakende, varmt og aksepterende personale er best for disse pasientene. For å unngå mest mulig sinne og aggresjon bør personalet utstråle trygghet, være samkjørt og faglig reflektert og ikke minst være nok av dem. Da har de størst mulighet til å kunne takle eller unngå situasjoner som kan føre til sinne og aggresjon. De vil da være bedre rustet til å ivareta pasienten dersom et aggresjonsutbrudd skulle komme (Strand, 1990).

Små psykoseposter viser seg å ligge nærmere det idealet miljøet for psykotiske pasienter (Friis, 1981). Denne sammenhengen er antagelig på grunn av at små poster er lettere å strukturere. Postene blir da mer oversiktlig noe som fører til at det blir lettere å knytte mellommenneskelige kontakter. Etersom psykotiske pasienter bruker jevnt over mye lengre tid på å etablere kontakter og grunnet deres sterkt svekkede jeg-funksjon er dette særlig viktig å legge til rette for (Friis, 1981).

Der miljøatmosfæren var preget av de rette miljøvariablene viste det seg at det ikke bare var hva de foretrakk men også hva pasientene hadde best nytte av (Friis, 1981). Personalet som jobber i slike poster har erfart at det helt tydelig kommer pasientene til gode dersom miljøet er omstrukturert etter prinsippene til Friis (Strand, 1990).

Viktigheten her er da å ha et miljø preget av gode strukturer og støttende relasjoner. Atmosfæren som er i behandlingsmiljøet anses å ha en sentral betydning for behandlingsresultatet (Friis, 1981).

Det kommer frem av Friis sin forskning hva som er et terapeutisk miljø for denne pasientgruppen. Hjelperne må ha omsorg og en empatisk forståelse for pasientens umodne

sider, og bli tatt på alvor og ha respekt for de modne sidene. Å appellere til de modne sidene bør prege samværet. Samarbeidet mellom hjelper og pasient bør ha en praktisk orientering slik at det som arbeides med på behandlingsstedet får betydning for en selvstendig fungering utenfor behandlingsstedet (Hummelvoll, 2012).

Friis mener det bør være et mål å skape behandlingsmiljø så støttende, stabile og trygge slik at behovet for psykofarmaka kan reduseres (Vaglum, ref. i Strand, 1990). Haugsgjerd referert i Strand (1990) konkluderer med at medisinerer av psykotiske pasienter ofte er en nødvendighet, men det bør ikke erstatte miljøterapi.

Det er klart at medikamenter har sin sentrale rolle i behandlingen for mange av disse pasientene, og tanken er nok ikke at miljøterapi og det som hører med innenfor den type behandling skal erstatte nødvendig bruk av psykofarmaka. Budskapet er at dersom man kan optimalisere behandlingen ved bruk av virksomme elementer i miljøet bør dette være et mål å sikte etter.

5.3 Oppsummering av funn

I drøftingen har jeg diskutert de to underspørsmålene mine slik at jeg ut i fra funnene kunne finne svar på problemstillingen min. I det første underspørsmålet; «Hvorfor kan relasjon ha en terapeutisk effekt?» har jeg hovedsakelig benyttet meg av Borg & Kristiansen (2004) og Hubble et al., (2010) sine funn for å besvare dette. Relasjonen kan ha en terapeutisk effekt dersom relasjonen gjøres terapeutisk gjennom de virksomme elementene i funnene og det tyder på at dette har betydning og effekt for bedringsprosessen. Borg & Kristiansen (2004) fant i sin studie ut hva brukerne verdsette ved den hjelpende relasjonen. Det var at de profesjonelle formidlet håp, delte makten, var tilgjengelig og åpen for det pasientene mente var nyttig og hjelpsomt, altså å tøyne grensene og yte det lille ekstra. Det å få frem stemmen til pasienten slik at pasienten følte seg sett og hørt var essensielt. Gjennom elementer som tillit, empati, anerkjennelse og kontinuitet klarte hjelperne å skape trygghet og stabilitet slik at en gjensidig relasjon i form av å være subjekter for hverandre ble skapt.

Ut i fra Hubble et al., (2010) sin forskning har prosedyrer og metoder eller annen instrumentell behandling faktisk ikke samme betydning som det relasjonelle. Hele tretti prosent av hva som gir tilfriskning går direkte til relasjonen mellom hjelper og pasient.

Det andre underspørsmålet; «Hvilke virksomme faktorer i miljøet er gunstig for bedringsprosessen til schizofrene?» er drøftet ut i fra Friis (1981) sine funn. Miljøterapi og ved bruk av de hensiktsmessige miljøvariabler som for denne gruppen er et miljø preget av høyt nivå av støtte, praktisk orientering, orden og organisasjon, programklarhet og lavt nivå av sinne og aggresjon, er å betrakte som gunstig for schizofrene når det kommer til utfallet i behandlingen.

For forbedringsprosessen har det stor betydning at man har en spesiell kunnskap om schizofreni, hvor kunnskapen må komme relasjonen mellom hjelper og pasient til gode på alle mulige måter. Det innebærer å ha et fokus på de viktige elementene i relasjon i forhold til de med schizofreni og utfordringene det bærer med seg. Et syn der man har tro på mennesket, at de kan forstå og forandre noe med seg selv er essensielt. Hvis behandlingsposten også har dette synet sier det noe om posten sine holdninger og verdier. Da klarer man å legge til rette for medmenneskelighet, gjensidighet hvor partene i relasjonen betrakter hverandre som subjekter og en empatisk forståelse samt anerkjennende og støttende verdier. Dersom man klarer å oppnå dette vil pasienten få håp og tro på seg selv til mestring og utvikling.

Problemstillingen i oppgaven; «*Hvilke betydning har relasjonen mellom pasient og hjelper for bedringsprosessen til personer med schizofreni?*» har gjennom drøfting av funn blitt besvart, hvor det tyder på at betydningsfulle relasjoner kan vise seg å være virksomme for bedringsprosessen til personer med schizofreni, og at det er miljø- og relasjonelle faktorer som bør være i fokus.

6.0 Avslutning

Jeg har tatt for meg i hvilken grad miljø- og relasjonelle faktorer er av betydning for bedringsprosessen til personer med schizofreni. Tanken var at dersom dette kunne bidra til å optimalisere behandlingsforløpet til denne pasientgruppen burde det prioriteres. Jeg utarbeidet en problemstilling og to underspørsmål for å få svar på problemstillingen.

Måten jeg har gått frem er ved å benytte meg av metoden litteraturstudie, hvor jeg samlet inn forskning, empiri og litteratur som skulle være kunnskapsgrunnlaget for oppgaven.

Datamaterialet brukte jeg for å diskutere problemstillingen min for å få svar på denne.

Avslutningsvis i drøftingen oppsummerte jeg funnene og svarene jeg gjorde meg i drøftingen.

7.0 Litteraturliste

- Bendiksen, R. S., Friis, S., & Røssberg, J. I. (2013). *Miljøtiltak ga bedre atmosfære på DPS*, 101(10), 52-55.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Duncan, B., Miller, S., Wampold, B., & Hubble, M. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friis, S. (1981). Hva slags postatmosfære er terapeutisk for psykotiske og for ikke-psykotiske pasienter? Om nødvendigheten av å differensiere behandlingsmiljøer. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 101(14), 848-852.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Linde, S., & Nordlund, I. (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sollesnes, T. (2008). *Problematferd i et relasjonelt perspektiv*. Bergen: Caspar.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.