



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Hvordan kan fysisk aktivitet være et bidrag til mestring, selvaktelse og bedring for mennesker med schizofrenidiagnose?**

Siri Engmark Neerland

Totalt antall sider inkludert forsiden: 45

Molde, 27.05.10



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Hvordan kan fysisk aktivitet være et bidrag til mestring, selvaktelse og bedring for mennesker med schizofrenidiagnose?**

**Tittel på engelsk: How can physical activity be a contribution to coping, self-respect and recovery for people with schizophrenia diagnosis?**

**Forfatter(e): Siri Engmark Neerland**

**Fagkode: VPL05**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Hans Petter Iversen**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja  nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja  nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 27.05.10**

**Antall ord:** 11928

## **Forord**

### **Da beina kom hjem**

Før – var beina mine to fremmede,  
som tunge stokker sugd fast i myra.  
Jeg deltok ikke og følte meg utenfor.  
Verdiløs – på siden av livet og meg selv.

Nå – er de blitt mine venner.  
Jeg har invitert dem hjem til meg.  
De har blitt mine egne og er en del av meg.  
Sterke har de blitt,  
og nå bærer de meg ut i verden.

S. Neerland

# Innhold

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling .....	1
1.2 Begrunnelse/bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	1
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling .....	3
1.4 Oppgavens oppbygning .....	4
1.4.1 Begrepsavklaringer .....	4
1.4.2 Forforståelse .....	4
1.4.3 Teoretisk og faglig plattform .....	5
<b>2. Metode</b> .....	<b>6</b>
2.1 Litteraturstudie som metode .....	6
2.2 Databasen, søkerord og presentasjon av litteratur .....	6
2.3 Kildekritikk .....	7
<b>3. Teori</b> .....	<b>9</b>
3.1 Ulike teoretiske perspektiver .....	9
3.2 Schizofreni .....	10
3.3 Fysisk aktivitet og kropp .....	13
3.4 Opplevelse av selvet .....	15
3.5 Selvaktelse .....	16
3.6 Salutogenese .....	18
<b>4. Drøfting</b> .....	<b>20</b>
4.1 Blir mennesker med schizofrenidiagnose bedre? .....	20
4.2 Hvordan virker fysisk aktivitet på mennesker med schizofrenidiagnose? .....	25
4.3 Hvordan kan fysisk aktivitet gi mestring? .....	27
4.4 Hvordan kan mennesker med schizofrenidiagnose, oppnå selvaktelse ved hjelp av fysisk aktivitet? .....	30
4.5 Hvordan kan hjelper gi et positiv bidrag i utøvelsen av fysisk aktivitet? .....	31
4.5.1 Kognitiv terapi .....	32
4.5.2 Endringsfokusert rådgiving .....	33
4.5.3 Motivasjon og integrering av fysisk aktivitet .....	34
<b>5. Oppsummering og konklusjon</b> .....	<b>36</b>

# 1 Innledning

Det er mange faktorer som påvirker helsa vår, og fysisk aktivitet er en av disse. I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på noen av helseeffektene som fysisk aktivitet kan gi, men som ikke har så mye fokus. Jeg vil se om fysisk aktivitet kan gi effekter som mestring, økt selvtillit og bedring. Jeg søker også svar på om, og hvordan, fysisk aktivitet kan benyttes som en selvhjelpsvirksomhet i en bedringsprosess. Min antakelse er at det ligger et ubrukt potensial i bruk av fysisk aktivitet for å oppnå bedre helse, og dette potensialet ønsker jeg å utforske nærmere i denne oppgaven.

## ***1.1 Presentasjon av tema og problemstilling***

Tema for denne oppgaven er fysisk aktivitet for mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse. Mange som har en alvorlig psykisk lidelse kan ha lav selvtillit, deriblant dem som har diagnosen schizofreni. Ved høy selvtillit respekterer vi oss selv som verdifulle mennesker sier livsfilosof Haldor Skard (2004). Dette tenker jeg er essensen i å ha et godt liv. Det motsatte er lav selvtillit, som gir et vanskeligere utgangspunkt for mestring og livsutfoldelse. Jeg ønsker i denne oppgaven å se nærmere på begrepet mestring og selvtillit, og finne ut om disse verdiene kan oppnås gjennom fysisk aktivitet.

Problemstillingen på oppgaven blir derfor:

**”Hvordan kan fysisk aktivitet være et bidrag til mestring, selvtillit og bedring for mennesker med schizofrenidiagnose?”.**

For å svare på problemstillingen, vil jeg ta for meg teori om schizofreni, fysisk aktivitet, salutogenese/mestring, selvtillit og bedring. Deretter vil jeg se på en del underspørsmål, som jeg kommer tilbake til under drøftingen.

## ***1.2 Begrunnelse/bakgrunn for valg av tema og problemstilling***

Før jeg startet på vernepleieutdannelsen var min yrkesrolle å aktivisere og legge til rette for at mennesker på en institusjon skulle ha en meningsfylt hverdag. Jeg vil fortelle litt om et prosjekt vi gjennomførte på min tidligere arbeidsplass. Jeg arbeidet på en avdeling med

ungdom som hadde alvorlige psykiske lidelser. Alle brukte medisiner som gjorde at de ble tiltaksløse og mange fikk god matlyst. Dette førte til at de fort økte i vekt og det ble enda tyngre å bevege seg. Når mennesker er inaktive og spiser mye, blir helsen svekket og de er veldig utsatt for å få livsstilssykdommer, slik som resten av befolkningen. Men slik jeg så det var disse menneskene spesielt utsatt. Det som gjorde det enda vanskeligere for meg, var å tenke på at de var på et sykehus for å bli friske av en sykdom, og slik jeg så det ble de påført en annen sykdom. Prosjektet vi fikk i gang, gikk ut på å legge til rette for at ungdommene kunne bedre sin fysiske helse.

Denne erfaringen fikk meg til å stille særlig to spørsmål. For det første: Er det ikke etisk betenkelig at vi ved medisinerer påfører pasienten helseplager, uten å sette inn en aktiv strategi for å forebygge bivirkninger? Og for det andre skapte erfaringene en motivasjon til å finne ut mer om: Hvilke muligheter ligger i bruk av fysisk aktivitet, for å skape mestring, selvaktelse og bedring? Det første spørsmålet vil jeg la ligge i denne oppgaven, men det andre vil jeg forsøke å finne svar på.

Jeg var på et foredrag ved livsfilosof Haldor Skard. Han var opptatt av bevegelse og selvaktelse. Han mente at det er viktig at mennesker har en indre følelse av verdi. Jeg ble da opptatt av hvordan fysisk aktivitet kunne gi denne indre følelsen, som kunne føre til selvaktelse. Mennesker med schizofrenidiagnose har ofte sterkt og vedvarende forstyrret selvopplevelse, selvbevissthet og lav selvaktelse. Derfor ønsker jeg å se om fysisk aktivitet kan være en virksomhet som høyner selvaktelsen for mennesker som har fått denne diagnosen.

Vernepleieren arbeider med mennesker som har behov for hjelp og støtte i dagliglivets utfordringer. Det handler om å skape og vedlikeholde relasjoner som er støttende, utfordrende og veiledende. Vi må derfor ha innsikt i funksjonsnedsettelse og funksjonshemninger, sosiale prosesser og samfunnsorganisering. Vernepleieren skal tilrettelegge miljøet slik at personens individuelle forutsetninger, ønsker og interesser blir ivarettatt, og på en slik måte yte tilpasset hjelp (Folkestad 2009:58). Temaene i denne oppgaven synes jeg derfor er aktuelle temaer å arbeide med. Som vernepleier ønsker jeg å fokusere på hver enkelt sine ressurser, tilrettelegge for utvikling og forbygging av funksjonssvikt.

### ***1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling***

Mennesker som har fått en schizofrenidiagnose er svært forskjellige. De jeg er opptatt av i denne oppgaven har vært syke siden tidlig pubertet, hvor de fleste har som følge av sine symptomer vært sosialt på utsiden. Dette vanskeliggjør bedringsprosessen, og det vil derfor vanligvis ta lang tid å bli bedre eller helt bra. Johannesen (2005) sier at hos mennesker med schizofrenidiagnose kan selvoppfatningen være annerledes enn slik den vanligvis er. Jeg er opptatt av de som har det vanskelig med å ha en positiv innstilling til seg selv.

For å få et meningsfylt liv med god livskvalitet er det mange områder som jeg kunne satt fokus på i denne oppgaven. Mastekassa mfl.( 1988) sier at livskvalitet har å gjøre med menneskets subjektive opplevelse av sin situasjon, og knytter seg til ens sinnstilstand. Høy livskvalitet innebærer positiv sinnsstemning, og psykisk velvære (Espnes og Smedslund 2009:275).

I min forståelse av livskvalitet dekker salutogenese områder jeg mener er viktige. I dette begrepet ligger opplevelse av sammenheng som overordnet. Med dette menes forståelighet, håndterbarhet, mening med livet, kvaliteten på sosiale relasjoner, brukerperspektivet, og passende utfordringer i sitt daglige liv, som gir mestring.

Jeg vil i denne oppgaven ha fokus på mestringsperspektivet. Fysisk aktivitet som mestringsarena kan bli meningsfylt om vi har fokus på en god relasjon og brukerperspektivet. Dette kan gi mening i livet og kan gi en indre følelse av verdi, nemlig selvaktelse. Fysisk aktivitet kan ha mange positive helseeffekter, mange av dem er det ikke rom for å komme inn på i denne oppgaven. Jeg vil heller ikke gå inn på forskjellige former for fysiske aktiviteter, fordi her må hver enkelt bruker finne det som er meningsfullt for dem.

Ved bedring mener jeg å ha kontroll over livet sitt, og ikke gi seg. Jeg vil avgrense slik Topor (2006) sier: Bedring er en prosess, hvor brukeren mestrer utfordringer med de eventuelle funksjonsbegrensninger han har. For å komme seg gjennom en alvorlig psykisk lidelse handler det om utvikling over tid, alene og ved hjelp av andre.

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

### **1.4.1 Begrepsavklaringer**

I denne oppgaven bruker jeg begrepet ”bruker” gjennomgående, framfor betegnelsen som klient eller pasient. Ordet bruker er vel innarbeidet i dagligtale så vel som i helsevesenet. Jeg bruker også han om brukeren. Jeg vil videre bruke begrepet hjelper framfor betegnelsen fagperson og ansatt.

Jeg bruker for det meste begrepet mennesker med schizofrenidiagnose, som er en alvorlig psykisk lidelse, og den alvorligste av psykosene. Johannesen (2005) sier at det sentrale symptomet ved alle psykoselidelsene er redusert evne til å skille ”selv” og omgivelsene. Schizofrenidiagnosen karakteriseres i tillegg av forvridde måter å tolke verden på, ved vrangforestillinger, tankemønstre og sanseopplevelser. Selvoppfatningen kan være annerledes enn slik den vanligvis er.

Jeg vil bruke bedring istedenfor helbredelse eller rehabilitering. Bedring er et resultat av hva brukeren gjør selv, men ofte med hjelp av andre. Topor (2006) sier; for mange handler bedring om å finne seg selv, man behøver ikke være symptomfri, men brukeren blir herre over ulike funksjoner.

Fysisk aktivitet definerer jeg på samme måte som Helse- og omsorgsdepartementet. ”Fysisk aktivitet er all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå, for eksempel mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, arbeid, idrett med mer” (Handlingsplan for fysisk aktivitet 2004).

### **1.4.2 Forforståelse**

Min for- forståelse til fysisk aktivitet er at kroppen er skapt for bevegelse, og at alle bør utføre en form for bevegelse for å ha god helse og livskvalitet.

For å få frem et bedre totalt bilde av situasjonen må jeg vær bevisst mine grunnleggende oppfatninger. Jeg har et mer eller mindre bevisst menneskesyn som styrer mitt fokus. Dette påvirker min opplevelse av personene jeg møter og tolkningen av hva jeg leser. Det vil si at jeg kan være preget av antagelser og teorier jeg ikke har et tydelig forhold til.



Når jeg møter mennesker og leser litteratur har jeg på meg ”mine briller”. Jeg ser verden ut fra min for- forståelse. Jeg kan ha ferdig fortolket på forhånd situasjoner og tanker, ferdig til bruk i konkrete situasjoner. Garsjø (2001:29) sier det er kunnskap og erfaringer som vi bærer i oss uten å stille spørsmål ved det.

### **1.4.3 Teoretisk og faglig plattform**

Jeg ønsker å ha en humanistisk tilnærming til bruker, for på den måten å møte hele mennesket hvor jeg er opptatt av menneskets opplevelse av mening, og dets ressurser som utgangspunkt for samarbeidet. Jeg forsøker å legge til grunn at hvert enkelt menneske er unikt, hvor det dreier seg om her og nå, med en kropp i en økologisk sammenheng.

Ved bruk av fysisk aktivitet ønsker jeg å kunne påvirke den konservative positivistiske tenkningen i psykiatrien med biologisk- medisinsk tenkning, til å ha fokus på mestring.

Som yrkesutøvere kan vi ha forskjellige utgangspunkt for å se og forstå en situasjon, ut fra vår utdanningsfaglige bakgrunn. Legene kan ofte se ut fra en medisinsk- biologisk metode, psykologene ut fra en psykodynamisk, og helsearbeidere kan se det ut fra en humanistisk eller systemteoretisk metode. Alle disse perspektivene utfyller hverandre. Haugsgjerd mfl. (2009) sier at fagkunnskapen i psykisk lidelse er knyttet til samfunnet og tiden vi lever i. Psykisk helsevern er derfor stadig i forandring, og disse fire perspektivene er nå i ferd med å kombineres. Det er derfor viktig at jeg som hjelper ser på min fagbakgrunn som et utgangspunkt, for deretter å gjøre mine erfaringer for videre utvikling. Jeg ønsker å tilnærme meg mennesker helhetlig, og nærme meg problemstillingen på ulike måter for å se situasjoner ut fra ulike perspektiv.

Jeg ønsker i tilretteleggingene av fysisk aktivitet å ha en kognitiv tilnærming for at brukeren skal få positive tankemønstre. I tillegg til hjelpers kognitive tilnærming, antar jeg at fysisk aktivitet kan påvirke tankene kognitivt gjennom mestringsopplevelser, på en slik måte at bruker tolker situasjonen med nye positive tanker som kan føre til selvaktelse. Dette er avhengig av brukeren, og at det er han som må ville at dette skal skje.

## **2. Metode**

En metode er i følge Aubert (1985) ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dallan 2007:81).

### ***2.1 Litteraturstudie som metode***

Jeg har valgt litteraturstudie som metode for å belyse og drøfte oppgavens problemstillinger. Metoden jeg har valgt mener jeg vil gi meg gode data og belyse problemstillingen fra mange fagområder. Det har vært vanskelig å velge ut litteraturen, fordi det finnes mye litteratur om alle temaene schizofreni, fysisk aktivitet og selvaktelse. Jeg har valgt å ha fokus på mestring og bedring rundt disse temaene. Litteraturstudie vil si en systematisk gjennomgang av litteratur rundt en valgt problemstilling. Dalland (2007) sier at det er derfor viktig å være kritisk ved valg av kilder. For at jeg kritisk skulle ha gått gjennom all teori om emnet, måtte jeg brukt mer tid. Jeg har allikevel forsøkt kommet frem til en sammenfatning ut fra den litteratur, jeg har lest. Litteraturen som har dannet grunnlag for min drøfting av problemstillingen, har jeg forsøkt å finne fra forskjellige perspektiv for å få et helhetlig bilde, men tilgangen er så stor at det er vanskelig å ha full oversikt. Jeg har valgt litteraturstudie som metode for oppgaven, først og fremst fordi jeg var nysgjerrig på hva som var skrevet om temaene.

### ***2.2 Databasen, søkerord og presentasjon av litteratur***

For å finne relevant teori har jeg søkt i bibliotekbasen på Bibsys ask ved høgskolen sin hjemmeside. Jeg brukte søkerordene schizofreni, psykisk, fysisk, mestring, psykose, aktivitet, fysisk aktivitet, selvaktelse, helse, og bevegelse. Det ble mye å velge i, og jeg startet ganske tilfeldig med noen bøker. Etter hvert som jeg kom inn i temaene, ble jeg oppmerksom på stadig nye aspekter i min problemstilling. Martinsen (2004) var et viktig utgangspunkt, fordi jeg tidligere hadde lest hans bok, og mange sier han er en guru innen psykisk helse og fysisk aktivitet. Bøker om schizofrenidiagnose valgte jeg ut fra to hensyn: En bok med sterk faglig dybde med flere forfattere, og en bok tilegnet brukere som ga en praktisk vinkling. Martinsen fikk meg interessert i begrepet salutogenese. Dette begrepet, skapt av Antonovsky (2002) har fokuset på mestring og optimisme. Salutogenese satte meg på sporet av Langeland (2006) som har skrevet mer om Antonovsky tanker. Topor og

hans begrep om bedring ble en følge av Antonovskys vektlegging av mestringsevnen i historien, og optimisme. Jeg var interessert i kognitiv tilnærming, fordi jeg hadde en antagelse av at man kan forandre negative tanker til positive. Derfor ble jeg også interessert i endringsfokuset rådgivning. Jeg har også funnet nyttig informasjon om selvaktelse på nettet fra en filosofisk doktorgrad, og en litteraturstudie om fysisk aktivitet som behandling ved schizofrenidiagnose, og videre offentlige dokumenter som omtaler emnet.

Jeg har også vært på foredrag med Halldor Skard og fått derfor interesse for hans litteratur, særlig rundt selvaktelse. Jeg har lest litteratur om anerkjennende kommunikasjon i relasjoner og jeg har brukt forfattere jeg tidligere har vært nysgjerrig på, men ikke har hatt anledning til å lese, slik som Schibbye og Topor. Av Topor fikk jeg mange nye viktige tanker, og mye av oppgaven ble skrevet om. Noe av litteraturen er sekundærkilder, hvor forfatteren av boka har brukt denne for å belyse et tema. Da står bokas forfatter i parentes under. For å prøve å sette meg inn i hvilke perspektiver forfatterne har skrevet ut fra, har jeg brukt blant annet Haugsgjerd mfl. Pensumlitteratur har jeg også med i tillegg til offentlige publikasjoner.

### **2.3 Kildekritikk**

Hva jeg skal studere, hvilke spørsmål jeg vil stille, og hvilke regler jeg vil overholde ved tolkningen av denne oppgaven, er bestemt av hvilke sider jeg belyser spørsmålene fra. I en bacheloroppgave er det viktig at validitet (gyldighet) og reliabilitet (nøyaktighet) er mest mulig til stede. Jeg har brukt litteratur som er forskningsbasert, og/eller hvor forfattere er anerkjente fagpersoner. Litteraturen har belyst temaene fra ulike perspektiver, og dette har jeg forsøkt å systematisere. Det meste av litteraturen er fra 2004 og nyere, og kan derfor regnes som valid. Når jeg studerte disse teoriene kunne jeg valgt en positivistisk eller en hermeneutisk tilnærming. Dallan (2007) sier at i det positivistiske synet er det to kilder til kunnskap. Det vi kan observere og det vi kan regne ut med våre logiske sanser. Her er det kvantitativ tilnærming, hvor det blant annet er et jeg - det forhold. Jeg har ønsket å ha en hermeneutisk tilnærming til stoffet, som er en kvalitativ metode, med fokus på subjekt - subjekt. Aadland (2004) beskriver kvalitativ metode slik ” De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle” (Aadland 2006:72).

Jeg har hatt fokus på å se mennesket som en helhet hvor vi mennesker er kropp, istedenfor at vi har en kropp. Jeg har reflektert rundt og tolket teoriene for å forstå bedre teoriene jeg har funnet. Garsjø (2001) sier at hermeneutikken har hatt stor betydning i psykiatrien. Han sier også at man ikke kan ta ut en del av helheten og derfra beskrive det hele. Jeg har forsøkt å tolke teoriene etter den hermeneutiske sirkel, ved å veksle mellom det å se helheten samtidig som jeg studerte enkelte deler av denne for å sette dette sammen i en større sammenheng. ”Den hermeneutiske sirkel vil si at helheten ikke kan forstås uten alle sine deler til sammen, men delene kan ikke forstås hver for seg uten helheten” (Garsjø 2001:142).

Jeg ser allikevel dobbeltheten i å mene at jeg har en hermeneutisk tilnærming til stoffet, samtidig som jeg med min forforståelse lettere finner argumenter for at fysisk aktivitet kan gi bedring, enn motforestillinger. Etter hvert som jeg har arbeidet med stoffet har jeg funnet stadig ny litteratur jeg har lyst å sette meg inn i. Jeg ser også at Bibsys er begrenset og at for eksempel ikke alle tidskifter ligger der. Jeg har utviklet meg i arbeidet med denne oppgaven. Fra å være noe ukritisk til det som står i bøkene, har jeg nå blitt mer bevisst på at de skriver fra forskjellige perspektiver og fra forskjellige ståsted.

## 3. Teori

### 3.1 Ulike teoretiske perspektiver

Schibby (2009:23) sier at teorier har en utvelgerfunksjon, og leder vår oppmerksomhet *bort* fra noe så vel som *til* noe.

FO (2000) sier at ”Vernepleierens yrkesutdanning er mangfoldig. Den er basert på kunnskap fra ulike vitenskaper og utøves overfor ulike brukeregrupper på ulike arenaer” (Folkestad 2009:58).

For å få en helhet på temaene vil jeg derfor se på forskjellige innfallsvinkler som setter lys på teoriene mine. Bunkholdt (2002) sier at de viktigste innfallsvinklene er den biologiske, adferdsmessige, den psykoanalytiske, den fenomenologiske og den kognitive. Haugsgjerd mfl. (2009) deler perspektivene inn i medisinsk/ biologisk, psykiatriske, behavioristiske, psykodynamiske, humanistiske og det systemteoretiske.

**Det biologiske perspektivet** bygger på at enhver tanke og følelse har et biologisk motstykke i form av elektrisk og kjemisk aktivitet i hjernen og kroppen (Bunkholdt 2002:26).

**Psykodynamisk** konsentrerer seg om samspillet mellom mennesker, hvor konflikter i utviklingstrinn har oppstått. Selvet er et sentralt begrep, selv om subjektivitet også er sentralt i andre vitenskaper som for eksempel fenomenologien. Psykodynamisk tenkemåte er nesten overalt i psykisk helsevern, blandet med medisinsk- biologisk psykiatri, sier Haugsgjerdet mfl. (2009).

Haugsgjerd (2009:178) sier at **behaviorismen** er vitenskapen om adferd, og betviler følelsenes plass som årsak til adferd. De ønsker kontroll eller årsaksforklaring av adferden man studerer. Behavioristene sier at følelser er adferd i form av private hendelser.

Atkinsen mfl. (2000) snakker om sårbarhets-stress-modellen. Her utvikles avviket mellom disposisjon og ytre påvirkning (Bunkholdt 2002:277).

Skårderud mfl. (2010:165ff.) sier at kognitiv adferdsterapi kommer fra psykoanalysen, og i nyere versjon åpner den mer for emosjon. Fokuset er på hvordan en forholder seg til sine tanker, opplevelser og følelser. Selvaktelse er her et sentralt begrep. De sier at kognitiv tilnærming kan også plasseres i et systemteoretisk perspektiv, med psykoedukativ arbeid. Kognitiv terapi har i sin teoretiske modell vekt på avlæring av dysfunksjonelle tenkning.

Kritikken til naturvitenskaplig perspektiv kom fra et **humanistisk perspektiv**. Ut fra denne tilnærmingen forklares forskjellene i mennesker ut fra førhistorie, personlighet, omgivelser og om de får hjelp til å gjenvinne respekt. Her legges det vekt på det som kjennetegner den enkelte og det særegne i deres livssituasjon. Perspektivet fokuserer ikke på psykiske lidelser, men trekk som bidrar til forståelsen av psykisk helse. Man er opptatt av følelser, relasjoner og miljø i et subjekt - subjekt møte. Hjelper skal frigjøre og videreutvikle ressursene brukeren har.

Filosofiske retninger som hermeneutikken, fenomenologien og eksistensialismen har påvirket utviklingen til dette perspektivet. **Hermeneutikken** har fokus på sammenhengen mellom forståelse og tolkning og mellom handling og mening. **Eksistensialismen** legger vekt på at det å eksistere, betyr å tre fram og å komme til syne. Ved å velge, eller la være å velge vil man oppleve angst. Friheten ligger allikevel i å velge eller ikke velge (Haugsgjerd 2009:260ff). Det **fenomenologiske** perspektivet har fokus på menneskets subjektive opplevelse av verden, og på hvilke områder det enkelte menneske definerer som viktig for å oppleve mening (Bunkholdt 2002:28).

### **3.2 Schizofreni**

Jeg synes det er problematisk at vi setter diagnoser, fordi det kan være stigmatiserende for personene det gjelder. Jeg har i denne oppgaven allikevel valgt å se på schizofrenidiagnosen. Det kommer av at jeg ønsker å snevre inn oppgaven, og dermed ta utgangspunkt i en gruppe symptomer, istedenfor generelle psykiske lidelser. Hva som er normalt og hva som er avvik endres og utvikles ut fra hvilket perspektiv vi ser det ut fra. Selv om diagnoser kan være stigmatiserende er det ikke alltid slik. Det kan være en befrielse for både brukeren og pårørende, fordi man kan få satt navn på sine symptomer og lidelser. Diagnosen kan også utøse rettigheter og ressurser til bistand. Rettsvesenet og helse- og sosialvesenet er de som definerer vår forståelse av psykiske lidelser i dag.

Omfanget av de som får diagnosen avhenger av hvor strenge kriterier som til enhver tid legges til grunn.

Skårderud mf. (2010:317) sier at kriteriene for diagnosen schizofreni er minst to av følgende symptomer: 1. vrangforestillinger, 2. hallusinasjoner, 3. disorganisert tale, 4. grovt disorganisert atferd, 5. flat affekt, fattig språk, apati (negative symptomer).

Snoek og Engedal (2008:23ff.) skriver at psykotiske tilstander kan deles inn i schizofreni, paranoide psykoser, og akutte og forbigående psykoser. De sier videre at schizofreni er en alvorlig sykdom og den vanligste formen for psykose. Det er fare for tilbakefall og et langvarig sykdomsforløp. Sykdommen opptrer gjerne i begynnelsen av tjueårene, og kan være vanskelig å oppdage fordi symptomene til å begynne med er uspesifikke. Slik de fleste ser det i dag forklares schizofreni ut fra en stress- sårbarhetsmodell. De mener at det foreligger en medfødt sårbarhet for de som blir syke, og ved en større påkjenning kan det oppstå realitetsbrist eller andre psykotiske symptomer. Men sykdommen kan også komme snikende uten utløsende faktorer. Pasienten mangler sykdomsinnsikt. De sier videre at en diagnose er en systematisering av fellestrekk ved en diagnose, og sier ikke noe om forskjellighetene. Topor (2006:75) sier at ut fra den naturvitenskapelige modellen har diagnosen en årsak med kjennetegn, et forløp og et sluttstadium.

**Det adferds eller behavioristiske perspektivet** forklarer psykose ut fra hva personene har lært i sitt sosiale miljø. Her er det mangel på positiv forsterkning fra omgivelsene som er utslagsgivende. **Behavioristene** er opptatt av adferd, hvor følelser og tanker forklares som adferd (Haugsgjerd mfl. 2009).

Ut fra det **psykodynamiske** perspektivet, beskrevet av Freud (1920) tolkes psykosen ut fra at noen av egofunksjonene er skadet. Personen som er psykotisk er preget av svak realitetssans, og han har ikke et korrekt bilde av omverdenen. En del drifter og ønsker kan bli så truende i forhold til de sosiale krav, at de kan flyttes til det ubevisste (Bunkholdt 2002).

Rund (2005:273) sier at kognitiv svikt er et sentralt trekk ved schizofreni. Dette påvirker hvordan brukeren fungerer i dagliglivet. Han sier at de har vanskeligheter med

hukommelse, oppmerksomhet og problemløsning, som de er avhengig av for å delta sosialt, løse dagligdagse problemer og fungere i en jobb.

Gråwe (2005) sier at svekket sosial fungering er et av kjennetegnene. De har ikke lært sosiale ferdigheter på grunn av sykdomsutvikling i ungdomsårene eller de kan ha mistet dem samtidig med sykdomsutviklingen i tidlig alder. De har vanskelig for å uttrykke positive og negative følelser og de har også ofte mistet viktige milepeler i livet slik som for eksempel utdanning.

Skårderud mfl. (2010:316) sier at ytre påvirkning som traumer og negativt stress kan føre til psykoser, likeså betydning av levekår med for eksempel bruk av cannabis.

**Det humanistiske perspektiv** er i liten grad opptatt av sykdom. Når et menneske har problemer har det mistet kontakten med seg selv og det sosiale livet. Hvert menneske er unikt og lar seg ikke kategorisere. Man kan ikke skille enkeltfunksjoner som følelser, drifter og sanser uten å se dette ut fra helheten. Ved helhet menes kroppen, i en økologisk og helhetlig fremtreden, her og nå (Haugsgjerd mfl. 2009).

**Fenomenologien** ønsker å kartlegge alle særtrekk som finnes hos personenes opplevelse av seg selv og verden. Her er det forandringene i subjektiviteten og selvopplevelsen som er det grunnleggende synet på schizofreni. Verden blir uforståelig og usammenhengende. Hallusinasjoner og vrangforestillinger er sekundærprodukter av en prosess hvor personen forsøker å skape sin forståelse av seg selv og verden (Skårderud mfl. 2010:315).

En av **eksistensialistene**, Kierkegaard (1849) skrev i følge Møller at den største trusselen et menneske kan oppleve er å miste seg selv. Møller sier videre at selvet og selvbevissthet er sentrale begreper hvis vi ønsker å forstå schizofreni. Basal selvopplevelse og selvbevissthet er ofte sterkt og vedvarende forstyrret ved schizofreni (Møller 2006:71).

Skårderud mfl. (2010:15) sier at i de siste ti årene er det nye tanker rundt psykoser og psykosebehandling. Prodromaltegn og risikotilstander som sosial angst og depresjon, er i fokus for tidlig intervensjon og et bedre forløp. De sier at hallusinasjoner og vrangforestillinger er vanlig blant alle mennesker, slik at skille på mennesker med psykose og mennesker uten psykose er mer en gradforskjell.



### **3.3 Fysisk aktivitet og kropp**

Det er forskjellige måter å nærme seg fysisk aktivitet på. Regjeringen og Stortinget ser på fysisk aktivitet ut fra flere perspektiver. Et av dem er å spare penger ved hjelp av fysisk aktivitet som et forbyggende ”verktøy”.

I samhandlingsreformen (Stortingsmelding 47) står det at fokuset skal være på helsefremmende og forebyggende arbeid. Regjeringen har fullført en Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009). Her gis det en samlet oversikt over regjeringens politikk for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen. De sier at fysisk aktivitet forebygger hjerte og karsykdommer, type 2-diabetes, høgt blodtrykk, enkelte krefttyper og kognitiv funksjon. Regjeringen sier også at fysisk aktivitet gir dokumenterte positive helseeffekter fysisk, psykisk og sosialt, og reduserer sykkelighet og dødelighet generelt. Videre sier de at fysisk aktivitet som helsefremmende faktor er en ”ferskvare” som må vedlikeholdes gjennom daglig bevegelse og aktiv bruk av kroppen.

Møre og Romsdal fylkeskommune (2010) har gjennomført undersøkelser i Møre og Romsdal om fysisk aktivitet. Her svarte 97 % at de synes det er viktig med fysisk aktivitet, og 94 % er opptatt av å være i god fysisk form. Dette står i kontrast til frafallet fra organiserte aktiviteter og reduksjon av treningsmengde etter som de blir eldre. Undersøkelsen viser at pris, ”man kommer ikke i gang”, og tilbud der en ikke trenger å være så sprek, er faktorer som påvirker aktivitetsnivået.

Fysisk aktivitet kan sees fra mange forskjellige perspektiver ut fra teoretikerens ståsted. Snoek og Engedal (2008:55) sier at fysisk aktivitet og trening i miljøarbeidet er viktig. Det bidrar til økt velvære, følelse av mestring og kontroll, og bedrer selvfølelsen.

Skard (2004:85) har vært lærer på idrettshøgskolen, og har drevet med idrett hele livet. Han har fokus på leken, og han sier vi bare kan forholde oss til verden gjennom en kropp. Han mener at ordet fysisk aktivitet opprettholder skillet mellom kropp og sjel. Han synes begrepet bevegelsesaktivitet er bedre. Han er opptatt av hva hver enkelt synes er artig og har et fenomenologisk perspektiv i møte med mennesker.

Skard (2004) sier at alle mennesker har en grunnleggende bevegelsestrang. Han sier "Bevegelse er det beste vi har for å oppleve oss selv som virkelige mennesker." (Skard 2004: 109). Han er opptatt av naturlig aktivitet gjennom lek, friluftsliv og idrett, og sier at når vi beveger oss naturlig i naturlige omgivelser, er sansene åpne for å ta imot og bearbeide inntrykk og informasjon. I naturen er det heller ingen som passer på at vi gjør aktiviteten på den rette måten. Bevegelsesglede kan defineres som de øyeblikk av mestring som tilfører livet mening sier han (Skard 2004:87ff.).

Martinsen (2004) sier seg enig med legekunstens far Hippokrates, 400 f. Kr. om at fysisk aktivitet er godt for både fysiske og psykiske plager. Han sier at fysisk aktivitet kan være hjelp til selvhjelp for mennesker med psykiske lidelser. Martinsen definerer fysisk aktivitet slik "for en person som ligger til sengs, er det trening å sitte opp. For en som sitter er det trening å stå. For en som står, er det trening å gå" Martinsen (2004:32).

Martinsen (2004:130) sier at kroppen, det som trer fram og viser seg, er selve utgangspunktet for måten vi oppfatter verden på. Han sier at fysisk aktivitet kan utløse de samme virkestoffene som medisin, ved aktivisering av nervebaner og dannelse av nye forbindelser mellom nerveceller. Fysisk aktivitet kan stimulere endorfin, adrenalin og dopamininnholdet i blodet, dette er stoffer som gir oppstemthet og motivasjon. Det kan også stimulere serotonin og noradrenalininnholdet i blodet, dette påvirker stress, humør og stemningsleie. Eriksen (2006:121) sier også at kroppen utløser endorfin når vi rører på oss og mosjonerer.

Fox (2000) sier at fysisk aktivitet kan bidra til bedring av fysisk selvfølelse og andre viktige selvoppfatninger, slik som kroppsbilde. Sjansen for bedring av selvfølelse er størst for de som har dårlig selvtillit (Martinsen 2004:47).

Eriksen (2006:16) sier valgene vi gjør påvirker helsa vår, og fysisk aktivitet er en del av helheten sammen med kosthold og mentale stimuli. Positiv motivasjon og positiv feedback er med på å styrke selvet og identitetsutviklingen i positiv retning. Opplevelse av mestringsglede i fysisk aktivitet er viktig, og her kan hjelperne bidra med passe positiv feedback, sier Eriksen.

Bevegelse kan også uttrykke personligheten vår. Mange med psykiske lidelser har uvanlige væremåter og kan derfor tiltrekke seg oppmerksomhet. Våre følelser, tanker og opplevelsene kommer til uttrykk gjennom bevegelse (Skard 2004:105). Goffman (1975) sier at sosial marginalisering ofte er resultatet. Fysisk aktivitet kan forhindre dette (Gretland 2007:170). Oppsummerende vil jeg derfor si at tilfriskning kan være en viktig konsekvens av fysisk aktivitet.

### **3.4 Opplevelse av selvet**

Opplevelsen av selvet er sentralt for alle mennesker. For de med schizofrenidiagnose er det særlig aktuelt da de ofte kan ha sterk og vedvarende forstyrret selvopplevelse og selvbevissthet. Derfor vil jeg se på betydningen av noen av begrepene rundt ordet ”selv” før jeg kommer inn på selvaktelse som jeg mener er kjernen i god livskvalitet, nemlig at vi er fornøyd med oss selv, og har en indre følelse av verdi.

Tidligere har jeg skrevet at Kierkegaard (1849) sier at den største trusselen et menneske kan oppleve er å miste seg selv. Bjørkvik (2009) sier at subjektivitet bygges opp gjennom kontinuerlig interaksjon med omverden, ved at mennesket gradvis blir mettet og gjennomvevd med noe som på norsk kalles ”**selvet**”. Hun fremhever Sass (1992) som sier at bevissthetsforskere og klinisk schizofreniforskere mener at subjektivitet er grunnsteinen i menneskets eksistens. Thielst (1996) trekker hun også frem, han sier at **selvbevissthet** betyr kjernen i mennesket, det å ha en bevissthet om sin egen eksistens. **Selvaktelse** er assosiert med selvoppfattelse, selvbylde, selvtilitt og selvmedfølelse. Begreper som **selvoppfattelse** og **selvbylde** betegnes gjerne som overordnede begreper, som uttrykk for personens beskrivelse av seg selv (Bjørkvik 2009).

Hun sier videre at **selvtilitten** kan være avhengig av hvordan andre bedømmer deg. Her ligger det en forventning til suksess. Selvtilitt på et område kan ikke automatisk overføres til et annet. Den er i stor grad situasjonsbetinget.

**Selvoppfatning** er hvordan vi forstår oss selv som levende kroppsvesen. Hvilke tanker, følelser og hvordan vi fremtrer som hele mennesker, vår innstilling til oss selv.

Opplevelsen av oss selv er på mange måter et speilbilde av andres meninger og hva de uttrykker om oss. Selvoppfatningen blir selve kjernen i mennesket sier Skard (2004:47).

For å gjenerobre selvet, bør restitusjonsprosessen bestå i å ha fokus på at man er et menneske som har en sykdom, ikke er en sykdom. Man bør skille **selvfølelsen** fra sykdommen. **Selvrespekt**, er det å glede seg over tilværelsen og ha en følelse av velvære, håp og optimisme. Restitusjon handler om heling, en prosess som består i å definere et selv, uavhengig av sykdom og kontroll (Torgalsbøen 2006:96).

Skard (2007:49ff.) sier at **selvrespekt** forteller deg hvilken verdi du har, og er grunnfjellet i personligheten din. For å oppnå høy livskvalitet er en av de viktigste kildene selvrespekten. Selvrespekt er en sterk indre opplevelse av å være verdifull. Selvrespekten er betinget av evnen til å utrette det du setter deg som mål, ut fra de områder som er viktig for hver enkelt. Forskning sier at de personlige kvaliteter som er av betydning er faglig kompetanse, ferdigheter, moralske kvaliteter, sosiale kvaliteter, sosiale ferdigheter, innflytelse og kroppslige egenskaper, skriver Skard.

”**Selvoppfatning** kan bestå av disse komponentene:

Bevegelses- og ferdighetsselvet: Hvilke bevegelser mestrer vi?

Det kroppslige selvet: Hvordan er vi bygd? Hvordan ser vi ut?

Det økologiske selvet: Hvordan er vårt forhold til naturen og verden?

Uavhengighet og initiativ: Hvordan er vårt forhold til andre?

Det kreative selvet: Har vi iderikdom og evne til å skape?

Selvaktelse og selvfølelse: Er vi tilfreds med oss selv?

Selvtillit og selvsikkerhet: Hvor trygge er vi?” (Skard 2004:47).

### **3.5 Selvaktelse**

Bjørkvik (2009) sier at lav selvaktelse er assosiert med både høy generell symptombyrde og høyt nivå av interpersonlige problemer. Hun sier mange med psykiske lidelser har lav selvaktelse. Selvaktelse innbefatter menneskers tendens til å evaluere seg selv, der beskrivelsen av en selv knyttes til verdimeessig og affektivt innhold.

Flere forskere legger vekt på at det alltid vil være individuelle forskjeller i hva en persons selvaktelse er basert på. Bjørkvik sier at James (1890) var opptatt av på hvilke ulike livsområder mennesker søker erfaringer som kan bidra til å bekrefte, opprettholde og helst

høyne selvaktelsen. James definerte selvaktelse som forholdet mellom suksess og de krav man stiller. Han sier at selvaktelsen ikke bare er avhengig av egne prestasjoner, men også av ens egne krav eller forventninger på det aktuelle området. Det er forholdet mellom suksess og krav på de områder som betyr mest for personen som må tillegges størst vekt (Bjørkvik 2009).

”Selvaktelse er vår følelse av personlig kompetanse og verdi som menneske. I hvilken grad vi føler at vi har noe å gi som menneske” (Skard 2004:49). ”Selvaktelse er en dynamisk komponent av selvoppfatning” Den er avhengig av situasjonsbestemte forhold. Ønsker vi å forandre vår selvaktelse må vi erkjenne det vi står for. Man kan bare forandre det som eksisterer. Ved høy selvaktelse respekterer vi oss selv som verdifulle mennesker. Hvis vi ønsker å realisere oss selv er positiv selvaktelse meget fordelaktig. ”Personer med lav selvtillit og selvaktelse kan lettere bli utsatt for manipulering og negativ påvirkning” (Skard 2004:50).

For at hjelper skal fremme selvaktelse i samhandling, handler det om å ha en god relasjon til bruker. Vatne (2006:29) sier at kvaliteter ved en god relasjon er å bli møtt av hjelper med respekt, varme, tillit, empati, støtte, ekthet og ikke – dømmende tilbakemeldinger.

Slik jeg oppfatter det, er det en forutsetning at mennesker med lav selvaktelse som ønsker forandring, må erkjenne sitt ståsted. Om brukeren ønsker å ha en hjelper som støtte, er relasjonen mellom disse avgjørende. Selvaktelse er å oppleve seg ok i forhold til andre, akseptere seg selv med sterke og svake sider, og viser til menneskets verdi i seg selv. Det er på ulike livsområder brukerne søker erfaringer, som kan bidra til å bekrefte, opprettholde og høyne selvaktelsen. Det er avhengig av egne prestasjoner, men også av ens egne krav eller forventninger på det aktuelle området. Selvaktelse kan være en viktig konsekvens av mestring.

Slik jeg ser det er det fellestrekk og til dels overlappende betydning, mellom begrepene selvrespekt og selvaktelse. Begge inneholder å oppleve seg selv som verdifull. Begrepene har også fokus på egne prestasjoner, krav og mål ut i fra egne forventninger.

### **3.6 Salutogenese**

Salutogenese har fokus på hvilke forhold som fremmer psykisk helse. Her er mestringsopplevelser viktig. For å oppnå selvaktelse hvor man evaluerer seg selv opp mot verdimeslige og affektive forhold, kan mestringsopplevelser på forskjellige livsområder høyne selvaktelsen.

Antonovsky (1987,1996) var en helsesosiolog som skapte begrepet salutogenese. Salutogenese bygger på et positivt og tverrfaglig helsebegrep. Salutogenese har i større grad et mestringsperspektiv enn et sykdomsperspektiv. Perspektivet har fokus på muligheter og ubrukte sider hos brukeren og dens omgivelser, hvor enhver person og situasjon er knyttet til egne sett av mestringspotensial. Salutogenese søker etter høyere grad av helse, og fokuserer på personens historie og vektlegger mestringssevnen i historien (Langeland 2006:88f.).

Stortingsmelding 25, (1996/97), ”Åpenhet og helhet”, og ”Opptappingsplanen for psykisk helse” (1996-2008), fremhever et helhetlig menneskesyn hvor perspektivet flyttes fra diagnoser til psykososial funksjon og mestring.

Bunkholdt (2002:20f) sier at mennesker gjennom hele livet har behov for å mestre, og ha kontroll over viktige deler av sin tilværelse. Om noen mister muligheten for å mestre, og mister opplevelsen av seg selv som et mestrende og kompetent menneske, reagerer det med raseri, oppgivelse, depresjon eller avhengighet, og det utvikler lav selvverd. Hun sier at gjennom livet skapes det forventninger om å være overveiende mestrende og kompetent, eller overveiende ikke mestrende og lite kompetent.

Heggen (2007:64ff.) sier at mestring handler om å ta i bruk ressurser en har, for å bedre situasjonene. Det omfatter både målsetting og prosess. Målsettingen er at brukeren skal oppnå bedre resultat enn uten mestringsarbeidet. Og det handler om prosessen fra utilfredsstillende mestring til bedre mestring. Det handler om makt som den enkelte har eller ikke har adgang til for å styrke sin situasjon. Et annet uttrykk for dette er myndiggjøring.

Antonovsky (1987) har funnet at en person som har en høy opplevelse av sammenheng, også har høy grad av helse. Forståelighet, håndterbarhet, og mening er underbegreper til

opplevelse av sammenheng. Det viktigste er om en kan influere på sitt eget liv. Det er spesielt kvaliteten på sosiale relasjoner som er viktig, og passende utfordringer i sitt daglige liv er grunnleggende for å fremme opplevelse av sammenheng og mestring (Langeland 2006:90f.).

Lundby (1999) sier at når historien er problemmettet må vi spørre om alternative historier, hvor personene har opplevd mening og mestring. Bengel (1999) sier det er personens egen opplevelse og beskrivelse av livssituasjonene, som kan bidra til at bedring oppdages og erfares. Antonovsky (1987) sier at terapiformen salutogenese prøver å maksimere motstand mot belastning, øke bevisstheten av og bruken av ressurser, mestre spenning og fremme en sterkere opplevelse av sammenheng (Langeland 2006:93ff.).

Kolseth (2001) mener at salutogenesens terapiprinsipper er innsiktsorientert, på den måten at den belyser personenes mestringsevne. Ofte kan dette være evner personer med psykiske lidelser har lite innsikt i, fordi problemhistorier overskygger evnene (Langeland 2006:93).

I salutogenese kommer mestring inn som et sentralt aspekt i bedringsprosessen. Mestring kan være en viktig konsekvens av fysisk aktivitet.

## 4. Drøfting

Drøfting er å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige sider (Dallan 2007:120).

Jeg vil her se på fem underspørsmål ut fra problemstillingen min, ”**Hvordan kan fysisk aktivitet være et bidrag til mestring, selvaktelse og bedring for mennesker med schizofrenidiagnose?**” og drøfte disse.

1. Blir mennesker med schizofrenidiagnose bedre?
2. Hvordan virker fysisk aktivitet på mennesker med schizofrenidiagnose?
3. Hvordan kan fysisk aktivitet gi mestring?
4. Kan mennesker med schizofrenidiagnose, oppnå selvaktelse ved hjelp av fysisk aktivitet?
5. Hvordan kan hjelper være med på å gi et positiv bidrag i utøvelsen av fysisk aktivitet?

### ***4.1 Blir mennesker med schizofrenidiagnose bedre?***

Mange av de ungdommene jeg har møtt, har hatt det veldig vanskelig. De prøvde å løse sine vansker, men var på vei ned mot bunnen og vendepunktet mot bedring var ofte ikke kommet.

Behandlingsmetodene forandrer seg over tid, etter som den medisinske- faglige forståelsen endrer seg. Samfunnsforståelsen er også med på å forme bedringsprosessen, og det finnes forskjellige meninger om bedring. Topor (2002:45) sier at det ikke finnes et behandlingstiltak for brukerne i dag som medfører at de kommer seg. Schizofreni karakteriseres derfor ofte som en kronisk sykdom, fordi den ikke lar seg påvirke utenfra, og varer livet ut.

Jeg vil her se på forskjellige meninger om bedring. Harding (1994) og Warner (1994) sier at det finnes grupper (20-25 %) av pasienter som oppnår full restitusjon, eller fravær av symptomer (Torgalsbøen 2006:88). Torgalsbøen (2006:88) sier at full restitusjon er knyttet til hvilket meningsinnhold, hver enkelt knytter til begrepet. Hun sier at ”Selvrespekt – eller et selvbegrep uavhengig av lidelsen – og det å glede seg over



tilværelsen og det å ha en følelse av velvære, håp og optimisme er meningsinnhold som oftest rapporteres. Hun sier også at håp om bedring er viktige elementer. Skårderud mfl. (2010:319) sier at 25 % blir helt friske og 60 % blir mer eller mindre rehabilitert. Restsymptomer kan være svekket initiativ, livsglede og sosial angst. Vatne (2006:110) sier at klinikerne har behandlet alvorlig psykiske lidelser (som for eksempel schizofreni) som en kronisk sykdom. Dette skaper lave forventninger til at de skal bli friske. Men forskningsstudier viser det motsatte. Halvparten var blitt bedre eller friske etter 20, 30 eller 40 år. Topor mfl. (2002:9) sier at resultatet av fem oppfølgingsstudier med brukere viste at opptil to tredeler av brukerne opplevde bedring, enten totalt eller sosialt. Jeg mener derfor det er viktig av vi som hjelpere har fokus på bedring.

### **Hvilke faktorer er det som skaper bedring?**

Det er ulike meninger og sammensatte årsaker til at mennesker får en psykose. Ulike behandlere med ulike perspektiver mener alle å ha svaret på bedring. Da blir det tilgang på behandlere som er avgjørende. De har tro på sitt behandlingstilbud og sin tilnærming. Noen har tro på bedring, og hjelper ut fra dette perspektivet, mens andre tenker ut fra hvordan bruker skal leve med sine symptomer. Fredriksen (2009) sier at stemmehøring og psykose kommer oftest av traumer, og disse må traumbearbeides. Andre sier at mennesker er forskjellige med forskjellige ulikheter, og slik skal det være.

Jeg vil her se på virksomme faktorer til bedring, fra forskjellige perspektiv. Haugsgjerd mfl. (2009:33ff.) mener at graden av bedring er forskjellig hos personer som har fått schizofrenidiagnosen, fordi det er forskjellige undergrupper av sykdommen innen diagnosen.

Klingen (2000:42) sier at innen for en *bio- medisinsk* tradisjon oppfattes psykiske lidelser som somatiske sykdommer. Her sees psykiske lidelser som en følge av og uttrykk for biologiske dysfunksjoner. Dermed blir kroppen brukt til å redusere psykiske symptomer gjennom å gripe inn i fysiologiske prosesser. **Medikamenter** blir sentralt i behandling av psykiske problemer (Gretland 2007: 17f.).

Gretland sier at på den annen side påvirker medisinene de samme hjernestrukturene som kreves for fysisk bevegelse, og som deltar i kognitive prosesser og bevissthetens

sensoriske opplevelser. Medisinene forsterker negative symptomer, med for eksempel enda mer avflatning i stemningsleie (Gretland 2007).

*Psykolog Rund* (2006) sier at etter behandlingen med medikamenter for å dempe de psykotiske symptomene er det viktig med **støttesamtaler**, fordi brukerne ofte sliter med dårlig selvbilde. Fokuset er på **ressurser og mestring**, hvor fokuset er rettet mot ressurser.

*Psykolog Torgalsbøen* (2006: 96) sier at **kontroll** er viktig i tilfriskningen. Målet er at personen må selv ta kontroll over eget liv. Det handler om at han selv setter opp mål og arbeider for å nå disse målene og engasjere seg i sin egen egenomsorg. Hun sier det er viktig å revurdere sine forventninger til mestringsnivå, men **håp** om full restitusjon er allikevel viktig i tilfriskningen.

I det *psykodynamiske* perspektivet er det **relasjonen og tryggheten** i dialogen som kan over tid gi ny trygghet i personen selv. Personenes egne krefter til å knytte seg til andre, være selvstendig osv. skal aktiveres, gjennom kraften i relasjonen som oppstår mellom behandler og bruker. Det er hjelpen brukeren får som skal utløse brukerens selvhjelpskraft (Haugsgjerd 2009:223).

Mange går til psykoterapi etter at de har gjennomgått en psykotisk episode for å bidra til reparasjon av den skaden som selvfølelsen har lidd i forbindelse med psykosen (Haugsgjerd 2009:230).

Thorsen og Johannessen (2005:43) sier at målsettingen for behandling av schizofreni er å gi **trygghet**, lindre eller fjerne symptomer, støtte muligheter til personlig vekst, forbedre og **gjenvinne tapt funksjonsevne**. Det er pasientens daglige aktiviteter, bolig, arbeid nettverk og fritid som skal rehabiliteres, slik at pasienten får tilbake tidligere funksjonsnivå, og gjerne blir bedre rustet til å møte utfordringer. De sier videre det er viktig å ivareta den **fysiske helsen** med aktiviteter og bevegelser.

Bedringsprosesser er i følge Skårderud mfl. (2010:322) **oppfølgingen** som ofte må vare over lang tid, med en engasjert og langvarig kontakt. Brukeren må **ta styringen over eget liv** og hjelper må ha tro på forandring og tilfriskning. Videre er det viktig med læring av

nye ferdigheter som å forstå andres og egne følelser, ta initiativ og kommunisere med andre, og ADL trening ved behov. **Sosialt fellesskap** er også viktig, ved overvinnelse av sosial angst. Et liv med verdighet og mening gjennom livsutfoldelse gjennom nettverk, jobb og aktiviteter.

*Hermeneutiker* Skjerveheim sier i Haugsgjerd mfl. (2009:278) at for å få tilgang til en bruker og hans sosiale liv, må man forstå hvordan brukeren fortolker seg selv og sine handlinger i situasjonen. Haugsgjerd mfl. (2009) sier det er betydningsfullt å **bli kjent med personenes tankeverden og livssituasjon**. Vrangforestillingene har alltid en navlestreng til virkeligheten.

De systemorienterte retter seg mot å mobilisere og trekke med familie, venner, naboer, bomiljø og ulike lag og organisasjoner. Haugsgjerd mfl.(2009:267) sier at innenfor den systemiske forståelsen er det gjennom **forandring i samspillet at mennesker** som er skadelidende, kan bli helbredet.

*Eksistensialisten*, Kierkegaard (1964) sier i ”Hemmeligheten i al Hjælpekunst”.” At man, naar det i Sandhet skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremst maa passe paa at **finde ham der, hvor han er, og begynne der**. ...det at hjelpe er ikke det at herske, men det at tjene” (Skard 2004:91).

Sammenfatningen av dette er at det er mange syn på hva som er virksomme faktorer i bedringsprosessen. Medikamenter, finne grunnen til problemene, ha støttesamtaler, gi mestringsopplevelser, med fokus på ressurser, mestring, relasjonen og tryggheten i dialogen er vesentlig. Kontroll og håp sees også på som viktig i bedringen. Andre fremhever trygghet, å gjenvinne tapt funksjonsevne og ivaretagelse av den fysiske helsen med aktiviteter og bevegelser. Noen har fokus på oppfølgingen fra hjelper, ved å bli kjent med personenes tankeverden og livssituasjon, hvor brukeren tar styringen over eget liv. Utvikling i et sosialt fellesskap, og kanskje forandring i samspillet med andre mennesker kan gi bedring. Men frem for alt finne ham der, hvor han er, og begynne der.

Slik jeg ser det, må vi som hjelpere først og fremst bli kjent med personen og skape en god relasjon gjennom anerkjennende kommunikasjon, hvor fokuset er på brukerens opplevelser. Vi må gi håp om bedring, og styrke selvrespekten. Dette kan skje ved at

bruker lager sine mål, hvor fokus er på mestringsopplevelser. Aktiv deltakelse i aktiviteter og ivaretagelse av den fysiske helse, kan være viktige fokus.

På den andre siden er vi som hjelpere mindre betydningsfulle. Mange kommer seg uten at det kan settes i forbindelse med behandling, sier Topor mfl. (2002). Han sier at å komme seg, er en individuell prosess som avhenger av brukerens individuelle historie. Den samme innsats fra hjelper kan få forskjellige virkninger for forskjellige personer, og den kan gi forskjellige virkninger hos den samme personen på forskjellige tidspunkt i vedkommendes liv. Jeg ser derfor er det viktig å ha et mangfold av tilbud.

Ved spesialiserte tjenester med ensidig fokus på sykdom og symptomer kan dette være et hinder for bedring. Borg og Topor (2003:120) sier at håp og tro på bedring og vektlegging på brukerens egne ressurser er viktig. Brukerens egen kunnskap og erfaringer skal legges til grunn for bedring. Spesialistene kan ikke behandle ved å gjøre *for* eller *med* brukerne, med basis i sine forhåndsplanlagte modeller. De sier videre at bedring er avhengig av brukerperspektivet, med fokus på et selvstendig liv med meningsfylt innhold. Prosessen må skje i samarbeid med brukerens familie og venner, og et fleksibelt tjenestetilbud.

Topor (2006:48) sier at vendepunktet til bedring beror på brukeren og den støtten han får fra omgivelsene. Det kan være et resultat av egen beslutning, ytre påvirkning i form av en tilfeldighet eller en bevisst innsats fra noen. Et viktig redskap i prosessen, er troen på seg selv. Topor mfl. (2002) sier det kan komme som en følge av en modningsprosess, men ofte er det en ytre endring som tvinger bruker til å treffe en beslutning. Men ytre forhold er ikke tilstrekkelig i seg selv

Vi har sett at det er mange faktorer som kan spille inn for å skape en positiv utvikling av bedringsprosessen, samt føre til et vendepunkt. Slik jeg ser det er det mye å hente ut fra de forskjellige perspektivene jeg har beskrevet ovenfor. Men som hjelper må vi sette fokus på de faktorer vi har mulighet for å påvirke. Vi må ha evne til å skape håp og trygghet til å bygge en god relasjon. Flere av perspektivene holder fram at prosesser som fører til bedring, er tro på seg selv og mestring. Dette er viktige faktorer som kan føre til selvaktelse, som er slik jeg ser det, avgjørende faktorer for bedring. Jeg kan derfor ut fra disse perspektivene trekke ut selvaktelse og mestring som sentrale elementer i bedringsprosessen.

## ***4.2 Hvordan virker fysisk aktivitet på mennesker med schizofrenidiagnose?***

De fleste mennesker ønsker å være fysisk aktive, og det er forskjellige måter å nærme seg fysisk aktivitet på. Ungdommene jeg samarbeidet med fortalte at det å oppleve naturen, det å kjenne at kroppen fungerte ved å bruke seg hardt fysisk, eller det å være i ett felleskap med andre, ved lek, som for eksempel ballspill, ga glede og positive impulser.

”Å være vil si å eksistere og tre frem og bli synlig. Gjennom bevegelsene blir vi i høy grad synlige” (Skard 2004:44).

Når man har vært syk en periode, kan det virke sosialt handikappende. Weidner og Messina (1998) sier at mennesker som lever alene, uten sterke sosiale nettverk, oftere blir alvorligere syke. Her kan fysisk aktivitet og idrett gi sosiale arenaer. Hvis man da blir med i en treningsgruppe vil man ha dobbelt beskyttelse mot sykdom. Altså det sosiale og den effekten fysisk aktivitet gir mot sykdom (Espnes og Smedslund 2009:235).

Fysioterapeut Bjørnstadjordet (2009) har nylig gjort en litteraturstudie på fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni. Resultatene viste bedring av mental helse, både når det gjelder negative og positive schizofrenisymptomer og generell livskvalitet.

Hun sier at det ser ut til at flere typer moderat fysisk aktivitet som drives regelmessig, over tid kan ha effekt på den mentale helsen til mennesker med schizofreni. Brukerne økte energinivået, bedret selvbildet og initiativet til å legge fremtidsplaner for sitt liv. De bedret også sine sosiale evner ved at de ble mer imøtekommende. Flere forskere sier at oppfølging er avgjørende for et regelmessig liv med fysisk aktivitet. Hjemmetrening og gåturer var det de likte best, og med individuelt tilrettelagt treningsprogram, gjerne samme øvelser hver gang.

På den annen side sier Martinsen (2004) at det er usannsynlig at fysisk aktivitet alene som behandlingsform er tilstrekkelig. Men han viser til studier som sier at trening gir mindre psykotiske symptomer og at brukerne viste større sosial interesse, og at endringene var

størst hos de som var minst alvorlig syke. Stemmehøring kunne også reduseres ved fysisk aktivitet. Mange mennesker med schizofreni har et forstyrret kroppsbilde, og en enkel måte å bli kjent med kroppen sin på er i følge Martinsen (2004) å bruke den.

Vi har sett at fysisk aktivitet gir bedring av mental helse og generell livskvalitet for mennesker som har schizofrenidiagnosen. I og med at ferdigheter kan læres, kan fysisk aktivitet være en virksomhet hvor man kan øve seg på å være sammen rundt en aktivitet. Det kan føre til økt selvaktelse hvis han får en opplevelse av økt personlig kompetanse og verdi gjennom bedring av sine sosiale evner. Dette kan igjen få brukeren til å tro på å legge fremtidsplaner.

Det å bryte en fastlåst situasjon med aktivisering, kan være positivt for brukeren. På den annen side er det noen brukere som trenger tid til "å være", for senere å gå videre. Topor (2006:52) sier at det er viktig å ha rom for dette, men at tilstedeværelse av hjelper da er viktig.

Prescott og Børtveit (2004:30) sier også at noen pasienter kan ha få, eller ingen tanker om atferdsendring ved å bli mer fysisk aktive. Her vil hjelpers bestrebelser lykkes med et fåtall av pasientene. De sier det kan være noen kimer til endring slik at det allikevel er viktig å forsøke å engasjere pasienten i en kort samtale om fysisk aktivitet. Hvis hjelperen inntar en aktiv og ensidig overtalende rolle kan dette virke mot sin hensikt. Pasienten kan innta motsatt posisjon og argumentere mot endringen sier Prescott og Børtveit (2004).

Martinsen (2004) sier at noen blir avhengig av å trene, noen overdriver treningen og noen overtrener. Han sier at overtrening kan gi noen av de samme symptomene som depresjon. Martinsen sier også at de som lider av angst, kan ved fysisk aktivitet få de samme symptomene som når pasienten har angst. Han kan få hjertebank, rask puls, svetting og kraftig puls. Slik jeg her ser det, blir det viktig at personalet følger med, og eventuelt brukerne kan være med på å korrigere hverandre.

Selv om de fleste snakker om at de ønsker å være mer fysisk aktive er det ikke slik for alle, og dette er det viktig at vi respekterer. Idretten har også muligheten i seg til å krenke selvaktelsen til mennesker. Konkurrans, makt og utestenging, eller bare et blikk kan føre til dårlige opplevelser og lav selvaktelse ved fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet kan gi mange positive virkninger. Det kan bedre mental helse, bedre selvbildet og sosiale evner. Fysisk aktivitet kan gi mindre psykotiske symptomer og brukeren kan bli bedre kjent med kroppen sin. Dette kan styrke selvaktelsen.

### ***4.3 Hvordan kan fysisk aktivitet gi mestring?***

”I motbakke kan vi ta i litt ekstra.

Hvert fraspark og visshet om at vi kan komme opp

for å få utsyn og innsyn til noe originalt,

er åpning mot glede”

(Skard 2004: 135).

Mange mennesker med schizofrenidiagnose er smertelig klar over at de mangler ferdigheter, og de kan ha liten følelse av mestring, og få mestringsopplevelser. Det blir ofte fokus på sykdom og problemer rundt sin egen diagnose.

Bandura (1977) sier at mestringstro, det vil si ferdigheter til å gjennomføre en oppgave med ønskelig utfall, bestemmer blant annet valg av atferd, hvilke mål som velges, utholdenhet i oppgaven, motivasjon og hvordan man følelsesmessig reagerer. Når mennesket øker ferdigheter på fysisk aktivitet, kan denne opplevelsen av mestring overføres til andre livsoppgaver. Egne mestringsopplevelser gjennom fysisk aktivitet gir gode muligheter for mestringstro. Hun sier videre at for å øke mestringsopplevelsen må man lære å observere egen adferd, sette kortsiktige og langsiktige mål. Bruk av sosial støtte er viktig i å vedlikeholde den ønskede adferden (Martinsen 2004:138).

Sosiale arenaer kan være viktig i opplevelse av mestring. Heggen (2007) sier at det er meningsfylt å se mestring i et systemperspektiv slik som Bronfenbrenner (1979). Han ser mestring i en større bioøkologisk sammenheng, gjennom mikro, meso, ekso, og makronivået. Mestring handler om individuelle prosesser, kunnskap, holdninger, og tilgang til hjelpemidler. Men evnen til å utnytte slike ressurser ligger i stor grad i relasjonene man har oppnådd, i sosiale nettverk og ideologiske strukturer (Heggen 2007).

Men for å få mestringsopplevelser er det viktig å finne aktiviteter som passer til hver enkeltes ønsker og mål. Her har vi som vernepleiere et godt redskap i anvendelse av

helhetlig arbeidsmodell (AHA) for å kartlegge, analysere, og lage mål sammen med brukeren. I kartleggingsarbeidet kan vi fokusere på muligheter og ubrukte sider hos brukeren og dens omgivelser, samt se dette opp mot mestringspotensialet til brukeren. Vi må videre stille spørsmål og tolke ut fra særlig brukerens historie. Når brukeren forteller om livet sitt og kanskje har fokus på nederlag, er det allikevel oftest flere lyspunkt i historien, som vi må hjelpe brukeren til å finne. Hvilke krefter og tanker var det brukeren tok fram i den vanskelige situasjonen? Hva var det som gjorde at han fikk mestringsopplevelser akkurat da? Jeg ser at helhetlig arbeidsmodell er en systemorientert tilnærming til brukeren, hvor kognitiv tilnærming ved å lage seg nye mål er i fokus. Helheten kan nok diskuteres og mange er nok ikke enige i at vi jobber helhetlig når vi har AHA som utgangspunkt.

Vi må videre oppfordre brukeren til å lage mål der brukerens opplevelse av målene kan ha elementer av å strekke seg, men samtidig få opplevelsen av mestring. Målene kan være skriftlig og tid for evaluering må planlegges, slik at de kan justeres underveis. På den måten tydeliggjør vi for brukeren og omgivelsene hvilke mål han har.

Linde og Nordlund (2003) sier at målene skal være motiverende og ta utgangspunkt i det personene opplever som en god livssituasjon. Prinsipper for mål kan bygges opp etter at mål skal være SMARTER, slik Idar Johnsen beskriver sine huskeregeler for mål.

- S- står for spesifikke. Her må man spesifisere hvilke aktivitet, hvor og lengden på aktiviteten.
- M- står for målbare. Her må man kunne evaluere om målene er nådd.
- A-ansporende. Målene må bestemmes av pasienten og være motiverende for han.
- R- realistiske. Målene må være realistiske og oppnå.
- T-tidsbestemte. Målene må evalueres etter et passende tidspunkt for eventuelle justeringer.
- E-enkle. Målene må være lett forståelig for pasient og bruker (Linde og Nordlund (2003:126).

På den annen side bør vi hjelpere ikke være for ivrige i arbeidet med AHA. Brukeren bør oppleve å ha kontroll, og vi må hele tiden ha fokus på at brukeren selv må ta styringen over sitt eget liv. Målarbeidet kan ikke komme før brukeren er klar.



Men fysisk aktivitet trenger ikke gi mestring. Idretten har for det meste fokus på konkurranse. Dette er en av grunnene til at en stor del av barn slutter med idrett. De fleste barn er innom idretten, men bare en liten gruppe blir igjen og fortsetter å være aktive. Mange har en historie ved at de ikke ble valgt til for eksempel et lag. Dette kan gi mennesker lav grad av mestringsopplevelse og påvirke selvaktelsen negativt.

Fysisk aktivitet må derfor skje i en slik ramme at mestring og bygging av selvaktelse står i fokus. Mestring kan være en viktig konsekvens av fysisk aktivitet, dersom brukeren får styre valg av aktiviteter og rammene i utøvelsen.

Et av de hyppigste positive symptomer brukerne opplever er hallusinasjoner, og hørselssymptomer i form av stemmer. Andersen (2005:276) sier at da er graden av evne til mestring og kontroll, avgjørende. Distraksjon, fokusering, reduksjon av angst og anspenthet er hovedstrategier. Ved distraksjon kan musikk, aktiviteter og fysisk aktivitet anvendes. Sansestimulasjon og aktivitetene legger beslag på pasientens oppmerksomhet og undertrykker oppfattelsen av hallusinasjoner. En jeg samarbeidet med brukte å gå en rask tur med musikk på hodetelefoner, når stemmene var for plagsomme. Andersen (2005:281) sier at formålet med fokusering er å redusere stemmenes negative konsekvenser gjennom omstrukturering av pasientens tenkning. Pasienten må bestemme selv, og gir dermed mindre makt til stemmene. Dette vil styrke pasientens opplevelse av å ha kontroll over stemmene, slik at han kan si til seg selv at de ikke er farlige. Martinsen (2004:135) sier at for at en aktivitet skal fungere som distraksjon mot positive symptomer må den engasjere og gi positive forsterkninger. Bjørnstadjordet (2009) sier også at pasientene likte fysisk aktivitet som en mestringsstrategi.

På en annen side kan fysisk aktivitet også brukes som en flukt, og da som en akseptabel utageringsform. Gretland (2007:166) sier at holdningen til fysisk aktivitet kan kritiseres for å være instrumentell og reduksjonistisk, fordi kroppen fremstilles som et middel for å fjerne symptomer gjennom treningen, mens andre perspektiver på kroppen er fraværende.

Fredriksen (2009) sier at det er en sammenheng mellom stemmehøring og traumer, hvor stemmene fungerer som budbringere fra det en ikke vil forholde seg til. Disse traumer må bearbeides ved å forholde seg til de følelser traumet aktiviserer. Man kan gå glipp av noe,

ved å flykte fra stemmene. Ved traumbearbeiding kan man finne sammenhenger mellom det stemmene sier, og det brukeren sliter med. Men Fredriksen sier samtidig at det er viktig å gi livet mening og finne aktiviteter som gir mestring og selvtillit.

Dette forteller oss at stemmer er viktige å forholde seg til, men at fysisk aktivitet som mestringsstrategi kan brukes som en distraksjon for å få bedre kontroll over stemmene, ved at brukeren bestemmer selv.

#### ***4.4 Hvordan kan mennesker med schizofrenidiagnose, oppnå selvaktelse ved hjelp av fysisk aktivitet?***

Selvaktelse viser til menneskets verdi i seg selv, og å oppleve seg selv som ok i forhold til andre. Mange med psykiske lidelser har lav selvaktelse. Mennesker søker ulike livsområder for å få erfaringer som kan bidra til å bekrefte, opprettholde og helst høyne selvaktelsen, og ens egne krav eller forventninger på det aktuelle området er viktig. Det er områder som betyr mest for brukeren som må tillegges størst vekt, for å oppnå selvaktelse.

Skard (2004:51) sier at det er gjennom glede i bevegelse vi kan vi bli positive til oss selv, og at det er sammenheng mellom selvaktelse og hvordan andre reagerer på oss.

Skard sier ” Å føle at vi kan noe, er fundamentet for en positiv utvikling” (Skard 2004:17). Hvis bevegelse er tilrettelagt på en hensiktsmessig måte kan dette være med å bidra til viktig identitetsdannende virksomhet. Skard sier at det er viktig å være en del av et sosialt nettverk. Positiv selvutvikling kan oppleves ved positive resultater i opplevelser sammen med andre. Skard (2004:17) mener at gjennom kunstnerisk aktivitet, lek og bevegelse kan man oppnå aksept og bli godtatt for den man er.

Fysisk aktivitet oppleves for mange som en attraktiv arena, og har elementer i seg med muligheter for mestring og selvaktelse. Derfor vil også en med psykiske lidelser ha muligheter til å bruke fysisk aktivitet som arena for å oppnå mestring og selvaktelse. I sammenhandling med andre kan han få bekreftelse på og evaluering av seg selv på at han mestrer og er god i noe. Men selvaktelse kan oppnås på andre arenaer enn fysisk aktivitet. Det er personene som bestemmer hvilken arena dette kan oppnås på.

Men Topor (2006:57) sier at selvrespekten trenger ikke bli større selv om man mestrer og er god på noe. Han sier at mestringsopplevelsene må integreres i selvbildet, og at denne integreringen ofte kan skje gjennom samtaler og samspill med andre. Han sier også at hvis det er krav om å prestere mer og fortere enn en ønsker, stiger risikoen for at man misslykkes.

Som vi har sett er det områder som betyr mest for brukeren som må tillegges størst vekt, for å oppnå selvaktelse. Gjennom blant annet fysisk aktivitet, ved passende krav kan man oppnå aksept. Som medhjelper kan vi bidra til at brukerne evaluerer seg selv rundt sine sterke og svake sider. For å få selvaktelse må man ha tro på at man skal lykkes innenfor bestemte områder. Selvaktelse kan være en viktig konsekvens av mestring. Her kan fysisk aktivitet med mestringsopplevelse, være en aktivitet som kan gi selvaktelse.

#### ***4.5 Hvordan kan hjelper gi et positiv bidrag i utøvelsen av fysisk aktivitet?***

Når man samarbeider med en bruker er den tause kunnskapen med personligheten som kompetanse, en viktig forutsetning for å gjøre en god jobb. Vi må ha en forståelse for hvordan vi virker inn på hverandre, være nysgjerrige, respektere andres virkelighet, og være bevisst våre holdninger og verdier vi bærer med oss fra vårt eget liv.

Relasjonsbygging er det viktigste, slik jeg ser det. Anerkjennende holdning i relasjonen er avgjørende. Schibbye (1996) sier at anerkjennelse innebærer at hjelper er lyttende, forstående, aksepterende, tolererende og bekreftende.

Partene må oppleve hverandre likeverdige, og verdsette hverandre. Schibbye (1996) sier at dette nedfelles i begrepet selvaktelse. Om hjelper henvender seg til brukers subjektside, vil dette øke selvaktelsen. Hun sier at da må hjelper ”tre ut av eget selv”, skille og sortere ut egne opplevelser som sine.

Da jeg var i fordypningspraksis hadde alle ungdommene som mål å være fysisk aktive, men alle var mindre fysisk aktive enn de ønsket. Her så jeg økt aktivitet gjennom hjelpernes økte fokus på fysisk aktivitet, bedre tilrettelegging og tilgjengelighet. Jeg vet også ut fra egen erfaring, at fast aktivitet sammen med andre øker aktiviteten. Jeg vil her se

på tre tilnæringsmåter hjelper kan benytte seg av, i samarbeidet om fysisk aktivitet, nemlig kognitiv terapi, endringsfokusert rådgivning og motivasjon.

#### **4.5.1 Kognitiv terapi**

Kognitiv terapi har fokus på å lage nye positive tanker. Hagen (2005) sier at kognitiv terapi kan lære brukeren nye ferdigheter og læringsmønstre, og kan skape håp hos brukeren. Han sier at terapien kan brukes til å skape en forståelse av psykotiske symptomer. I denne oppgaven er jeg opptatt av hvordan hjelper kan være med å korrigere negative tanker til positive erfaringer, på en slik måte at bruker får mestringsopplevelser og positive tanker om seg selv.

I fordypningspraksisen samhandlet jeg med en ungdom som nettopp hadde fått schizofrenidiagnosen. Han var veldig lei seg og hadde mangel på energi og synes det meste var håpløst. Han bebreidet seg blant annet over at han hadde sluttet på skolen og hadde mye selvbekreidelse og lavt selvbilde. Slik jeg oppfattet han var selvaktelsen hans på bunn.

I samarbeidet med han, ønsket jeg å ha en anerkjennende relasjon. Her ønsket jeg å gi bekræftelse til brukeren med intersubjektiv deling. Hegel (1967) sier dette betyr: brukers ”selv” blir til i den andre for i neste omgang å så å bli overtatt som brukers eget (Schibbye 1996).

I matlagingsituasjoner hadde jeg fokus på oppgaver brukeren mestret, og ga tilbakemeldinger på disse. Jeg så på kroppsspråket og ansiktsuttrykket at han satte stor pris på å få positiv tilbakemelding. I samtaler hadde jeg fokus på å lytte til hvilke aktiviteter han hadde holdt på med før og hva han likte av aktiviteter. Fysisk aktivitet var noe han mestret godt, og han hadde en historie som sa at han hadde vært veldig aktiv. Her var det mange ressurser og gi aksept på. Med hans ressurser som utgangspunkt, ga jeg brukeren positive bekræftelse. Det ble nye historier med mestringsopplevelser. Slik jeg så det, ble positive opplevelser integrert i han, han smilte oftere og kroppsholdningen ble ”rettere”.

Et sentralt begrep i kognitiv behandling av mennesker som har schizofrenidiagnose, er mestring. Det er viktig å støtte realistisk økning i aktivitetsnivået og trene på daglige

aktiviteter. Opplevelse av tap av muligheter i livet, lavt selvbilde, selvbekreidelse, håpløshetsfølelse er områder det er viktig å avbalansere med fokus på det pasienten mestrer, og alternative tanker rundt de negative symptomene (Andersen 2005:270ff.).

Hjelper sin rolle blir å speile det positive brukeren får til, på en anerkjennende måte, slik at de positive bekræftelsene blir overtatt av brukeren selv. Her må brukeren finne tilbake til seg selv og gå framover i eget tempo, for å oppnå nye positive tanker.

#### **4.5.2 Endringsfokuset rådgiving**

Når jeg ønsket å integrere fysisk aktivitet som en behandlingsform på en psykiatrisk avdeling gjennom et prosjekt, var dette fordi jeg så at medisin alene ikke fremmet den fysiske og psykiske helsen til ungdommene. Hvis man som hjelper ønsker å være rådgiver i en endringsprosess, må man ta utgangspunktet i om brukeren selv ønsker å endre livsstil fra inaktiv til aktiv.

Hvis man ønsker å endre livet til å bli mer aktiv, kan dette være en vanskelig adferdsendring. Barth mfl.(2001:16) er opptatt av å bruke rådgiving i stedet for behandling. I rådgiving legges det vekt på ressursene og endringspotensialet til menneskene. Behandlerens oppgave blir å legge til rette for at ressursene kan utløses. De sier at menneskesynet i denne tenkningen er preget av grunnverdiene i humanistisk psykologi. Videre sier de at når brukeren ønsker å ta ansvar for sitt eget liv, kan de gjøre forandringer.

Barth mfl.(2001) sier at endringsfokuset rådgiving er fokusert på dialog, hvor rådgiveren ønsker å få en helhetlig forståelse av hvordan brukeren opplever problemet, og øke brukerens egen deltakelse og involvering i adferdsendringen. ”Rådgiving er en blanding av å *følge* klienten i hans utforskning og å styre samtalen mot endring” Barth mfl.(2001:132).

En endringsprosessmodell kan bestå av føroverveielse, overveielse, forberedelsesfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen. Den siste fasen kan innebære hardt arbeid for ikke å falle tilbake til gammel adferd (Barth mfl.2001:75). I alle fasene av endringsprosessen må vi som hjelpere være til stede på en anerkjennende måte, og om vi ønsker ”å styre samtalen

mot endring”, må dette ikke gå på bekostning av det likeverdige forholdet i samhandlingen.

Barth mfl. (2001:76ff.) sier at adferdsendring ved fysisk trening har et optimistisk bilde, i forhold til adferdsendring innen vektreduksjon og røyking. Det kan være vanskelig å komme i gang med treningen, men er man først i gang blir det lettere å fortsette.

Prescott og Børtveit (2004:62) skriver at en undersøkelse fra Sosial- og helsedirektoratet (2002) viste at over 80 % av de som slutter å røyke begynner igjen etter ett par måneder. Wilson mfl. (1992) sier i samme bok at det samme skjer i forhold til endring av rusmissbruk, kosthold, forsøk på vektreduksjon og økning i fysisk aktivitet.

Disse to funnene strider mot hverandre. Men varig endringer krever ofte mer enn starthjelp og motivasjonspåvirkning. Topor (2002) skriver at forskning på bedringsprosesser sier at hjelper eller andre støttende personer kan være en viktig støtte, ved å gi tillit, håp og akseptering.

På den annen side kan framskritt som for utenforstående ser betydningsfulle ut, kan for brukeren ha en for høy pris. Topor (2006:67) sier at uroen ved å gjennomføre dette, kan være meget høy. Her må brukeren vurdere sin egen situasjon.

Noen mener at mennesker som har schizofrenidiagnosen mangler sykdomsinnsikt. Dette kan også problematisere pågangsmotet til forandring. Her må hjelpere trå forsiktig og ikke fokusere på ferdigheter brukeren ikke har, men fokusere på det han synes er kjekt å holde på med, og utvide dette. Målsettingen må være å styrke det relasjonelle selvet eller selvet - i -relasjonen, som Schibbye (1996) sier.

#### **4.5.3 Motivasjon og integrering av fysisk aktivitet**

Motivasjonsfaktorene under prosjektet vi hadde, var noe utenfor brukerne selv, men også relasjonsbyggingen. Vi hadde fokus på aktiviteter de var motivert for, men ble det innarbeidet i deres tankegang og integrert i deres liv?

En endringsfokusert samtale dreier seg om grunner til å forandre atferd (motivasjon) og konkrete fremgangsmåter for å få det til (mestring). Forsterking av motivasjon og mestring som brukeren allerede har vil styrke gjennomføringen. Veksling mellom hvorfor og hvordan gjøre endringer, hvor hvorfor er mest fremtredende i tidlig fase, og senere er hvordan mest fremtredende i endringsprosessen (Barth mfl.2001: 225).

Her blir hjelpers rolle fortsatt og være anerkjennende, å undre seg sammen med bruker og søke etter grunnene brukeren hadde for fysisk aktivitet. Snakke sammen om det som motiverte til aktivitet og det som gav mestringsopplevelser. I tilretteleggingen kan vi også for eksempel finne andre med samme interesser slik at de kan oppmuntre hverandre.

## 5. Oppsummering og konklusjon

I dette litteraturstudiet har jeg sett at fysisk aktivitet kan spille en viktig rolle i det å ta grep om eget liv. I dette ligger et potensial for selvhjelpsvirksomhet gjennom fysisk aktivitet, som kan føre til bedring. Derfor har fysisk aktivitet et potensial i seg til også å være en viktig del av helsetilbudet. Jeg har sett på problemstillingen ”Hvordan kan fysisk aktivitet være et bidrag til mestring, selvaktelse og bedring for mennesker med schizofrenidiagnose?”

Jeg har funnet at fysisk aktivitet kan være et viktig bidrag i bedringen for mennesker som har schizofrenidiagnose. Fysisk aktivitet kan gi mange positive effekter, hvis forholdene ligger til rette. Fysisk aktivitet kan gi mestringsopplevelser, men for å få de opplevelsene er det viktig å finne aktiviteter som passer til hver enkelt sine ønsker og mål. Ved passende krav kan man oppnå mestring.

Opplevd mestring må være til stede for opplevelsen av selvaktelse. Selvaktelse kan da være en viktig konsekvens av mestring. Her kan fysisk aktivitet med mestringsopplevelse, være en aktivitet for mennesker med schizofrenidiagnose som kan gi selvaktelse. For å oppnå selvaktelse er det områder som betyr mest for brukeren som må tillegges størst vekt. Fysisk aktivitet kan føre til økt selvaktelse hvis han får en opplevelse av økt personlig kompetanse og verdi gjennom mestringsopplevelser. Dette kan føre til bedring.

Fysisk aktivitet kan også brukes som mestringsstrategi for mennesker med schizofrenidiagnose. Det kan brukes som en distraksjon for å få bedre kontroll over, for eksempel plagsomme stemmer. Men samtidig kan stemmene forteller oss noe viktig, som vi også må forholde oss til.

Som hjelper er det viktig å ha en anerkjennende holdning. Vi må ha fokuset på en god relasjon gjennom å lytte, akseptere og gi bekræftelse slik at selvet og relasjonen utvikles. Vi kan bidra med å integrere nye positive tanker ved å fokusere på mestringsopplevelser. Slik kan også relasjonene øke selvaktelsen.

Adferdsendring ved fysisk trening har gode sjanser for å lykkes. Og er man først i gang blir det lettere å fortsette, særlig med en anerkjennende relasjon. Moderat intensitet ut i



naturen kan virke positivt. Fysisk aktivitet kan også være en selvhjelpsvirksomhet som er sosialt akseptert og kan gi nye sosiale arenaer. Det er allikevel den indre livskraft, vilje til å bli frisk som er avgjørende for endring.

Ut fra dette litteraturstudiet ser jeg det slik at fysisk aktivitet er en selvhjelpsvirksomhet hvor mennesker med schizofrenidiagnose kan få gode mestringsopplevelser, oppnå selvaktelse som igjen kan føre til bedring. Det er avgjørende at aktiviteten er brukerens ønske og tilpasset på en slik måte at brukeren kan få selvaktelse under og etter gjennomføring.

**Litteratur:**

Aadland, Einar (2004). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Bunkholdt, Vigdis (2002). *Psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dallan, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Garsjø, Olav (2001). *Sosiologiske tenkemåter*. Kap.3 Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Linde og Nordlund (2003). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. Otta: Universitetsforlaget.

Snoek og Engedal (2008). *Psykometri*. Otta: Akribe forlag.

Vatne, Solfrid (1998). *Pasienten først*. Bergen –Sandviken: Fagbokforlaget.

**Selvvalgt pensum**

Andersen, Morten Holm (2005). *Kognitiv terapi*. Red. Merete M. Mørch & Nicoline K.

Rosenberg. København: Hans Reitzels Forlag.

Barth, Tom, Tore Børtveit og Peter Prescott (2001). *Endringsfokusert rådgiving*.

Borg, Marit og Alain Topor (2003). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Eriksen, Tove Brita (2006). *Født til bevegelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Espnes, Geir Aril og Geir Smedslund (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk

Fredriksen, Geir Margido (2009). Å arbeide med stemmer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Nr.3

Folkestad, Helge (2009). I: Gunn Strand Hutchinson (red.). *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Gretland, Anne (2007). *Den rasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen Fagbokforlaget.
- Gråwe, Rolf W. (2005). Sosial ferdighetstrening for personer med alvorlige psykiske lidelser. I: Rund, Bjørn Rishovd (red.) (2006). *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Hagen, Roger (2005). Kognitiv terapi ved schizofreni. I: Rund, Bjørn Rishovd (red.) (2006). *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggen, Kåre (2007). I: Ekeland, Tor- Johan og Kåre Heggen (red.) *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Johannessen, Jan Olav (2005). Schizofreni - klinisk bilde og utbredelse. I: Rund, Bjørn Rishovd (red.) (2006). *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Langeland, Eva (2006). Mestring av psykiske helseproblem. I: Arve Almvik og Lisbet Borge (red.) *Psykisk helsearbeid i nye sko*. s. 87-103 Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, Egil (2004). *Kropp og sinn, Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Møller, Paul (2006) Prodromalfasen- innfallsporten til forebygging og psykopatologisk forståelse. I: Rund, Bjørn Rishovd (red.) (2006). *Schizofreni*. s. 66-86. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Prescott, Peter og Tore Børtveit (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rund, Bjørn Rishovd (red.) (2006). *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Schibbye, Anne Lise Løvlie (2009). *Relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schibbye, Anne Lise Løvlie (1996). Anerkjennelse: En terapeutisk intervensjon? 33530 – 537. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Universitetet i Oslo.

Skard, Halldor (2004). *Kunsten og være i bevegelse*. Oslo: Skapende livstil.

Skard, Halldor (2007). *Kreativ optimisme*. Latvia: J.W. Cappelens Forlag.

Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd og Erik Stånicke (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thorsen, Gerd- Ragna Bloch og Jan Olav Johannessen (2005). *Schizofreni*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Torgalsbøen, Anne-Kari (2006). Schizofreni og full restitusjon. I: Rund, Bjørn Rishovd (red.) (2006). *Schizofreni*. s. 88-102. Stavanger: Hertervik Forlag.

Topor, Alain (2002). *At komme sig*. København K.: Videnscenter for Socialpsykiatri

Topor, Alain (2006). *Hva hjelper. Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget. AS.

Topor, Alain, Johan Svensson, Carsten Bjerke, Marit Borg og Elin Kufås (2002). *Vendepunktet*. København K.: Videnscenter for Socialpsykiatri

Vatne, Solfrid (2006). *Korrigere og anerkjenne*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

#### **Internett:**

Bjørkvik, Jofrid (2009). *Selvaktelse hos pasienter innen psykisk helsevern*. På internett: [http://bora.uib.no/bitstream/1956/3787/1/Dr.thesis\\_Jofrid%20Bjorkvik.pdf](http://bora.uib.no/bitstream/1956/3787/1/Dr.thesis_Jofrid%20Bjorkvik.pdf) (lest11.03.10).

Bjørnstadjordet, Kristin (2009). Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni. *Fysioterapeuten* nr 5 2009. På internett:  
[http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/fag\\_vitenskap/fagartikler/427153](http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/fag_vitenskap/fagartikler/427153)  
(lest 19.05.10)

### **Offentlig publikasjoner:**

Helse og omsorgsdepartementet (2004). *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009*. På internett:  
[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan\\_2005-2009.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan_2005-2009.pdf) (lest 11.03.10)

Helse og omsorgsdepartementet (2010). Stortingsmelding 47. *Samhandlingsreformen*. På internett:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen.html>  
(lest 19.05.10).

Helse og omsorgsdepartementet (1996/97). Stortingsmelding 25. *Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. På internett:  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086) (lest 19.05.10).

Helse og omsorgsdepartementet (1996-2008). *Opptrappingsplanene for psykisk helse*. På internett:  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk\\_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html?id=274864](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html?id=274864) (lest 19.05.10).

Møre og Romsdal fylkeskommune (2010). Kulturutvalget 03.03.10 Ku-15/10 A. *Undersøking om fysisk aktivitet i Møre og Romsdal*. På internett:  
<http://www.mrfylke.no/Politikk/Raad-og-utval/Kulturutvalet/Saker> (lest 11.05.10).