



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan man ved hjelp av personsentrert tilnærming, hjelpe et menneske med alvorlig depresjon gjennom å introdusere fysisk aktivitet?

Karina Meyer Digernes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 23.04.2020



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dahle

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 14.04.20

Antall ord: 8685 ord

Sammendrag

I voksenpsykiatrien møter man pasienter med ulike psykiske utfordringer. Det er både spennende, krevende og lærerikt. Måten man møter pasientene på, og viktigheten av å møte pasienten «der han er», er svært viktig for det videre arbeidet. Alliansebygging og relasjon er viktige begrep å ha med seg. Som terapeut er det viktig å bruke tid på å bli kjent med hver enkelt pasient som et unikt menneske med unike behov. Jeg er interessert i sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse og ønsker å tilegne meg mer kunnskap på området. Målet med denne oppgaven er å finne ut hvordan man i jobben som psykisk helsearbeider kan hjelpe mennesker med alvorlig depresjon ved hjelp av personsentrert tilnærming og å introdusere fysisk aktivitet som et hjelpemiddel på veien mot bedre psykisk helse. Ut ifra dette har jeg laget meg problemstillingen:

Hvordan kan man ved hjelp av personsentrert tilnærming, hjelpe et menneske med alvorlig depresjon gjennom å introdusere fysisk aktivitet?

Jeg skal forsøke å besvare problemstillingen min ved å benytte meg av personsentrert terapi og humanistisk psykologisk tankegang. I følge Haugsgjerd mfl. (2012) jobber man utfra et humanistisk perspektiv når man bruker en personsentrert tilnærming. Humanistisk psykologi har sine røtter fra hermeneutikken og eksistensialismen, det er en måte å forstå hele mennesket på. Grunnprinsippet er at menneskelig skaperkraft står sentralt. Mennesket er unikt og dermed forskjellig. Et hvert menneske har vekstpotensial iboende i seg. Dette vil vokse om mennesket blir sett og møtt nok. Man realiserer selvet og den man er i relasjon med andre (Rognes, 1979). Psykisk ubehag vil komme når man ikke klarer å ta valg. Å ikke klare å ta valg er en trussel mot selvet. Uten valg kommer stagnasjon og angst. Angst kan sees på som en endringsressurs, som et drivverk. Målet er å finne hensikt og mening, ikke lete etter årsak. Klienten har løsningen selv, terapeuten vil hjelpe med å reflektere rundt de temaene klienten selv tar opp. Relasjonen mellom terapeut og pasient er helheten og terapirelasjonen er både mål og middel.

Oppgaven vil handle om bruk av personsentrert tilnærming opp imot depresjon og belyse hvordan man ved hjelp av fysisk aktivitet kan oppnå bedre psykisk helse og oppleve selvaktualisering. Oppgaven vil belyse fordeler ved tilnærmingen, og se på hva personsentrert tilnærming kan tilføre psykisk helsearbeid i møte med mennesker med

depresjon. Oppgaven tar for seg ulike begrep innen humanistisk menneskesyn, Maslows behovspyramide, personsentrert tilnærming, definisjon og nyere forskning på depresjon og fysisk aktivitet. Oppgaven tar med seg disse begrepene videre i et narrativ og drøfter hva som kan tilføres. Til slutt har den en avslutningsdel der det blir oppsummert hva som har blitt drøftet og hvilken forskning som kunne vært aktuell videre i fagutviklingen.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1	Problemstilling	1
1.2	Litteratursøk	2
2.0	Teori	4
2.1	Depresjon	4
2.2	Fysisk aktivitet og depresjon	5
2.3	Humanistisk psykologi	6
	2.3.1. Maslows behovspyramide	7
	2.3.2 Personsentrert tilnærming	9
	2.3.3 Sentrale punkter i det terapeutiske arbeidet i personsentrert tilnærming	10
2.4	Personsentrert tilnærming og depresjon	13
3.0	Empiri	14
3.1	Narrativ, møtet mellom klienten og meg	14
4.0	Diskusjonsdel	
	Hvordan kan man ved hjelp av personsentrert tilnærming, hjelpe et menneske med alvorlig depresjon gjennom å introdusere fysisk aktivitet	17
4.1	Hvordan forstå mannen ut ifra et humanistisk perspektiv	17
4.2	På hvilken måte virker fysisk aktivitet vekstfremmende	19
4.3	Er det en sammenheng mellom selvrealisering og fysisk fostring	22
5.0	Avslutning	24
	Referanseliste	25

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I mitt arbeid som psykisk helsearbeider i voksenpsykiatrien har jeg erfart at fysisk aktivitet er en viktig komponent på veien mot å oppnå bedre psykisk helse. Den følelsen av velvære fysisk aktivitet gir, er uvurderlig. Ofte settes det som en daglig aktivitet på en dagsplan, og i noen tilfeller, om pasientgruppen tåler det, gis det tilbud om fysisk aktivitet i grupper. Det individuelle behovet er ofte større enn det avdelingen har kapasitet og ressurser til. Ideelt sett mener jeg alle skulle hatt individuell oppfølging med tilpasset aktivitet. Om dette ville være besparende for samfunnet på sikt, ført til raskere bedring for den enkelte og økt egenkapasitet kan man gjøre seg tanker om. Jeg har også personlig erfart hvor nyttig og viktig fysisk aktivitet har vært for å mestre en livskrise. På bakgrunn av dette, har jeg stor interesse av å se nærmere på hva forskningen sier om forholdet mellom psykisk helse og fysisk aktivitet. Jeg har valgt å se nærmere på dette forholdet med humanistiske briller på.

1.2 Problemstilling

For å undersøke sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse, og et hvert menneskes behov for selvrealisering, har jeg bestemt meg for å belyse temaet ut ifra følgende hovedproblemstilling:

Hvordan kan man ved hjelp av personsentrert tilnærming, hjelpe et menneske med alvorlig depresjon gjennom å introdusere fysisk aktivitet?

For å svare på problemstillingen vil teori om det humanistiske menneskesynet, Carl Rogers og den personsentrerte tilnærmingen og Maslows behovsteori være relevant, samt tilnærmingens syn på psykisk helse og uhelse. Maslow beskriver det øverste nivået på behovspyramiden som er selvrealisering. Rogers mener at ethvert menneske har vekstpotensial boende i seg og videre at alle mennesker kan nå sitt fulle potensiale og det blir møtt og sett nok. Innenfor personsentrert tilnærming er det også valgt ut enkelte

begrep som vil bli belyst videre i oppgaven. Jeg har funnet nyere forskning som underbygger betydningen av fysisk aktivitet for bedring ved alvorlig depresjon og personsentrert tilnærming ved alvorlig depresjon. Teorien vil videre bli brukt for å illustrere hvordan personsentrert tilnærming kan brukes opp mot narrativet gjennom diskusjonsdelen. Jeg har valgt å avgrense oppgaven slik at den gjelder eldre mennesker over 60 år, som plages av alvorlig depresjon. Jeg avgrenser den videre til å gjelde de som legges inn i voksenpsykiatrien på sykehus for hjelp og behandling. Carl Rogers bruker ordet klient når han omtaler menneskene han hjelper. Jeg vil derfor gjennom oppgaven bruke ordet klient i stedet for pasient.

Overstående gir også grunnlag for følgende delproblemstillinger:

-Hvordan forstå klienten ut ifra et humanistisk perspektiv?

-På hvilken måte virker fysisk aktivitet vekstfremmende?

-Er det en sammenheng mellom selvrealisering og fysisk fostring?

1.3 Litteratursøk

Utover litteratur i pensum ble det søkt i litteratursøkebasene OVID og Psychinfo. Det ble benyttet søkeordene depres*, physical* activ*, client-center*. På disse tre søkeord brukte jeg OR og AND for å finne artikler som omfattet disse. Søkte også med søkeordet humanis*, men dette gav ingen søkeresultat. Client-center* kombintert med depres* og physical* activ* gav meg derimot 7 aktuelle artikler i OVID og 13 i Psychinfo. Søket ble avgrenset til de siste 10 årene, her ble det valgt skandinavisk og engelsk språk. De artiklene dette søket gav fant jeg ikke helt treffende for oppgaven min fordi det gjaldt andre pasientgrupper enn jeg så etter, valgte derfor å ikke bruke noen av disse.

Videre søkte jeg to og to av de opp mot hverandre av mine tre hovedsøkeord; client-centered OR depression, depression OR physical activity. Dette gav flere treff, og jeg landet på noen som jeg valgte å bruke i oppgaven min. Ved kombinasjon av søkeordene fysisk aktivitet og depresjon fant jeg artikkelen "*Exercise or body awareness therapy as*

add-on treatment for major depression: A controlled study” (Danielsson et al., 2014). Ved kombinasjon av søkeordene klientsentrert tilnærming og depresjon fant jeg følgende artikkel “*A person-centered approach to individuals experiencing depression and anxiety*” (Tursi et al., 2014). Jeg gjorde også et manuelt søk og fant en artikkel jeg valgte å bruke fordi jeg synes de belyser fint fordelen ved å jobbe personsentrert: “*What every therapist should know, be and do: Contributions from humanistic psychotherapies*” (Cain, 2007). Videre velger jeg å bruke pensumlitteratur og annen selvvalgt litteratur for å belyse oppgaven min best mulig.

2.0 Teori

2.1 Depresjon

I den norske befolkningen er depresjon og angst de mest vanlige psykiske lidelsene (Helsedirektoratet, 2009). Disse gir både kroppslige og psykiske symptomer. I verden lider mer enn 264 millioner mennesker i alle aldre av depresjon, man kan si depresjon er en vanlig psykisk lidelse (WHO, 2017). Depresjon er en stor bidragsyter til den generelle globale sykdomsbyrden og en av de store grunnene til funksjonshemming i verden. Depresjon rammer flere kvinner enn menn, og det kan føre til selvmord. Det finnes effektive psykologiske og farmakologiske behandlinger for moderat og alvorlig depresjon.

Ved tilbakevendende depressiv lidelse kommer gjentatte depressive episoder (WHO, 2017). I disse episodene opplever personen deprimert humør, tap av interesse og glede, og redusert energi som fører til redusert aktivitet i minst to uker. Mange mennesker med depresjon lider også av angstsymptomer, dårlig søvn og appetitt, og kan føle på skyld eller lavt egenverd, dårlig konsentrasjon og noen ganger symptomer som ikke kan forklares av en medisinsk diagnose. Avhengig av antall og alvorlighetsgrad av symptomer, kan en depressiv episode kategoriseres som mild, moderat eller alvorlig. En person med en mild depressiv episode kan ha problemer med å fortsette i vanlig arbeid og sosiale aktiviteter, men vil sannsynligvis ikke slutte å fungere helt. Under en alvorlig depressiv episode er det lite sannsynlig at personen vil klare å fortsette med medvirkende faktorer og forebygging.

Depresjon skyldes et komplekst samspill mellom sosiale, psykologiske og biologiske faktorer (WHO, 2017). Personer som har opplevd vanskelige livshendelser som arbeidsledighet, sorg, psykisk traume, har større sannsynlighet for å utvikle depresjon. Depresjon kan i så fall føre til mer stress og dysfunksjon og forverre personens depresjon og livssituasjon. Det er sammenheng mellom depresjon og fysisk helse. For eksempel kan kardiovaskulær sykdom føre til depresjon og omvendt. Forebyggende programmer har vist seg å redusere depresjon. Effektive tilnærminger i samfunnet for å forebygge depresjon kan være skolebaserte programmer for å forbedre positive tankemønstre hos barn og unge. Intervensjoner for foreldre til barn med atferdsproblemer kan redusere foreldrenes depressive symptomer og forbedre resultatene for barna deres. For eldre kan treningsprogrammer være effektivt for forebygging av depresjon.

2.2 Fysisk aktivitet og depresjon

Helsedirektoratet sier at fysisk aktive mennesker har redusert sannsynlighet for å utvikle depresjon sammenlignet med fysisk inaktive (Helsedirektoratet, 2009). Regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depressive symptomer ved lett til moderat depresjon. For pasienter som ikke har respondert tilfredsstillende på antidepressive medikamenter, kan fysisk aktivitet være nyttig som et tillegg i behandlingen. Det ukomplisert å kombinere fysisk aktivitet og medikamentell behandling for de fleste pasienter, men ingen studier har vist at slik kombinasjonsbehandling er mer effektivt enn de enkelte behandlingsmetodene hver for seg. Fysisk aktivitet tilsvarende de vanlige helseanbefalinger (en halv times aktivitet de fleste av ukens dager med en intensitet tilsvarende en rask spasertur), har antidepressiv effekt, mens energiforbruk på halvparten av dette ikke er sikkert bedre enn placebo. Ulike former for fysisk aktivitet, som gange, jogging eller trening med vekter, ser ut til å ha likeverdig effekt. Det viktigste er at en er i aktivitet og bruker kroppen regelmessig, ikke hvordan man trener. Effekten man får kan skyldes biologiske mekanismer, opplevelse av mestring og avledning fra depressive tanker og følelser, og den sosiale sammenhengen treningen inngår i. Uavhengig av alder, bør alle pasienter, informeres om fordelene ved å følge et strukturert treningsprogram, gjerne med egen trener, typisk opptil tre treningsøkter per uke av moderat lengde (45 minutter til 1 time) i 10 til 14 uker (gjennomsnittlig 12 uker). Et eksempel er «Aktiv på dagtid» (Helsedirektoratet, 2009), som mange steder i landet tilbyr organisert fysisk aktivitet for mennesker som mottar trygdeytelser. Kommunale treningskontakter kan være til god hjelp og kan motivere til fysisk aktivitet. Se også tipsheftet «Aktiv og frisk» – fysisk aktivitet og psykisk helse, og Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling (Helsedirektoratet, 2009).

L.Danielsson et al. (2014) studerte effekten av fysisk aktivitet ved depresjon. De har sett på trenings- og kroppsbevissthetsterapi, som tilleggsbehandling for større depresjoner. Resultatet i treningsgruppen viste forbedringer i MADRS score og kondisjon. Pre-protokollanalyse bekreftet effekten av trening og indikerte at grunnleggende kroppsbevissthetsterapi har en effekt på egenvurdert depresjon. Deres funn antyder at fysisk aktivitet under veiledning kan være en levedyktig klinisk strategi for å inspirere og veilede personer med større depresjoner til å trene.

2.3 Humanistisk psykologi

Betegnelsen humanistisk psykologi er fra 1960-tallet og oppstod i USA. På begynnelsen av 1970-tallet blir det den sentrale retningen innenfor vestlig psykologi (Haugsgjerd et al., 2012). Denne framholder helhetsforståelsen av mennesket og forstås som en åndsvitenskap. Den humanistiske psykologien har hentet sin filosofiske inspirasjon fra eksistensialismen, fenomenologien og hermeneutikken. Eksistensialismen har en grunnleggende interesse for den menneskelige situasjon, en situasjon som skyldes kløften mellom menneskets forhåpninger og dets begrensninger. Kløften etableres mellom hva jeg er, hva jeg gjerne ville ha vært og hva jeg kunne ha vært. Maslow hevder at dette er grunnkonflikten i mennesket og i det menneskelige liv. Menneskets dobbelte natur betyr i sin konsekvens at det finnes problemer som vil være uløselige. I stedet må vi fokusere på mennesket og dets muligheter her og nå. Eksistensialismen betoner sterkt at mennesket til syvende og sist står alene. En viktig side er de konsekvensene denne ensomheten skaper for vår forståelse av mellommenneskelig kommunikasjon. Hvis vi forutsetter at mennesket står alene, hvordan etableres da kommunikasjon gjennom intuisjon og empati, kjærighet og hengivenhet og identifikasjon med andre? Maslow hevder at vår forståelse av kommunikasjon som noe felles og overensstemmende blir snudd totalt på hodet av ideen om at mennesket står alene. Han hevder videre at vi tar dette for gitt -vi burde tenke på kommunikasjon og samspill som mirakler. I humanismen tenker man at et sunt og velintegret individ kjennetegnes ved å være drevet av ett motiv; selvaktualisering (Haugsgjerd et al., 2012). Selvaktualisering er en formålsbestemt søken etter å aktualisere ens iboende, medfødte muligheter, og er det aspektet ved mennesket som skiller det fra dyrene. Den psykologiske forståelsen har som hovedmål å styrke det enkelte menneskets trygghetsfølelse, dets selvrespekt og selvforståelse. Slik kan mennesket føle seg langt friere til å bruke og realisere sine evner, anlegg og interesser. Slik kom begrepet om selvaktualisering til å stå sentralt både i forståelsen av mennesket og i det metodiske arbeidet. Selvaktualiseringen innebærer en personlig frigjøring fra falske selv-bilder som finnes både i kroppen og sjelen. Humanistisk psykologi ser på personlig utvikling som det sentrale i både teori og praksis. Tiltroen til at ethvert menneske kan utvikle sine egne ressurser, betyr at man arbeider for å skape et aksepterende klima mellom terapeut og klient. Terapeuten kan bidra med dette gjennom en såkalt terapeutisk holdning. Humanistisk psykologi er ikke opptatt av sykdom og bryter radikalt med den tradisjonelle sykdomsforståelsen knyttet til psykiske problemer (Haugsgjerd et al., 2012). Når et

menneske opplever følelsesmessige problemer, forstås det i lys av at mennesket har mistet kontakten med seg selv og det sosiale livet. Gjennom ikke å være i kontakt med seg selv lever mennesket uekte. Det er inne i en prosess der følelsesmessig forknytthet og isolasjon skaper grunnlag for fremmedgjøring. Individet føler seg ufritt til å velge sitt eget liv. Gjennom prosessen kjenner man på følelser som nedstemthet, tristhet, isolasjon og hjelpeløshet. Fremmedgjøringsprosessen sees også i forholdet til andre mennesker og opplevelsen av kontakt og kommunikasjon. Mennesket føler ikke ekthet i og nærhet i disse relasjonene, det fremstår som bundet og rigid. Helheten i fremmedgjøringsprosessen gjør at mennesket i den aktuelle livssituasjonen ikke har funnet, eller har mistet, det som gir mening i livet.

2.3.1 Maslows behovspyramide

Psykologen Abraham Maslow er den i nyere tid har betydd mest for utviklingen og eksponeringen av humanistisk psykologi (Haugsgjerd et al., 2012). Han utviklet naturalistisk verditeori som hviler på en grunntese at menneskets innerste natur er god eller nøytral, ikke ond eller dyrisk. Aggresjon eller destruktivitet forklares utelukkende som reaksjoner på frustrerende og hemmende miljøfaktorer. Gjennom fri utfoldelse og selvaktualisering uten dominans av restriksjoner eller mangelfull behovstilfredsstillelse vil et menneske kunne aktualisere seg basert på naturbestemte verdier som kreativitet, kjærlighet og erkjennelse, og på den måten kan det oppnå lykke og sunnhet. Maslow kritiserte den etablerte psykologien for å ha lagt større vekt på mental sykdom enn mental sunnhet. Maslow gjennomførte studier av personer som fremstod som selvaktualiserende og sunne for å kunne frembringe noen felles kjennetegn (Haugsgjerd et al., 2012). Noen av disse kjennetegnene var realitetssans, toleranse og selvaksept, spontanitet, uavhengighet og selvstendighet, humor, dype og varige følelser og demokratisk livsholdning.

I 1943 utviklet Maslow behovspyramiden (Haugsgjerd et al., 2012). Han satte opp menneskets behov i et behovshierarki. Den søker å finne frem til grunnleggende behov som kan forklare menneskets adferd og motivasjon. Behovene dekkes nedenfra og opp i pyramiden. De tre første trinnene handler om mangelbehov. Får vi ikke dekket disse kan vi ikke fungere skikkelig. Når vi mangler noen av dem fungerer mangelen som drivkraft til å

få dem dekket. De to øverste trinnene handler om vekstbehov. De trenger vi ikke å få dekket for å leve, men kanskje for å være lykkelige og fornøyde med oss selv?

De fem trinnene i behovspyramiden er (Haugsgjerd et al., 2012):

1. Grunnleggende, fysiologiske behov. Vi må ha nok mat, vann og søvn. Sansestimulering og beskyttelse mot kulde eller varme hører også med her.

2. Behov for trygghet. Her står sikkerhet og forutsigbarhet knyttet til jobb og økonomi sentralt. Trygghet, regelmessighet og stabilitet er også viktig. Faste rammer og orden og struktur minsker hverdagsstress. Vi trenger også et trygt sted å bo og trygge omgivelser. Beskyttelse mot krig, vold og overgrep er en del av det å leve i sikkerhet.

3. Behov for kjærlighet og tilhørighet. Vi mennesker er sosiale vesener som trenger å inngå i et fellesskap og føle at vi hører til et sted. Det er viktig for oss å føle samhørighet og gi og motta kjærlighet. Får man ikke dekket dette behovet kan man bli ensom, få sosial angst og bli deprimert.

4. Behov for å bli akseptert, respektert og verdsatt. Vi ønsker anerkjennelse for våre prestasjoner og vi vil ha respekt. Status og prestisje hører også med her. Får man ikke dekket disse behovene kan det føre til lav selvtillit og utvikling av et mindreverdigetskompleks.

5. Behov for selvrealisering. Dette nivået handler om å få realisert drømmene sine og å få brukt evnene sine til det fulle. Vi har et behov for å stadig utvikle oss selv og å nå vårt fulle potensial.

Det er ikke absolutt (Haugsgjerd et al., 2012). Selv om Maslow mente at de nederste behovene måtte oppfylles først, er det vanlig at flere av behovene er tilfredsstillt samtidig. Man kan for eksempel både være tørst og sulten og samtidig oppleve kjærlighet og tilhørighet. Men er man tørst og sulten er ikke selvrealisering noe man er spesielt opptatt av.

2.3.2 Personsentrert tilnærming

Raskin et al. (2010) fremholder at man i det humanistiske perspektivet har en tro på at mennesket har selvinnstikk og utviklingspotensiale, man er ikke opptatt av diagnoser, men av opplevelsen til den enkelte. Individets opplevelse av situasjonen er alltid i sentrum av tilnærmingen. Hovedmotivet er selvaktualisering, gjennom å skape/finne mening. Terapeuten har ingen agenda, men er en medreisende for å hjelpe klienten å frigjøre tanker og hjelpe klienten til å se muligheter for vekst og utvikling. Personen skal gjenfinne sin styrke. Ved å lytte til mennesket, ikke være dirigerende, ikke komme med råd, ikke være ekspert, ønsker man å hjelpe klienten til å reflektere gjennom samtalen, og dermed stå sterkere til å gjøre endringer og valg (Raskin, Nathaniel m.fl., 2010). Selvaktualisering kommer innenfra, ved å igjen klare å ta valg vil stagnasjonen som fører til depresjon/angst/isolasjon opphøre og man vil igjen kjenne på at man er i vekst ved at man klarer å ta valg. Carl Rogers framholdt at selvet alltid arbeider med å skape overensstemmelse mellom erfaringsverden (det ytre) og jeget (det indre) (Rognes, 1979). En slik overensstemmelse danner grunnlaget for en indre og ytre frihet og fravær av angst. En mangelfull overensstemmelse aktualiserer konfliktområder fra barndommen, som klienten ikke er seg bevisst eller har tatt stilling til. Mangelfull overensstemmelse viser seg som angst og splittelse. Rogers utviklet en terapeutisk metode som han kalte klientsentrert psykoterapi. I klinisk praksis forsøker han å møte klienten som et subjekt. Klientens følelsesmessige og kroppslige opplevelse her-og-nå er sentralt i det terapeutiske arbeidet. Terapeuten legger stor vekt på å møte klienten i hans livsverden. Terapeuten og klienten vil sammen være opptatt av å søke en felles forståelse av klienten som et helt menneske. I lys av helheten forstås symptomer og problemer i de aktuelle livsbetingelsene til klienten. Helhetsperspektivet, både i forståelsen av problemene og i bearbeidingen av disse, er svært viktig. Sentralt er å skape betingelser for at klienten skal kunne ta valg på et fritt og selvstendig grunnlag. Å klargjøre og tydeliggjøre de valgmulighetene klienten har i ulike livssituasjoner og i kompliserte følelsesmessige opplevelser, er målet for terapiprosessen. Terapiprosessen skal avklare friheten til å velge og det ansvaret det innebærer å foreta valg. Klienten skal kunne oppleve større grad av ekthet og nærhet til seg selv og andre mennesker. Han vil da kunne fremstå som hel og vise sannere jeg-bilder. Klienten skal omgis med en varm, positiv og aksepterende atmosfære. Terapeutens oppmerksomhet skal være innrettet mot klienten, og han skal bevisst avspeile og reflektere klientens måte å

være på og resonnere på. Slik blir klienten bevisst sine egne ubevisste følelser og motiver, sin opptreden både verbalt og nonverbalt.

2.3.3 Sentrale punkter i det terapeutiske arbeidet i personsentrert tilnærming

Sentrale punkter i det terapeutiske arbeidet er ifølge Rogers; empati, ekthet, kongruens, bevissthet om følelser, frigjøring og vekst (Rognes, 1979).

1. Empati: terapeuten skal ta imot og kjenne den andres fortvilelse og smerte, og samtidig holde intensiteten og styrken i følelsene utenfor (Haugsgjerd et al., 2012). Slik streber terapeuten å forstå den andres indre referanseramme. Dette kaller Rogers empati og han beskriver det som er en aktiv og vedvarende her-og-nå prosess. Som en leteprosess hvor man prøver å møte den andre «hjemme» (Bjørkly, 2016). Terapeuten må jobbe med motstanden hos folk, det å utvikle forståelse selv. Det vil være viktig å alliere seg med motstanden. Klienten må oppleve terapeuten som empatisk, det er ikke noe klienten kan si at han er. Terapeuten må kunne godta korrigerende, ikke konstatere, men spørre.

2. Ubetinget positiv forståelse: terapeuten skal formidle håp og optimisme, være varm og aksepterende og ha tro på at mennesket har selvinnsikt. Dette er viktige elementer som terapeuten skal bidra med i terapien (Bjørkly, 2016). Det er ingen grense for hva det kan snakkes om. Terapeuten skal ikke være redd for å snakke om uforståelige tema som klienten tar opp. Han trenger ikke å være enig, men tilstrebe en aksept for den andre og forsøke å forstå klienten uten annet mål enn å hjelpe han til selvrealisering gjennom å finne og skape mening ved å sette ord på opplevelsene hans. Terapeuten må unngå å være moraliserende, pasienten må ikke oppleve at han er belastende for terapeuten. Ubetinget positiv forståelse innebærer at terapeuten anerkjenner individets rett til fullt ut selv å avgjøre hva slags person han vil være (Rognes, 1979). Individet har ansvar for sin egen utvikling, og terapeuten må vise omsorg for klienten som et selvstendig og verdifullt menneske. Terapeutens varme skal derfor være ikke-dømmende, og ifølge Rogers også betingelsesløs. En slik varme vil skape et varmt, godt terapeutisk klima, noe som er terapeuten ansvar. Terapeuten blir å se på som en veileder til et menneske som leter etter større grad av ekthet i seg selv (Haugsgjerd et al., 2012). Gjennom dette møtet vil både

terapeut og klient oppnå større innsikt og bevissthet om seg selv og sin egen selvforståelse, ved at de løfter frem problemer, forstår og erkjenner disse i møtet med hverandre. På denne måten vil terapiprosessen bidra til økt forståelse og erkjennelse av egne valgmuligheter og ressurser (Schibbye, 2002). Samtalen er det viktigste hjelpemiddelet. Gjennom samtalen gjør man en felles leting etter forståelse og utforskning av livsproblemer. Samtalen blir likeverdig gjennom forståelsen av det er et møte mellom to likeverdige mennesker. Terapeuten skal søke å ha en terapeutisk undring, man skal ikke trekke konklusjoner eller finne sannheter.

3. Ekthet og kongruens: «Å lete i seg selv for å komme nærmere den andres opplevelse» (Haugsgjerd et al., 2012). For å oppnå likevekt i møtet kan man formidle tilbake. Terapeuten må være bevisst egne følelser og reaksjoner som dukker opp underveis i samtalen. Det må til en viss grad være samsvar mellom adferd og følelser. Altså være åpen om egne følelser som kommer, følelser som oppstår her-og-nå, for eksempel knyttet til tema. Klienten befinner seg i en tilstand av inkongruens, idet han er sårbar eller engstelig. Terapeuten er kongruent innenfor rammen av forholdet til klienten, og han opplever en betingelsesløs positiv akseptering for klienten. Terapeuten viser en empatisk forståelse for klientens indre referanseramme, hans opplevelsesverden. Det er avgjørende at klienten oppfatter disse betingelsene, det vil si terapeutens forståelse for han. Rogers hevder at hvis disse betingelsene er tilfredsstillende, så vil alltid terapeutisk personlighetsforandring finne sted (Rognes, 1979). Betingelsene kan best kalles en rammebetingelse, fordi terapeutisk personlighetsforandring bare kan finne sted innenfor en viss ramme, nemlig i en kontaktpreget mellommenneskelig relasjon. Klientens inkongruens og at han oppfatter verden som mer eller mindre truende og dermed er disponert for angst og depresjon, er avgjørende. Når klienten må være sårbar, engstelig for at en terapeutisk personlighetsforandring skal kunne inntreffe, så skyldes dette at uten en viss sårbarhet eller angst, og en opplevelse av seg selv som hemmet i sin livsutfoldelse, ville ikke klienten være motivert for hjelp og forandring og terapeuten vil ikke kunne hjelpe eller forandre. Man kan ikke hjelpe en klient med mindre han selv vil det. Når det gjelder terapeutbetingelsene så må man være sensitiv for en annen persons eksistens fra øyeblikk til øyeblikk (Rognes, 1979). Det krever av oss som terapeuter at vi først aksepterer denne personen. Det må gis en betydelig grad av betingelsesløs, positiv akseptering. Det må være ekte. Disse kan ikke være oppfylt med mindre terapeuten opptrer integrert og ekte i det terapeutiske møtet. Dette elementet av kongruens, er derfor det mest grunnleggende av de

tre betingelsene. Det essensielle synes å være at terapeuten viser et ekte engasjement ovenfor klienten, og ikke minst at hans omsorg og empati er ekte.

4. Vekstpotensial, frigjøring og vekst: i personsentrert tenker man at mennesket produserer egne meninger, og det vil ha et vekstpotensial til å gjøre gode valg om det blir sett og møtt nok i sitt miljø (Haugsgjerd et al., 2012). Man tenker at vekstpotensialet vil frigjøres i prosessen når klienten opplever vekst og utvikling. Klienten opplever et sannere og mer ekte forhold til seg selv og sine følelser, og vil se seg selv på flere og ulike måter etter hvert som han sammen med terapeuten henter frem og reflekterer rundt sine problemer.

5. Selvet: Selvet trer frem i subjektform som et «jeg» i form av opplevelser om at jeg vil, jeg kan og jeg skal (Schibbye, 2002). Selvet er lik klients forestilling om seg selv. Selvet skaper en sammenhengende linje i form av kontinuitet og enhet i opplevelsene, som hindrer indre kaos. Selvet er vår livsverden, en aktiv agent i oss. I følge Rogers arbeider alltid selvet med å skape overensstemmelse mellom erfaringsverden og «jeget», noe som danner grunnlag for fravær av angst og depresjon. Selvet er et referansepunkt på hvordan individet ser verden. Opplevelser som ikke passer inn med selvet, kan bli oppfattet som en trussel mot det. Selvet går i et slags forsvar for trusselen, «et rigid selv». Ved et rigid selv klarer man ikke å ta valg. Ved et fleksibelt, aksepterende selv, vil man være i stand til å ta egne valg

6. Selvrealisering og valg: i den personsentrerte tilnærmingen er hovedmotivet selvrealisering (Schibbye, 2002). Man ønsker å realisere selvet og den en er og hvordan en vil være i relasjon til andre. Psykisk ubehag vil komme når man ikke klarer å ta valg. Å ikke klare å ta valg vil være en trussel mot selvet. Uten valg kommer stagnasjon og angst. Angst kan også sees på som en endringsressurs, et drivverk. Når klienten oppnår selvrealisering vil han oppleve å være et velgende menneske og kjenne på personlig vekst. En går fra å ha et rigid selv til å få et mer fleksibelt og aksepterende selv.

2.4 Personsentrert tilnærming og depresjon

Cain (2007) laget en oppsummering på hva han mener er noe av det mest nyttige for alle terapeuter å vurdere å innlemme i sin terapeutiske praksis. Her ble blant annet Carl Rogers bidrag ansett for å være både universell og grunnleggende jamtfør hans sterke vektlegging av det terapeutiske forholdet og viktigheten av empatisk respons. Cain (2007) trakk også frem en rekke humanistiske terapeuter, nevner Orlinsky (1994), Miller, Duncan, Hubble (1997) and Lambert (1992), som alle har lagt vekt på viktigheten av å jobbe med klienters følelser, effektiv bruk av selvet, relasjonell involvering og dybde, og å arbeide innenfor klientens referanseramme, fokusere på selvkonseptet, være til stede og hjelpe klienter å omfavne valg og ansvarlighet, som alle er adressert i denne artikkelen. Alle klienter ønsker å bli forstått og akseptert som de er av en terapeut som er pålitelig, omsorgsfull og optimistisk med tanke på deres evne til å endre. I 30 års praksis har Cain aldri møtt en klient som klaget over å bli forstått, eller en som ikke ønsket å bli verdsatt til tross for feil og problematisk atferd. Når klienter søker hjelp, er det vanligvis på et punkt hvor de blir fast og motløs at det de gjør ikke fungerer. I denne motløsheten ønsker klienter en terapeut som føler håp for klientens evne til å takle problemene sine og komme videre. Forskning på klienters opplevelse av psykoterapeuter bekrefter synet på at klienter er mye mer opptatt av de personlige egenskapene til deres terapeuter enn teknikkene deres. I følge Cain (2007) er det gode grunner til at Rogers ideer er tidløse og universelle i sin relevans for alle versjoner av psykoterapi, og til at Rogers ble identifisert som den mest innflytelsesrike psykoterapeut i en undersøkelse av klinisk rådgivende psykologer. Hans ideer gir et grunnlag for å jobbe med et mangfoldig utvalg av klienter og problemer som kan innlemmes i nesten hvilken som helst terapeut sin foretrukne arbeidsform. Rogers lærte oss viktigheten av å lytte og søke å forstå klientens subjektive verden.

I en studie av Tursi (2014) undersøkte de effekten av personsentrert tilnærming hos individer som erfarte depresjon og angst. Resultatene deres støtter konklusjonen om at dette perspektivet er effektivt med personer med depresjon og angst.

3.0 Empiri

3.1 Narrativ, møtet mellom klienten og meg

Jeg har valgt å kalle klienten «Frank» i oppgaven min. Narrativet er anonymisert. Frank ble innlagt akutt i voksenpsykiatrien under tvang. Han ble innlagt grunnet alvorlig depresjon med fare for liv og helse. Etter et døgn stabilisering ved mottakspost, ble han overflyttet til Alderspsykiatrisk sengepost. Jeg hadde ansvarsvakt denne dagen, og ble derfor ansvarlig for mottaket, samt primærkontakt for det videre behandlingsforløpet. Frank er 60 år, han ble for vel ett år siden separert fra sin kone gjennom 35 år. De har siden bor i hver sin etasje i en stor enebolig. Sammen har de 3 voksne barn og 6 barnebarn, alle bosatt i samme kommune. Frank har vært arbeidsaktiv hele livet og svært aktiv og glad i naturen og fjellet. I sine yngre dager drev han aktivt med fjellklatring. Han har vært en ressurssterk mann, far og bestefar. Det siste året har han gradvis isolert seg.

I den første samtalen med Frank og hans ektefelle, ved overflyttingen til Alderspsykiatrisk sengepost, var det ektefellen som snakket og fortalte klientens historie. Frank var stille, jeg oppfattet det slik at han ikke var tilgjengelig for samtale på dette tidspunktet. Frank gav ektefellen godkjennelse til å snakke med oss. Ektefellen fortalte at Frank hadde lagt i sengen sin i fosterstilling den siste tiden. Hun fortalte at hun har sett situasjonen bli gradvis verre det siste halvåret. Hun har forsøkt å motivere Frank til å søke hjelp, noe han har motsatt seg. I forkant av innleggelsen, valgte hun å kontakte fastlegen hvor hun uttrykte sterk bekymring for ektemannens helsetilstand. Fastlegen kom på hjemmebesøk, og uten Franks samtykke ble det bestemt at Frank hadde behov for innleggelse som et livreddende tiltak. Han gjorde ikke fysisk motstand. Det ble ikke brukt fysisk tvang.

Etter dette første møtet, dro ektefellen hjem, og jeg forsøkte å etablere kontakt med Frank. Han lå i sengen og gav svært lite kontakt. Han gav ingen øyekontakt, hadde lang latenstid, gav korte svar. I samråd med vakthavende lege valgte vi å avvente med videre samtale til klienten var mer tilgjengelig. På grunn av hans lave funksjonsnivå var det i første omgang de basale behovene som mat, drikke, hvile, ernæring, omsorg og trygghet som måtte dekkes. Det ble også startet opp med medikamentell behandling. Mitt fokus i starten var å se og møte klienten der han var, gi han omsorg og anerkjennelse.

Den første uken skjedde det ikke de store endringene, man jobbet med museskritt. Klienten fikk lite stimuli fra omgivelsene. Stabilitet, med få personale å forholde seg til, å bli sett og møtt som menneske «der han er», var målet den første uken. Mat og drikke ble servert på rommet, hvorpå Frank tok til seg næring på oppfordring. Jeg foreslo på dag to at Frank skulle sette seg på sengekanten for å spise. At det ikke skulle brukes bekken, men han skulle følges til toalettbesøk. Han viste motstand ved lite kommunikasjon og initiativ. For å motivere ble dette begrunnet med at kroppen trenger å mobiliseres for å unngå komplikasjoner. Her måtte jeg være ledende, alliere meg med motstanden, noe jeg vurderte som nødvendig fordi jeg hadde kunnskap om hvilke komplikasjoner som kan oppstå om kroppen ikke aktiviseres. Jeg trygget og motiverte klienten, uten særlig interesse fra hans side, opp fra sengen for morgenstell og måltider. Frank sa seg omsider enig i å spise måltidene oppe i en stol på rommet. Videre jobbet jeg fremdeles ledende, «hands-on». Frank ble motivert til å gå litt inne på rommet, etterhvert i korridorene, deretter til å delta i fellesmiljøet. Først til å spise et måltid på spisestuen, etter hvert flere. Senere ble Frank anbefalt å delta på avdelingens daglige morgensamling med morgentrim. Vi lagde ukeplaner, med økende aktivitetsnivå, hele tiden i samarbeid med klienten. På denne måten opplevde jeg at Frank tok mer og mer aktive valg for livet sitt.

En måned ut i forløpet hadde vi en samtale, hvorpå jeg spurte Frank om vi kunne prate om fysisk aktivitet, hvis det var greit for han. Frank bekreftet at dette var noe han ønsket å snakke om.

Terapeut: «jeg tenkte vi kunne ta en oppsummering på fremgangen din. Hvordan jeg opplever bedringen din. Er det greit for deg?».

Frank: «ja, det er helt greit».

Terapeut: «fra å være sengeliggende uten håp eller ønsker for ditt eget liv, til å gradvis ha klart å aktivisere kroppen din, ser jeg deg nå med en mer aktiv kropp og et mer aksepterende sinn». «Hva tenker du om dette?»

Frank: «jeg føler meg bedre, jeg kjenner på at når kroppen min kan fungere igjen gjør det meg lettere til sinns».

I løpet av denne samtalen ble vi enige om å øke opp den fysiske aktiviteten. Både fordi klienten har sett en sammenheng i bedringsprosessen sin frem til nå, mellom sin fysiske og psykiske helse, men også fordi en av ressursene til klienten er glede gjennom opplevelser i naturen. Vi startet med korte turer inne på sykehuset. Etter hvert ble turene lagt utendørs. Lengre og lengre. Klienten deltok aktivt i planleggingen av turene. Noen ganger avlyste han fordi han følte på sorg og nedstemthet, men stort sett hadde han et sterkt ønske om å gjennomføre. Etter hvert begynte han å komme med egne ønsker rundt turene. Turene rommet alltid støttesamtaler. Det viste seg å være en god kombinasjon. Han ble mer og mer aktiv når det gjaldt å ta valg. Etter hvert ytret han ønske om å gå tur for å kjøpe seg aviser. Jeg så et menneske som hadde løftet blikket utover, som viste interesse for verden utenfor. Veien videre ble å øve på balansen mellom aktivitet og hvile.

Frank var innlagt ved avdelingen i 4 måneder. Da han ble skrevet ut til jul, gledet han seg til å feire høytiden sammen med familien. Han uttrykte håp og drømmer for framtiden. Han fremstod som mer frigjort og selvaktualiserende, som et mer helt og samlet menneske som igjen var i vekst og utvikling.

4.0 Diskusjon

Hvordan kan man ved hjelp av personsentrert tilnærming, hjelpe et menneske med alvorlig depresjon gjennom å introdusere fysisk aktivitet?

4.1 Hvordan forstå klienten ut ifra et humanistisk perspektiv

Før jeg tok imot Frank ved sengeposten, reflektere jeg over hans situasjon for å danne meg en første forståelse. Jeg la merke til flere forhold, at han har blitt pensjonist, har gått gjennom et samlivsbrudd, har isolert seg i økende grad og ikke hatt særlig kontakt med familie og venner. Derav kan det antas at Frank har opplevd flere tap i livet, og har sorg relatert til disse tapene. Han og ektefellen har levd sammen i hele det voksne liv. Hans arbeidsforhold og tidligere interesse for skog og fjell er andre sentrale områder jeg la mere til. Overnevnte hendelser kan sees på som eksistensielle hendelser i livet hans. I denne sammenhengen dukket det med stor sannsynlighet opp spørsmål rundt liv og eksistens med full tyngde. Spørsmål som «hvem er jeg nå?», «er jeg verdt noe, «trenger samfunnet meg nå som jeg ikke kan bidra med noe nyttig i form av arbeid?», «hvem vil ha meg?», «når kommer jeg til å dø?», «vil jeg snart miste mer?». Alt dette satt i sammenheng kan man kanskje si at Frank er i sin største og mest alvorlige livskrise så langt i livet. Han kan ha mistet meningen med livet, fordi hans selvaktelse er kraftig redusert.

Ved å innta en personsentrert tilnærming er det viktig at terapeuten lytter til hva klienten sier. Ifølge Rogers (Haugsgjerd (2012) er det samtalen i seg selv som er det viktigste hjelpemiddelet og målet. Således var det viktig at terapeuten allerede ved det første møtet møter klienten med ubetinget positiv forståelse og empati. I tillegg må det tas i betraktning hvor klienten befinner seg på Maslows pyramide. Ut fra det vil det være forskjellige «kjøreregler». Vi må anerkjenne at vi dytter på pasienten for å få i gang motoren. Alternativet, om vi ikke handler ved å dytte på klienten, ville være at han gikk til grunne. Når klienten kommer seg høyere opp på Maslows pyramide vil vi kunne jobbe mer personsentrert, «hands off», for da vil klienten være mer selvdreven. I lys av dette vil det derfor i begynnelsen av oppholdet sørge for at pasientens grunnleggende og fysiologiske behov er dekket. Som Maslow beskriver som det nederste trinnet på behovspyramiden, mennesket må ha nok mat, vann og søvn, dernest er sansestimulering og beskyttelse mot

ekstrem kulde eller varme viktig (Haugsgjerd et al., 2012). Jeg gir således klienten omsorg og vet at det vil gi han en opplevelse av trygghet gjennom regelmessighet og stabilitet. Gjennom å sette faste rammer minsker klientens stressnivå og han vil få hjelp til å komme et steg videre mot målet, som er selvrealisering. Å sette seg inn i den andres opplevde livsverden er fremtredende i personsentrert terapi (Rognes, 1979). Å søke etter å forstå klientens opplevelse av verden og omgivelsene. Så da jeg søker å forstå Frank ut ifra et humanistisk perspektiv, blir derav hans psykiske lidelse ikke å forstå som en sykdom (Haugsgjerd et al., 2012). Den anses som et livsproblem som bare kan forstås som en individuell og personlig opplevelse. I det ligger det at det at man ikke er opptatt av symptomene i en psykiatrisk diagnose. En nødvendig forutsetning i arbeidet er å finne hans eksistensielle situasjon. Noe som bare kan skje gjennom et genuint møte mellom terapeuten og klienten. Det innebærer en helhetlig forståelse av hans psykiske, fysiske, sosiale og åndelige livsverden. Videre fordrer det at terapeuten har en personorientert holdning og tilnærming. Man må herunder være grunnleggende opptatt av hans følelser, relasjoner og miljø. Det er viktig å møte han med et fleksibelt tilbud fra hjelpeapparatet etter hans ønsker og behov. Ved å hjelpe han til å sakte men sikkert mestre dagliglivet, stimulere trygghet og selvtillit og hjelpe han til å utnytte sine ressurser slik at livssituasjonen kan endres. Det sentrale er å frigjøre og videreutvikle de iboende ressursene som finnes i han. Fordi man tar imot og deler klientens psykiske smerte og er et profesjonelt medmenneske, kan terapeuten i denne sammenhengen sees på som en følgesvenn på veien mot selvrealisering.

Den mest sentrale individuelle metoden er den strukturelle samtalen (Haugsgjerd et al., 2012). Samtalen vil fokusere på klientens livssituasjon og evne til problemløsning og mestring. Videre vil samtalen bidra til å stimulere hans evne til selvinnsikt og selvtillit innenfor de samme områdene som Frank definerer. En samtale som er orientert mot hans livsverden, er det viktigste redskapet i å bygge en allianse mellom oss. I alliansen ligger det gjensidig respekt og tillit, men også en invitasjon til Frank til å formidle sine ønsker og behov for hjelp. Han vil med det være en aktiv deltager i det terapeutiske samarbeidet. Ifølge Cain (2007) er det alle klienters ønske å bli møtt slik.

Godt ut i innleggelsesforløpet hadde Frank og jeg en samtale som gikk slik:

Terapeut: «Har du tenkt noe på hva du ønsker å snakke om i dag?»

Frank: «Ja, jeg har tenkt en del på dette med tap i livet».

Terapeut: «hva tenker du på som dine tap?»

Frank: «jeg har kommet dithen at jeg tenker jeg ikke kan miste mer; nå har jeg verken jobb, kone, venner eller mulighet til å bevege meg fritt i fjellet. Livet mitt har blitt så lite».

Frank ønsket å snakke om sine tapsopplevelser. Et hvert menneske har behov for kjærlighet og tilhørighet. Det beskriver det andre trinnet på Maslows behovspyramide (Haugsgjerd et al., 2012). Vi mennesker er sosiale vesener som trenger å inngå i et fellesskap og føle at vi hører til et sted. Det er viktig for oss å føle samhørighet og gi og motta kjærlighet. Får man ikke dekket dette behovet kan man bli ensom, få sosial angst og bli deprimert. Jeg møter Frank med forståelse og hjelper han til å løfte frem disse tapsopplevelsene og reflektere rundt dem slik at vi sammen kan leter etter mening. Det vil være naturlig å snakke med Frank om den naturlige aldringsprosessen. Hensikten vil være å hjelpe han til å reflektere rundt endringene denne prosessen fører med seg. Det kommer en rekke tapsopplevelser med høyere alder (Engedal, 2008). Det kan være tap av identitet, arbeid, status, anseelse, helse, fremtidsplaner, venner, livsledsager, familie og slekt. Disse tapene setter krav til mestringssevnen vår. Ved økende alder og sviktende helse, er det eldre mennesket mer sårbart for krisesituasjoner og mestringsmekanismene kan falle bort. Mange eldre sliter med å akseptere alderdommen. Det å kunne opprettholde en positiv innstilling, å innfinne seg og finne glede i denne fasen av livet, er viktig for å kunne tilpasse seg alderdommen på en god måte.

4.2 På hvilken måte virker fysisk aktivitet som vekstfremmende tiltak

Jeg ønsker å hjelpe Frank til å komme i mer fysisk aktivitet. Planen er å tilpasse aktiviteten etter hans fysiske nivå, og jobbe med en gradvis opptrapping. Helsedirektoratet (2009) legger klare føringer på hva som er å anbefale. Jeg har erfaring at mennesker som opplever depressive episoder bruker fysisk aktivitet som et viktig verktøy. Det finnes også flere studier som støtter opp om at fysisk aktivitet bidrar til en bedring ved alvorlig depresjon. I studien til L.Danielsson et al. (2014) fant de forbedringer i MADRS score og kondisjon når klientene var fysisk aktive og drev med en form for trening. Deres funn antyder at

fysisk aktivitet kan være en levedyktig klinisk strategi for å inspirere og veilede personer med større depresjoner til å trene.

Etter hvert som jeg lyktes med å hjelpe Frank til å gjenetablere de grunnleggende behovene sine, så jeg en endring, det vokste frem en tillit i det mellommenneskelige møtet mellom Frank og meg. Frank begynte å prate med meg. Jeg forsøkte etter beste evne og lytte empatisk og forsøke å forstå han. Jeg vet at dersom klienter føler seg møtt og forstått, kan man få til vekst og endring (Haugsgjerd et al., 2012). Det er viktig at jeg ikke oppleves som moraliserende eller fremstår som ekspert, men har tro på at Frank har et vekstpotensial boende i seg. Det er samtalen som er det viktigste kliniske hjelpemiddelet, og gjennom samtalen kan vi i fellesskap lete etter forståelse og utforske livsproblemene som Frank opplever og som har ført til hans stagnasjon. Det er en mulighet å invitere Frank til å snakke om hvilke ønsker han har i forhold til å bruke sine ressurser, muligheten til å bearbeide sorgen ved separasjonen eller ønsker om sosialt samvær med andre og aktivitet ute i skog og fjell. I en naturlig samtale mellom terapeut og klient vil det vekse mellom spørsmål og svar, og hvor terapeuten da bruker svarene hans til å undre seg videre og stille nye spørsmål. Om klienten eksempelvis svarte at han opplever å ha lite initiativ i hverdagen, kunne terapeuten ha undret seg videre på det og fulgt opp med åpne spørsmål som; «hva legger du i det å ha initiativ?» «Hvordan er det å ikke ha initiativ i hverdagen?» «Hva gjør det med deg å gå å kjenne på initiativløshet?» «Kan du fortelle mer om hvordan dette oppleves?» I personsentrert tilnærming har man ingen verktøy, men verdt og nyttig å ha med seg i klientmøtet er Karl Tomm sin sirkulære sirkel (Aadland, 2011). Den kan man bruke både til orienterende spørsmål og spørsmål med hensikt til å påvirke kommunikasjonen/situasjonen og hjelpe pasienten til refleksjon slik at man kan klare å komme til en annen forståelse. Underveis i samtalen eller det mellommenneskelige møtet, kan det tenkes jeg kjenner meg igjen i noe av det Frank sier han opplever, jeg kan da formidle dette tilbake. På denne måten kan jeg vise empati og forståelse ved å lete etter felles plattformer. Når det oppstår stillhet i samtalen, tenker jeg at det ikke behøver å være negativt, men at det tvert imot kan åpne for ettertanke og refleksjon. Haugsgjerd et al (2012) beskriver at det er viktig at terapeuten skal strebe etter å komme inntil klientens opplevelse. I samtale med Frank, når han forteller om sine tapsopplevelser i livet, og at det har ført til isolasjon og stagnasjon, må jeg våge å utforske enda dypere. F.eks. «hvordan

kjennes det ut i kroppen å ha det slik?» «Har du hatt det slik tidligere i livet?» Som beskrevet tidligere, vil svaret hans hjelpe meg til videre undring, i et forsøk på å komme nær klienten. I teorien fra Haugsgjerd et al (2012) står det at terapeut skal innta en terapeutisk undring, og ikke være opptatt av å finne sannheter. Vi kan undre oss sammen om hvordan Frank opplever dette. Her er det viktig at jeg spør istedenfor å konstatere, og viser forståelse ved å kommunisere tilbake. På denne måten blir relasjonen likeverdig. Vi må alltid huske på at det er to likeverdige mennesker som møtes. Det er viktig at jeg bekrefter klientens livsutfordringer. At jeg formidler til han at det må være vanskelig å ha det slik. Om mulig, og det passer slik, og det ikke virker belastende for klienten å ta imot, kan jeg dra paralleller til en hendelse i mitt liv hvor jeg kjente på noe som var vanskelig, om det kan ligne noe på det han kjente på nå. Som terapeut må jeg være bevisst på å ikke belaste den andre med u håndterlige følelser som ikke er knytt til relasjonen. På denne måten kan vise ekthet. Gjennom at Frank føler seg møtt og forstått kan det åpne for at han kan oppleve selvaktualisering gjennom å finne og skape mening i sin situasjon. Slik kan jeg hjelpe klienten til å ta egne valg og få bedre innsikt i seg selv og andre. Det tredje steget på Maslows behovspyramide er behovet for å bli akseptert, respektert og verdsatt (Haugsgjerd et al., 2012). Vi ønsker anerkjennelse for våre prestasjoner og vi vil ha respekt. Status og prestisje hører også med her. Får man ikke dekket disse behovene kan det føre til lav selvtillit og utvikling av et mindreverdigetskompleks.

Ved en senere anledning tolket jeg det dithen at klienten ikke hadde følt seg sett eller møtt nok. Vi møttes i korridoren ved et vaktskifte, hvorpå jeg hadde litt dårlig tid og kun sa «hei Frank». Jeg kunne se i det jeg hastet videre, at han hadde behov for å prate og muligens kjente på avvisning. Jeg tenkte i ettertid at jeg burde ta meg tid til å si noe som; «jeg ser at du har behov for å prate nå, jeg har dessverre ikke tid nå, men vi kan avtale en samtale i morgen formiddag. På den måten lager jeg forutsigbarhet og trygghet gjennom gitte rammer for klienten. Det er viktig i det terapeutiske arbeidet at klienten ikke føler at han er belastende for terapeuten. Jeg må for eksempel ikke vise klienten at jeg opplever han som initiativfattig og gi uttrykk for irritasjon over dette. Jeg trenger ikke å være enig, men søke å finne felles plattformer for å skape en opplevd forståelse hos klienten. Det er viktig at jeg fremstår som ekte og kongruent, ved at følelsene mine stemmer overens med handlingene mine. Hvis ikke kan det føre til en mistillit og relasjonen svekkes. Ved neste møte, valgte

jeg å beklage, noe Frank satte pris på. Det styrket relasjonen vår. Hadde jeg oversett hendelsen ville muligens det motsatte ha skjedd.

4.3 Sammenhengen mellom selvaktualisering og fysisk fostring

Som helsepersonell skal vi jobbe forskningsbasert, derfor med denne kunnskapen om nyttigheten av fysisk aktivitet ved psykisk uhelse i mente, tenker jeg det er naturlig å hevde at det må være slik at kropp og sinn må bli venner med hverandre og spille på lag, for at et menneske skal oppnå selvrealisering og nå sitt fulle potensiale. Men det er ikke absolutt, selv om Maslow mente at de nederste behovene måtte oppfylles først, er det vanlig at flere av behovene er tilfredsstilt samtidig. Man kan for eksempel både være tørst og sulten og samtidig oppleve kjærlighet og tilhørighet. Men er man tørst og sulten er ikke selvrealisering noe man er spesielt opptatt av (Haugsgjerd et al., 2012). Men ut ifra dette mener jeg det er naturlig å kunne hevde at et menneske med alvorlig depresjon som befinner seg nederst på Maslows behovspyramide, umulig vil klare å komme seg høyere opp på pyramiden uten at kropp og sinn jobber sammen. De fleste sykdommer og helseplager, også psykiske, krever at den enkelte deltar i behandlingen av seg selv. Hvordan den enkelte lever -sover, spiser og mosjonerer påvirker helsen. Alt dette er viktige bestanddeler i både forebygging og behandling. Det er viktig å formidle til klienten, etter hvert som han kommer høyere på Maslows behovspyramide, alt han kan gjøre selv, det vil gi han mestringfølelse. Å være i bevegelse jevnlig er bra for kroppen, det vet vi (L.Danielsson et al., 2014). Det vi kanskje ikke tenker på ofte nok er at aktivitet også er godt for den psykiske helsen. Vi føler oss bedre, «lettere til sinns», etter en gå-, jogge- eller sykkelturn. Når man er aktiv så produserer kroppen endorfiner, ofte kalt lykkehormoner. Det spiller ikke så stor rolle hvilken aktivitet man holder på med, så lenge man blir litt varm og litt andpusten. Jeg tenker det er bra å gjøre noe man liker, enten det er dansing, svømming eller skigåing. Mulighetene er mange. Kanskje har man ikke beveget seg på en god stund, eller man er usikker på hva man mestrer. Mange kjenner på denne dørstokkmilen eller frykten for å ikke få det til. Da er det viktig å formidle til den enkelte klient at «du er ikke alene»! Mange steder over hele landet finnes det tilbud om ulike tilbud man kan delta på, enten alene eller sammen med andre (Helsedirektoratet, 2009). Jeg tenker den enkelte med hell kan oppfordres til å snakke med fastlegen eller andre i støtteapparatet/nettverket for å få tips, eller sjekke nettsiden til kommunen der man bor.

Mange frivillige organisasjoner har også treningstilbud, enten gratis eller til lav kostnad. Har man en venn eller en nabo man kan avtale å gjøre noe sammen med, kan det være en fin vei videre. Er man i en behandlingssituasjon for en psykisk helseplage kan fysioterapeut eller andre typer tilbud være tilgjengelig. Det øverste nivået på Maslows behovspyramide er behovet for selvrealisering. Det handler om å få realisert drømmene sine og å få brukt evnene sine til det fulle. Vi har et behov for å stadig utvikle oss selv og å nå vårt fulle potensial (Haugsgjerd et al., 2012). Alt koker dermed ned til at kropp og sjel henger i hop. Jeg tenker man nærmest kan hevde at fysisk aktivitet er helt nødvendig for å oppnå bedre psykisk helse. At et menneske ikke kan oppnå selvrealisering uten at kropp og sjel er på lag. Bare slik, ved å ha fokus på helheten, på menneskets psykiske og fysiske helse, kan et menneske oppnå sitt fulle potensiale. Det er åpenbart ikke selvrealisering når man ikke bruker seg selv fysisk. Selvdestruksjon vil være det motsatte. Det vil alltid være en balanse mellom disse to ytterpunktene.

5.0 Avslutning

Målet med oppgaven var å se på hvordan man ved hjelp av personsentrert tilnærming kan hjelpe et menneske med alvorlig depresjon gjennom å introdusere fysisk aktivitet.

Gjennom litteraturen og forskningen jeg har funnet, mener jeg å ha svart på problemstillingen min og funnet ut hvordan man kan gjøre dette.

Cain (2007) diskuterer dette, som jeg tenker er det viktigste i et hvert pasientmøte, nemlig å møte klienter med å lytte empatisk, og søke etter å forstå den andre. Vi legger på en måte grunnsteinene mens mennesket er innlagt ved voksenpsykiatrisk avdeling på sykehus. Ved hjelp av en gradvis økende fysisk aktivitet, jobber vi livreddende «hands-on» så lenge mennesket befinner seg nederst på Maslows behovspyramide. Etter hvert som mennesket klarer å ta valg for sitt eget liv og blir mer selvgående, jobber vi mer «hands-off», men vi følger, støtter, reflekterer sammen rundt klienters livsutfordringer og er en medvandrer på klientens vei mot selvaktualisering. Man må håpe og tro at klienten har lært hvordan han kan fortsette å bruke fysisk aktivitet for å styrke sin psykiske helse også etter utskrivelse. Fordi jeg med humanistiske briller på, har tro på et hvert menneskes iboende vekstpotensial. Livsutfordringer, som kan føre til stagnasjon i form av angst og depresjon, vil komme igjen, det er en naturlig del av livet. Det er hvordan man klarer å møte disse som er avgjørende. Å ha erfaring med hva som har hjulpet en videre tidligere, er viktig.

Jeg fant det vanskelig å finne forskning. Siden jeg ikke klarte å finne forskning som omfavnet både personsentrert tilnærming, depresjon og fysisk aktivitet, fikk jeg ikke styrket oppgaven min med å vise til forskning direkte opp imot det. Jeg tenker det ville vært et veldig interessant tema for videre fagutvikling. Om det er slik som jeg hevder, at kropp og sjel må jobbe sammen for at et menneske skal oppnå selvrealisering, og hvordan vi som psykisk helsearbeidere kan og bør jobbe for å hjelpe et menneske dithen. Det er et møysommelig arbeid over tid å jobbe personsentrert, det er krevende, og det gir fremdrift på en hel annen måte enn mange av de mer moderne terapeutiske tilnærmingene. Skal man jobbe personsentrert er det vanskelig å se forandring i det korte løp, men om man har tålmodighet og gir seg tid, vil man se mer varige resultater. Man må ha tro og tillitt til at det går an å jobbe slik. Pakkeforløp finnes det mye av i dag, disse gir rask, men gjerne kortvarig effekt. I dagens samfunn forventes effektivitet på alle plan, men om det er det beste, og for hvem det er til det beste for, kan man stille spørsmål ved.

Referanseliste

Berge, Torkil og Repål, Arne. 2017. «*Den indre samtalen*». 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bjørkly, Stål. 2016. «*Humanistisk psykoterapi med hovedvekt på personsentrert tilnærming*». Forelesning tilknyttet videreutdanning i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Molde: 2018.

Cain, David J. (2007) "*What every therapist should know, be and do: Contributions from humanistic psychotherapies*". Journal of contemporary psychotherapy Vol:37 pp 3-10.

Danielsson, Louise, Papoulias, Ilias, Perersson, Eva-Lisa, Carlsson, Jane, Waern, Margda. 2014 "Exercise or body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study". Journal of Affective Disorders 168 (2014) 98-106.

Edvardsson D., Winblad B. og Sandmann P. O., 2008. *Person-centered care of people with severe Alzheimers disease: current status and wys forward. Lancet Neurology* 7 (4): 362-367.

Engedal, Knut, 2008. «*Alderpsykiatri i praksis*». Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Haugsgjerd, Svein. Jensen, Per. Karlsoon, Bengt og Løkke, Jon A. 2012. «*Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*». Oslo: Gyldendal Norske forlag AS., 3 utg. 3 opplag.

Helsedirektoratet (2009). IS-1561. "*Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon I primær- og spesialisthelsetjenesten*". Oslo: Helsedirektoratet.

Raskin, Nathaniel, Rogers, C. & Witty, M. C., 2014. "*Client-centered Therapy. I: Current Psychotherapies*". Redigert av Wedding, Danny & Corsini, Raymond J., 95-102.

Schibbye, A. L., 2002. "*En dialektisk relasjonsforståelse*". Oslo: Universitetsforlaget.

Tursi, M.M. og McCulloch, L.A., 2014 «*A Person-Centered Approach to Individuals Experiencing Depression and Anxiety*». State University of New York College at Brockport *The Person-Centered Journal*, Vol. 11, No. 1-2, 2004 Printed in the United States.

Rognes, Waldemar, 1979. «*Carl Rogers, Personlighetens psykologi*». Oslo: Dreyer forum.

World Health Organization, 2017. "*Depression and other common mental disorders*". Geneva WHO Document production services.

(Dimidjian, Barrera, Martell, Munoz & Lewinsohn, 2011)

(Cujipers, Van Straten & Warmerdam, 2007) (Martell, Addis & Jacobson, 2001)

Aadland, Einar. 2011. "*Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*". Oslo: Universitetsforlaget.