



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Hvordan motivere personer med depresjon til økt fysisk aktivitetsnivå?

Ida Marie Kristoffersen-Rem

Totalt antall sider inkludert forsiden: 29

Molde, 14.04.2010



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Hvordan motivere personer med depresjon til økt fysisk aktivitetsnivå?

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Ida Marie Kristoffersen-Rem

Fagkode: VPH705

Studiepoeng: 9

Årstall: 2010

Veileder: Tor-Johan Ekeland

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: 14.04.2010

Antall ord: 8563

Forord

Depresjon er en diagnose som rammer rundt 20% av befolkningen en eller flere ganger i løpet av livet. Kostnadene er høye for den enkelte og samfunnet, derfor er det viktig å finne effektive behandlingsmetoder som er rimelige og har god effekt over tid.

Forskning på effekter av fysisk aktivitet ved depresjon viser at det har gode antidepressive effekter på lett til moderat depresjon. Fysisk aktivitet er vist like effektivt som andre veletablerte behandlingsformer som samtaleterapi og medikamentell behandling for denne gruppen. Flere studier viser at type aktivitet har liten eller ingen forskjell på resultatet, men flere nyere studier antyder at høy intensitet kan være mest effektivt. Noen opplever umiddelbar antidepressiv effekt på sinnstilstanden under og rett etter aktivitet, mens andre opplever mer effekt ved regelmessig aktivitet over tid. Aktivitet over tid har også mange andre positive fysiologiske virkninger som forebygging av hjerte- og karsykdommer, visse former for kreft, diabetes, overvekt, høyt blodtrykk, økt muskelstyrke, koordinasjon, konsentrasjon, bedre søvn og evne til stresshåndtering. Siden deprimerte har en tendens til å være mer passive, er det viktig å komme i gang med fysisk aktivitet.

Siden tiltaksløshet, dårlig selvtillit, lav mestringstro og passivitet er vanlige symptomer for depresjon, kan det ofte være en stor utfordring å komme i gang med fysisk aktivitet, og ikke minst vedlikeholde denne over tid. Da er det snakk om atferdsendring og motivasjon for dette.

Som helsepersonell handler mye av hverdagen om å jobbe med atferdsendring og motivasjon. Våre holdninger vil ofte gjenspeile seg hos pasientene. Er fysisk aktivitet en naturlig del av hverdagen i institusjoner, kan det bli lettere å motivere pasientene. Stikkord her vil være å bygge opp en god relasjon med pasienten og møte denne på dens eget nivå. Andre viktige områder er å hjelpe til med økt selvinnsikt og mestringstro, gi teoretisk innsikt i gunstige virkninger av fysisk aktivitet og uheldige virkninger ved fysisk inaktivitet, bli bevisst på opprettholdende faktorer, og hjelp med å sette realistiske kortsiktige og langsiktige mål. Alle disse faktorene kan påvirke motivasjonen.

Motivasjon kan styres av ytre eller indre forhold. Ytre forhold kan være belønning. Indre motivasjon er basert på personens egne erfaringer og engasjement. Flere faktorer som påvirker motivasjonen er forventninger og verdier, direkte påvirkning, vilje og selvkontroll og sosialt miljø. Pasienten bør også bli bevisst hindringsfaktorer.

Kognitiv terapi kan være et godt hjelpemiddel i disse prosessene. Her kan man få tak i pasientens negative automatiske tanker, følelser, tanker og atferd i forbindelse med dette og forsøke å gi pasienten et selvbehandlingsverktøy. Det finnes verktøy for aktivitetsregistrering, depresjonsskåre, nivå for motivasjon, registrering av negative automatiske og lignende som kan brukes i behandling.

Praksiserfaring viser at det er svært forskjellige individuelle faktorer som gjør at noen blir motiverte og får til en atferdsendring. Det finnes ingen fasit på hvordan gjøre dette, men hvert enkelt tilfelle er enestående. Man bør huske på at modeller og teorier er kun verktøy. Pasienter har også svært forskjellig utgangspunkt på aktivitetsnivå. For noen kan det være nok å stå opp og lage frokost, mens andre trenger en større fysisk utfordring for å føle mestring og å få en antidepressiv effekt.

Hvordan kan man så forsøke å øke motivasjonen for fysisk aktivitet blant deprimerte?

Innhold

1.0 Introduksjon	1
1.1 Begrepsavklaringer.....	2
2.0 Problemstilling	3
3.0 Teori	3
3.1 Mulige effekter ved fysisk aktivitet.....	3
3.2 Forskning om fysisk aktivitet som behandling for deprimerte.....	3
3.3 Hypoteser på hva som gjør at fysisk aktivitet kan ha antidepressiv effekt.....	4
3.4 Motivasjon.....	5
3.5 Målsetting	8
3.6 Kognitiv terapi- et terapeutisk perspektiv for deprimerte personer som skal øke sin motivasjon for å bli fysisk aktive.....	9
4.0 Empiri- erfaringer fra praksis	11
5.0 Diskusjon	16
6.0 Konklusjon	18
Referanser.....	19
Appendix 1.....	23
Appendix 2.....	24

1.0 Introduksjon

Det er anslått at hver femte person vil oppleve depresjon. De som rammes av har ofte fire tilbakevendende perioder i løpet av livet, og av de som har mottatt behandling for depresjon vil to tredjedeler ha en tilbakevendende periode i løpet ti år. Analyser tyder på at depresjon er i ferd med å bli en ledende årsak til sykdom i den vestlige del av verden og en sterk risikofaktor for å falle ut av inntektsgivende arbeid i kortere eller lengre tid. Dette påfører igjen samfunnet og den enkelte store omkostninger i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og økte trygdeutgifter. I tillegg til dette, kommer behandlingsutgiftene som i Norge er beregnet til 1,5 milliarder kroner i året (Helsedirektoratet, 2009).

“Exercise- the big medicine”.

Gammelt indiansk ordtak.

Det har etter hvert blitt mer fokus på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse, selv om effektene ut i fra sitatet ovenfor har vært kjent lenge. Martinsen (2000) viser til undersøkelser hvor man har sett på virkningen av fysisk aktivitet som behandlingsmåte ved depresjon. Pasientene som er undersøkt har milde til moderate former for depresjon. Konklusjonene viser at fysisk aktivitet er mer effektivt enn ingen behandling, og medfører like stor reduksjon av depressive symptomer som etablerte behandlingsformer som samtalerapi og antidepressive medikamenter. Ulike treningsformer er like virksomme, det vil si at det ikke er noen forskjell om man trener for eksempel styrke eller utholdenhet.

Mange mennesker med psykiske lidelser er fysisk inaktive over lang tid. De har i gjennomsnitt dårligere kondisjon og muskelstyrke enn normalbefolkningen, i tillegg har fysisk inaktive økt forekomst av depresjon og senil demens (Martinsen 2004). Disse opplysningene viser hvor viktig det er å ha gode behandlingsmetoder for depresjon som både gir god effekt for pasientene og er kostnadseffektive for samfunnet og den enkelte pasient. Fysisk aktivitet kan være en slik behandlingsmetode for lette til moderate depresjoner. Andre behandlingsmetoder som forsøker å bearbeide følelsesmessige problemer gjennom arbeide med kroppen er psykomotorisk fysioterapi, basal kroppskjennskap, Reichs vegetoterapi og Lowens bioenergi. Velger å ikke gå nærmere inn på disse metodene i denne oppgaven.

I klinisk praksis har jeg observert positive antidepressive effekter ved fysisk aktivitet, men før man ser effekt er utfordringen for mange pasienter å finne motivasjon for å komme i gang med fysisk aktivitet, og etter hvert motivasjon for å opprettholde aktivitetsnivået. For de som lider av depresjon kan det å finne motivasjon for å øke fysisk aktivitetsnivå være særskilt utfordrende da symptomer på sykdommen kan være nettopp tiltaksløshet, dårlig selvtillit, lav mestringstro og passivitet.

Mange kommer godt i gang med fysisk aktivitet under et opphold på 4 uker i rehabiliteringsinstitusjon, men jeg opplever at blant de som kommer for et nytt rehabiliteringsopphold etter 6-12 mnd har mistet mye av motivasjonen for å opprettholde

aktivitetsnivået i denne perioden. Hva er grunnen til dette, og hvordan kan helsepersonell påvirke denne negative tendensen? Mine erfaringer er at langt flere av de som har god støtte og oppfølging av helsepersonell hjemme klarer å holde motivasjonen oppe og at de klarer å sette seg nye mål. Dette har jeg erfart med generelt alle pasientgrupper, men at oppfølging er enda viktigere for de med psykiske diagnoser som depresjon i tillegg. I denne oppgaven ønsker jeg å finne ut hva som påvirker motivasjonen og hvordan jeg som helsearbeider kan bistå best mulig.

1.1 Begrepsavklaringer

Definisjon på depresjon i ICD 10

Depresjon er delt opp i mild- moderat- og alvorlig depressiv episode, med og uten psykotiske symptomer, og alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer. Pasienten lider av nedstemthet, redusert energi og aktivitetsnivå. Evnen til å glede seg, føle interesse og konsentrasjon er nedsatt, og de har ofte uttalt tretthet. Andre symptomer er søvnforstyrrelse, redusert appetitt, svekket selvfølelse og selvtillit, forestillinger om skyld og verdiløshet, tap av interesse og lystfølelser, uttalt psykomotorisk retardasjon og uro. Mild depresjon bør ha fire symptomer tilstede, moderat fem til seks symptomer og alvorlig depresjon syv eller flere. Symptomene skal ha vært tilstede minst to uker og mesteparten av dagen.

T. Berge nevner også selvmordstanker og selvmordshandlinger (Berge, 2010).

Fysisk aktivitet

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (rapport nr2/2000) bruker betegnelsen fysisk aktivitet som et overordnet begrep og definerer ”fysisk aktivitet” generelt som det å bevege seg. Eksempler kan være lek, trim, mosjon, trening, friluftsliv, arbeid og så videre.

Fysisk trening er en undergruppe av fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert og gjentas, og som har som mål å bedre eller vedlikeholde fysisk form. Trening kan for eksempel ha som mål å bedre en eller flere av de faktorer som inngår i fysisk-/ helserelatert form, som kondisjon, muskelstyrke, bevegelighet og lignende.

Når begrepet fysisk aktivitet blir brukt i oppgaven, er det i svært vid forstand og avhengig av hvilket fysisk aktivitetsnivå pasienten har som utgangspunkt. Målet vil være å øke aktivitetsnivået for å oppnå helsemessig gevinst. Overordnet målsetting vil være å komme opp på et nivå som følger nasjonale retningslinjer på en halv times aktivitet de fleste dagene i uken med en intensitet tilsvarende en rask spasertur.

Motivasjon

Motivasjon er definert som ”tilstand av reaksjonstilbøyelighet som kan føre til handling av et eller annet slag” eller ”bevisst eller ubevisst vilje hos en person til å ville utføre en viss handling” (Egidius H, 1994).

Motivasjon er ikke medfødt egenskap eller noe man har, men den er påvirkelig, kan skapes og endres (Sørensen 1995).

2.0 Problemstilling

Hvordan motivere personer med depresjon til økt fysisk aktivitetsnivå?

3.0 Teori

Først vil jeg gi leseren innsikt i mulige fysiske og psykiske effekter ved fysisk aktivitet satt i sammenheng med depresjon. For i det hele tatt å motivere deprimerte til å bli mer fysisk aktive, bør man vite hvorfor.

Videre legges fram forskjellige motivasjonsmodeller.

3.1 Mulige effekter ved fysisk aktivitet

Det finnes mange positive generelle fysiologiske effekter på hvorfor være regelmessig fysisk aktiv. Noen fysiologiske endringer ved fysisk aktivitet er økt stoffskifte, redusert risiko for hjerte- og karsykdommer, lavere blodtrykk, nedgang i fettvekt, styrkning av beintetthet, økt muskelkraft, forbedring av svettefunksjonen og dermed varmereguleringssevnen. Fysisk aktivitet har også positiv effekt på nervesystemet som koordinasjon, balanse og reaksjonsevne, man opprettholder den kognitive evnen som planlegging og koordinering av oppgaver, får bedre søvnkvalitet og selvfølelse, og minskning av depressive symptomer (Helsedirektoratet, 2008).

Andre psykologiske virkninger av å være fysisk aktiv kan være reduksjon av angst, muskelspenninger og rusmidler, og bedring av evne til stressmestring. Forebygging av depresjon er også nevnt (Martinsen, 1998).

3.2 Forskning om fysisk aktivitet som behandling for deprimerte

Det har i løpet av de siste 30-40 årene kommet mange viktige studier som viser at fysisk aktivitet kan være virksomt i behandlingen av depresjon. Flere av studiene sammenligner regelmessig trening, bruk av antidepressiva, samtaler og avspenning. Utfordringen ligger i å finne ut hvilken intensitet treningen bør ligge på, hvor ofte og hvor lenge, om det er noen forskjell på type aktivitet og om det fungerer best sammen med tradisjonell behandling med medikament og samtaler.

McCann og Holmes (1984) viste at løpetrening hadde signifikant bedre effekt enn avslapning og ingen behandling. Dette ble bekreftet i en randomisert, kontrollert studie av Knubben og medarbeidere (2007). Forskjellen var at de som løp hadde hjerterefrekvens på opptil 80%.

På 1980-tallet publiserte Martinsen og medarbeidere ved Modum Bad viktige resultater der de blant annet fant at deprimerte pasienter som var innlagt på sykehus, hadde signifikant bedre effekt av fysisk trening tre ganger per uke i ni uker enn arbeidsterapi i en tilsvarende periode. Under de samme studiene hadde de personene som trente regelmessig lavere depresjonsskåre et år etter utskrivning enn de som var inaktive. I en annen undersøkelse (Martinsen EW, Sandvik L., Kolbjørnsrud O.B., 1989) fant man ut at pasienter som i en periode i sitt voksne liv hadde drevet med regelmessig trening eller

konkurransedrett hadde mindre tilbakefallsprosent etter behandling enn de fysisk inaktive. Dette funnet er bekreftet av Babyak og medarbeidere (1999), i tillegg fant disse at de fleste også var tilbake i full virksomhet etter ti måneder.

I 1999 kom Blumenthal og medarbeidere med en studie hvor pasientene enten fikk medikamentell behandling (Zoloft), gå/jogging i 30 min 3x per uke, eller en kombinasjon av dette. Alle gruppene hadde god effekt av behandlingen, men det ble ikke funnet noen signifikant forskjell i behandlingseffekt. Dunn og medarbeidere (2005) derimot, fant at de som trener med høy intensitet (den intensiteten som er anbefalt av folkehelsen) har bedre terapeutisk effekt enn de som trener med lav intensitet. Lav intensitet tilsvarte placebo. Det viktigste utbyttet pasienter oppgir av å delta i store egne idrettsarrangement for psykiatrien (for eksempel Gaustadløpene) er det sosiale - treffe andre, bedring av fysisk form og deretter positive psykiske effekter (Sørensen, 1995).

Martinsen (1998) nevner også mulige negative virkninger av fysisk trening. Som helsearbeider mener jeg det er viktig å være oppmerksom på dette for eventuelt å kunne kjenne igjen og forebygge slike tilstander, og for å motivere til gunstig nivå av fysisk aktivitet. Noen negative psykologiske virkninger kan være avhengighet og tvangspreget atferd, gi blaffen i jobb og familie, selvopptatthet, alt dreier seg om trening, kropp og mat, utløse/ forverre anoreksi/bulimi, overdrevent konkurranseorientert og overtrening.

3.3 Hypoteser på hva som gjør at fysisk aktivitet kan ha antidepressiv effekt.

Det finnes mange forskjellige hypoteser som forsøker å forklare hvordan og hvorfor man kan påvirke den psykiske tilstanden ved fysisk aktivitet. For de som bruker fysisk aktivitet i behandling av deprimerte mennesker, kan det være nyttig å ha kjennskap til disse hypotesene slik at man velger "rett" aktivitet for å oppnå best mulig effekt. Det er fortsatt lite sikker viten om sammenhengene. Martinsen (2004) har beskrevet de mest sentrale mulige virkningsmekanismene.

Den antropologiske hypotesen sier noe om at mennesket har nesten alltid vært i fysisk aktivitet for å overleve (jeger og samler), mens dagens samfunn stiller mindre krav til bevegelse. Åstrand og medarbeidere 2003, mener denne fysiske inaktiviteten har negative konsekvenser for både fysisk og psykisk helse

Flere av hypotesene beskrives ut ifra nevrobiologiske endringer. Brodal (2001) viser at hjernens nettverk av nerveceller kan påvirkes i voksen alder. Endring av fysisk aktivitetsnivå, enten økt eller senket, er en atferdsendring som kan påvirke **dannelsen av nye forbindelser mellom nerveceller og aktivering av nervebaner**. Dette er viktig da Hugdal og medarbeidere (2004) mener at volumet i spesielle områder i hjernen kan reduseres etter langvarig depresjon og at nydannelsen av nerveceller kan hemmes eller stoppes ved langvarig ubehandlet depresjon.

Fysisk aktivitet gjør at hjernen frigjør **signalstoffer eller transmittorsubstanser** (eksempel kan være frigjøring av endorfiner og dopamin). Dette kan skape en generell positiv respons i kroppen og dermed forsterke atferden som er assosiert med denne positive responsen.

Hormoner påvirker signaloverføringen, og **hypothalamus-hypofyse-binyrebark-aksen** er et system som regulerer stressresponsen. Overaktivering av dette systemet er sannsynligvis en viktig faktor i utløsning av depresjon. Langvarig fysisk trening medfører redusert stressreaksjon og kan ha overføringsverdi til depresjonssykdommene (Buckworth og Dishman 2002). Koltyn (1997) mener at **økt kroppstemperatur** gjennom fysisk trening kan føre til psykologiske gunstige endringer.

Det finnes også flere psykologiske hypoteser. **Responsstil-teorien** (Nolen-Hoeksema 2001) går ut på hvordan en person forholder seg til triste følelser, ved distraksjon eller grubling. Grubling fører til negative tanker om en selv i fortid, nåtid og framtid og kan bidra til og vedlikeholde depresjon. Distraksjon er en annen strategi hvor personen engasjerer seg i aktiviteter for å tenke på noe annet enn det triste. For at en aktivitet skal distrahere, må den engasjere og med stor sannsynlighet gi positive forsterkninger.

Kognitiv restrukturering kan være nyttig for pasienter som tolker kroppslige symptomer som hjertebank (hjerteinfarkt), tungpustethet (får ikke puste) og lignende på en katastrofal måte. Når pasientene får informasjon om at de samme symptomene oppstår under fysisk aktivitet, kan frykten for symptomene avta og de kan tolkes som normale fenomener og bli mindre skremmende.

Mestring og mestringstro er en hypotese som blir nærmere beskrevet under motivasjonskapitlet. I hovedsak dreier det seg om egen tro på og evne til å gjennomføre en oppgave med ønskelig utfall, og hvordan dette kan gjøres ved for eksempel fysisk aktivitet.

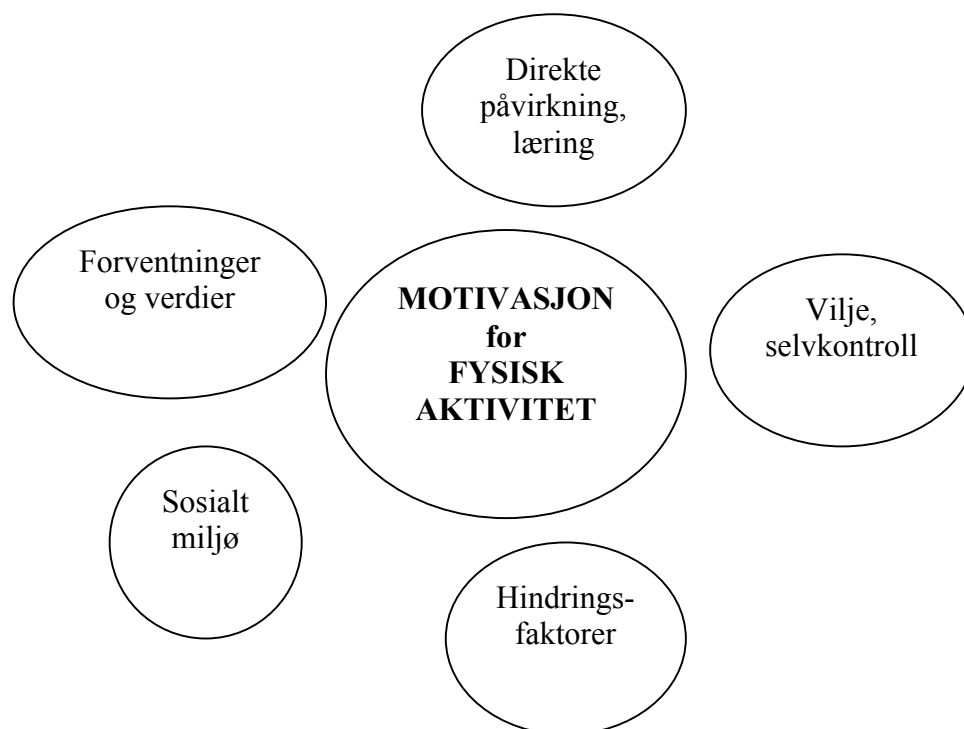
Flyt-hypotesen er tanken om at man under en aktivitet er i en tilstand hvor man glemmer seg selv og sine bekymringer, og har fokus på positive opplevelser og ressurser. M. Csikszentmihalyi (1990) fant ut at flytopplevelser kom under aktiviteter der det var balanse mellom oppgaven som skulle utføres og personens ferdigheter til utføre den. Den **fenomenologiske hypotesen** mener at gjennom aktiv bruk av kroppen påvirkes vår funksjon og helsetilstand, hvordan vi opplever verden, og dermed også vår mentale tilstand. Kropp og psyke er ikke todelt, men en enhet (Duesund 2001).

3.4 Motivasjon

Motivasjon beskrives ofte som indre eller ytre styrt. **Ytre motivasjon** styres av forhold utenfor personen slik som belønning eller unngåelse av straff (Deci 1995). **Indre motivasjon** er basert på personens egne positive opplevelse og erfaringer, og innebærer å være engasjert for sin egen del. Den indre motivasjonen er mer varig, og den øker sjansen for at personen vil fortsette på egen hånd (Deci og Ryan 1980).

Sørensen (1995) beskriver motivasjonsstrategier på individ-, instutisjons- og samfunnsplan.

Det er ikke nok å jobbe med den enkelte pasients motivasjon, men også med holdninger og innstillinger på den enkelte avdeling og instutisjon. Dette er igjen påvirket av det samfunnet rundt dem vektlegger. Psykiatrien har egne idrettsarrangement som Gaustadløpene, Ski & Sommerfestivalen, Leva Livet på Bjorli og lignende som kan gi både pasienter og personale økt motivasjon og aktuelle mål å trene imot.



Modell for faktorer som påvirker motivasjon (Sørensen, 1995)

Det er forskjell på å motivere noen til å prøve en aktivitet og å få folk til å fortsette med en aktivitet (Prochaska, DiClemente, 1992). For å bestemme seg for å gjøre noe er **forventninger** og **verdier** av stor viktighet, men for å fortsette med noe spiller **hindringsfaktorer** og det **sosialt miljø** sterkere inn.

Positive følelser og opplevelse av mestring er viktig (Mc Auley, 1994). Mestring oppleves ikke om oppgaven er for vanskelig eller lett. Man foreslår gradvis progresjon og enkle aktiviteter som gir store og synlige effekter.

Mestring og mestringstro (self-efficacy) blir av Bandura (1977) beskrevet som å ha troen på de nødvendige ferdighetene til å gjennomføre en oppgave med ønskelig utfall. "Egen mestringstro bestemmer valg av atferd, hvilke mål som velges, utholdenhet i oppgaven, motivasjon og anstrengelse, forventninger om å lykkes og hvordan man følelsesmessig reagerer (Bandura 1977, i Martinsen, 2004)." Deprimerte har ifølge Bandura ofte lav mestringstro, noe som igjen fører til negativ selvvurdering, grubling og uhensiktsmessige tenkemåter. Fysisk aktivitet kan være effektivt for å øke egen mestringstro siden det gir gode muligheter for å skape meningsfulle mestringsopplevelser. Han beskriver videre viktigheten av at individet lærer å observere egen atferd, sette kortsiktige- og langsiktige mål, og bruke sosial støtte for å vedlikeholde den ønskede atferden.

Å oppnå et mål, som i dette tilfellet vil være å øke fysisk aktivitetsnivå, henger sammen med å skulle endre atferd på en eller annen måte. For å klare å endre atferden må man ha en form for motivasjon. Protrachaska og DiClemente (1983) har utarbeidet en modell for å finne ut en persons nivå av motivasjon for endring (The stages of motivational readiness for change model eller også kjent som transtheoretical model eller stages of change model). Den er basert på flere psykologiske teorier som Banduras sosiale kognitive teori

og Skinners lærings teori. Denne kan være til god hjelp i motivasjonsarbeid for å bli mer fysisk aktiv.

Modellen beskriver 5 stadier av motivasjon for endring: (disse er fritt oversatt fra engelsk av oppgaveforfatter, The stages of motivational readiness for change model)

1. Inaktive og som heller ikke tanker på å bli det de neste 6 mnd (føroverveiellesfasen)
2. Inaktive, men tenker på å bli aktive i løpet av de neste 6 mnd (overveiellesfasen)
3. Noe fysisk aktive, men ikke nok til å følge anbefalingene på 30 min med moderat aktivitet minst 5 dager i uka helst 7, (the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/ American College of Sports Medicine (ACSM,) eller 20 minutter med hard fysisk aktivitet minst 3 dager i uka, eller ikke har noen planer om å øke aktiviteten ytterligere (beslutningsfasen).
4. Følger anbefalingene for fysisk aktivitet for mindre enn 6 mnd, og vil kanskje fortsette eller ikke med dette (handlingsfasen).
5. Har gjort fysisk aktivitet til en vane og har gjort dette i minst 6 mnd (vedlikeholdsfasen).

Vanligvis vil personer bevege seg mellom flere av disse stadiene. Den beskrives som sirkulær fordi å endre en vane eller atferd ofte krever mange ”sirkler” eller tilbakefall før det blir oppnådd. Om man går rett fra stadie 2 til 4 kan man lett få tilbakefall fordi personen kanskje ikke fyller de fysiske kravene for såpass mye aktivitet, har ikke tilpasset livsstilen over tid eller kanskje pådrar seg belastningsskader eller har andre unnskyldninger som at det tar for mye tid fra jobb og familie eller lignende (Prochaska, Diclemente & Norcross, 1992). Selv om man når stadie 5 hvor fysisk aktivitet er blitt en vane, vil det mest sannsynlig være perioder hvor man går tilbake til tidligere stadier av forskjellige årsaker. Marcus, Selby, Niaura, & Rossi (1992) viser at de som har kommet til nivå 5, vil selv med perioder med opphold mest sannsynlig komme tilbake til nivå 3, eller i verste fall nivå 2 og aldri til stadie 1. Det er ingen forskning som viser hvor lenge man må være på stadie 5 for å unngå risikoen for tilbakefall. Mest sannsynlig vil alle trenge en eller annen form for motivasjon, kort- og langtidsmål for å være aktive over mange år. Studier fra alle kontinent viser at om det er for stort gap mellom stadiet på motivasjon for endring og intervensjonen som bli brukt, er det stor sjanse for å droppe ut av programmet (Marcus, Forsyth, 2003).

Prosessen for atferdsendring (process of behaviour change) beskriver hvordan mennesker endrer atferd. Under motivasjonsarbeid bør man ikke vektlegge alle prosessene samtidig, men velge ut det som er viktigst i forhold til en persons motivasjonsnivå. Prosessen for atferdsendring er delt inn i to hovedkategorier:

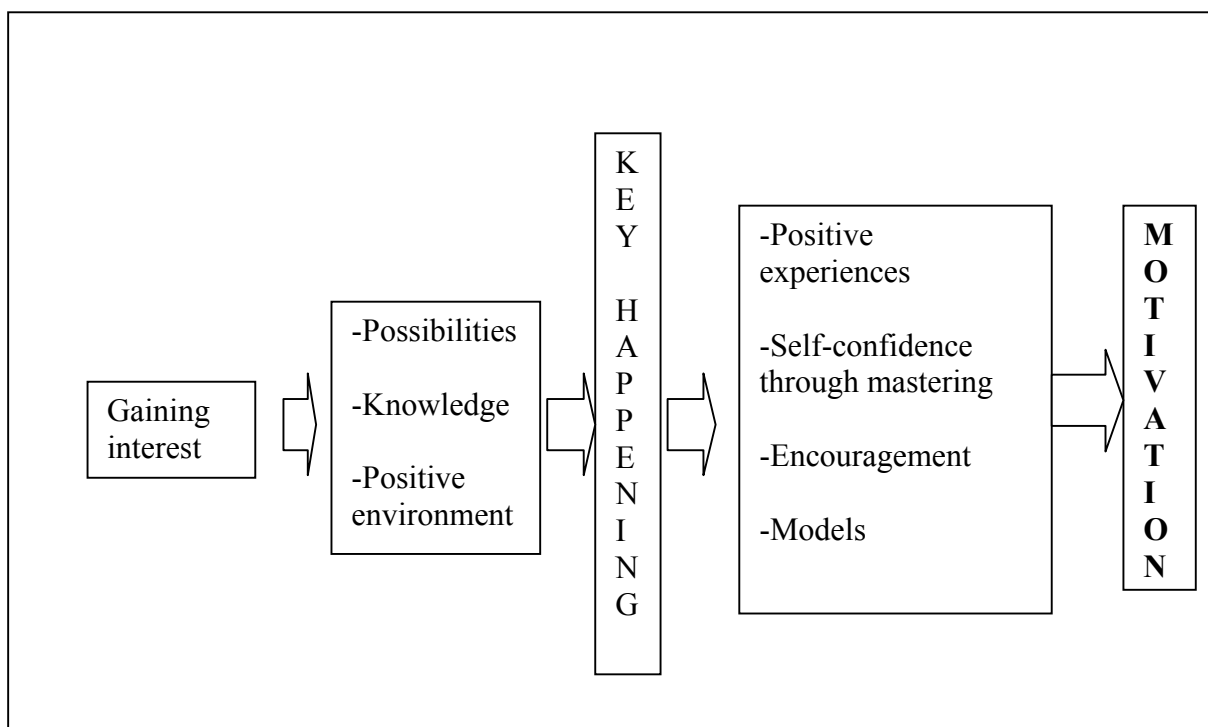
Kognitiv (økt kunnskap, være oppmerksom på risiko, oppmerksom på konsekvenser for andre, sekundære fordeler og økning av helsemessige fordeler) og behavioral (tiltak som alternative aktiviteter, sosial støtte, belønning til seg selv, forplikter seg og påminner seg selv) (Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., & Fava, J., 1988).

Marcus, Forsyth (2003) refererer til Skinners **læringsteori (learning theory)**. En person har større mulighet for å være fysisk aktiv om de rette omstendighetene er tilstede og behagelige effekter oppnås som et resultat av fysisk aktivitet. Han sier også noe om viktigheten av å begynne med små skritt og progrediere sakte mot et ønsket resultat, for å unngå å falle tilbake til gamle mønster. For å oppnå en ny atferd krever det regelmessig belønning og mange behagelige følger, spesielt i begynnelsen av en endringsfase. Når man

blir mer aktiv kan det lett komme fram negative ting i begynnelsen som at det er smertefullt, man svetter, det tar tid, blir mer klesvask og lignende, mens de helsemessige effektene ofte lar vente på seg. Derfor kan ytre belønning øke motivasjonen i en igangsettingsfase, mens den indre belønningen, (økt overskudd og velvære, vekt nedgang, mindre smerter, lavere stressnivå) og dermed indre motivasjon, vil komme mer etter hvert. Om fordelene ved å være fysisk aktiv er større enn ulempene har man en større sjanse for å bli fysisk aktiv (Janis & Mann, 1977).

Epstein (1998) beskriver et individs mulighet til å velge om man vil være inaktiv eller aktiv i ”**behavoiur choice theory**”. Hva man velger er påvirket av mange forskjellige faktorer som tilgjengeligheten for å være aktiv versus inaktiv, oppnådde fordeler versus hindringer, grad av innsats og hva man selv ønsker å gjøre framfor hva andre forteller man skal gjøre. Om personen blir bevisst på hva som er lett tilgjengelig av aktiviteter og i tillegg er morsomt, kan det bli lettere å velge det aktive alternativet.

Banduras **sosiale kognitive teori** (Bandura, 1986) er en av de mest brukte teoriene for å oppnå suksessfull endring til en mer aktiv atferd. Teorien beskriver at atferdsendring er påvirket av omgivelsene, personlige faktorer og den direkte atferden, og at en av disse tre kan igjen bli påvirket av hverandre. Sentralt i denne modellen er også self-efficacy. Det kan derfor være hensiktsmessig å evaluere, og om nødvendig øke en persons self-efficacy for eksempel den spesifikke aktiviteten man velger. Innenfor denne teorien blir det også beskrevet viktigheten av at de positive effektene man oppnår overgår de mulig negative.



Model showing reasons why people get interested in participation of physical activities
 Brandenburg et al, 1987. I Kirke og kulturdepartementet, 1990.

3.5 Målsetting

Viktigheten av å sette mål kommer igjen i det meste av litteraturen. En interessant teori innen motivasjonsteoretiske tilnærminger er målperspektivteori (achievement goal theory). Her blir det beskrevet to ulike målperspektiv: **mestrings-/oppgave orientering** og **resultatorientering** (se appendix 1 for modell). Denne tenkningen har vist seg både å være nyttig i situasjoner med store krav til prestasjon (Roberts & Ommundsen 1996), men

og i sammenhenger med mindre krav til prestasjon eller konkurranse (Treasure & Roberts 1995; Brunel 1999).

Resultatorientering er når man orienterer seg etter ytre normer, for eksempel som når man sammenligner egne prestasjoner mot andres. Det kan være karakterer, resultater i idrett eller lønnsnivå, en form for ytre belønning.

Ved **mestringsorientering** rettes oppmerksomheten mot aktiviteten selv, og man tar utgangspunkt i egne forutsetninger, mål og behov. Ved å konsentrere seg om det man kan påvirke, som individuell framgang, flere repetisjoner eller bedre teknikk på ski, er interessen for oppgaven den viktigste motivasjonskilden. Perspektivet er indre motivasjon, og kan være nyttig i forbindelse med oppstart eller opprettholdelse av fysisk aktivitet. Mestringsorienterte mål gjør som oftest at folk beholder motivasjonen lengre (Roberts, 1984).

3.6 Kognitiv terapi- et terapeutisk perspektiv for deprimerte personer som skal øke sin motivasjon for å bli fysisk aktive

Det finnes mange modeller og måter å jobbe med motivasjon på, men i denne oppgaven føles det naturlig å bruke kognitiv terapi som terapeutisk perspektiv da mye av det som finnes i litteraturen som omhandler motivasjonsarbeid for fysisk aktivitet, omhandler bruk blant annet bevisstgjøring, endring av tanke- og atferdsmønstre, terapeut-klient forholdet, bruk av skjema, selvrapporing og egenarbeid. Behandlingen har to hovedelement, det ene er å hjelpe pasientene å identifisere de negative tankene, det andre er atferdsendring. Fysisk aktivitet er en form for atferd og økning av fysisk aktivitet er en atferdsendring. Forskning viser også at kognitiv terapi kan ha god effekt på depresjon, angstlidelser, panikklidelser, generalisert angst, agorafobi, sosial fobi, spiseforstyrrelser, alkohol- og stoffmisbruk, hypokondri, smertesyndromer og psykosomatiske lidelser.

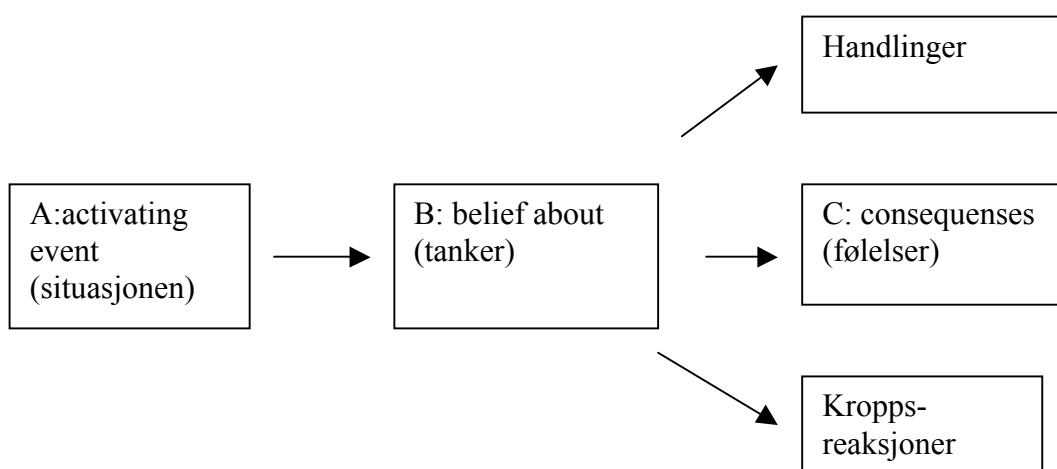
Den overordnede hensikten med kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer, i tillegg til å forsøke å påvirke en u hensiktsmessig, selvdestruktiv måte å tenke på. Mennesket er bevisst sin eksistens. Dette innebærer evnen til å forestille seg hva som kan skje i fremtiden eller tenke over tidligere hendelser. Hele tiden vil man aktivt velge ut og tolke informasjon.

Becks kognitive terapi ble utviklet med tanker rundt at depresjon skyltes aggresjon vendt innover en selv. Han fant ut at depressive pasienter ofte hadde opplevelser av nederlag og systematisk negativ bearbeiding av informasjon. Den kognitive modellen framholder at psykiske lidelser blir vedlikeholdt av negative automatiske tanker og atferd preget av passivitet, inaktivitet og unngåelse (Beck, 1995).

Negative automatiske tanker er ufrivillige, eller ubevisste tanker eller bilder som dukker opp i vår bevissthet i veldig kort tid, og vi aksepterer dem som sanne uten nærmere vurdering. Disse tankene fører ofte til feilfortolkninger (overgeneralisering, svart/hvitt tenkning, tankelesning, følelsesmessig resonnering) og påvirker videre følelser og atferd. Feilfortolkninger kan være ulike måter man misoppfatter informasjon på. Alle har gjennom tidligere erfaringer laget seg skjema, ofte kalt leveregler, som fungerer som et filter som man opplever verden igjennom. Disse etableres allerede i barndommen basert på genetiske faktorer og miljøerfaringer. Primære leveregler er selve kjernen i ens oppfatning av seg selv og andre, mens sekundære leveregler kan bli aktivert i visse situasjoner ("hvis, så-format")

Gjennom bevisstgjøring av disse levereplene, kan man påvirke menneskets måte å tenke på, og dermed påvirke følelser og atferd (Nielsen G. H., von der Lippe, A. L., 2002).

ABC-modellen



A er selve hendelsen, B er er automatiske tanker som dukker opp i ens bevissthet rundt hendelsen og C er konsekvenser disse tankene fører til. Konsekvensene inkluderer både det rent følelsesmessige, kroppslige reaksjoner, handlinger som iverksettes og kroppslige reaksjoner. Denne modellen kan være et godt redskap for å bli bevisst egne tanker, følelser og handlinger og dermed kunne bidra til endring av tankemønstre (Berge, 2010).

I kognitiv terapi er en god allianse mellom pasient og terapeut viktig. Her kommer stikkord som affektinntoning og empati, at behandler er ”ikke-vitende” og nysgjerrig inn. Terapeuten bør være varm, oppmerksom og forståelsesfull, i tillegg til at man er aktivt samtalende, det vil si at man informerer, forklarer, gir råd og stiller mange konkrete spørsmål. Sokratiske spørreteknikk er svært vanlig. Behandler og pasient må ha en felles forståelse av hvilke problemer de arbeider med å løse, at pasienten får en økt forståelse for hva som har bidratt til å opprettholde problemene og for virkemidler som kan brukes til å forebygge nye problemer. Man jobber aktivt med å oppnå konkrete mål innenfor pasienters måte å tenke på, og å bli bevisst sin indre samtale. (Berge, T. og Repål, A. 2008).

4.0 Empiri- erfaringer fra praksis

Mine erfaringer er fra et rehabiliteringssenter hvor de fleste pasientene er inne på 4-ukers opphold, noen på 2-ukers oppfølgingsopphold, andre igjen på opptil 2 opphold av 4 ukers varighet i løpet av året.

De pasientene jeg har som narrativ er pasienter som har sammensatte diagnoser som depresjon og smerter i muskel og skjelettsystemet, ofte brukt "samlediagnose" er myalgier (utelukket spesifikke funn av sykdommer etter grundig utredning).

En stor utfordring for oss som jobber med psykiatriske pasienter, i dette tilfellet depresjon, er at manglende motivasjon, tiltaksløshet, håpløshet, lite tro på egne ressurser, lav mestringsstro og negative automatiske tanker er en del av sykdomsbildet. Man kan lett se på pasientene som umotiverte for fysisk aktivitet. Ved å lytte til pasienten og hjelpe til med å sette konkrete, kortsiktige mål, og at pasienten skaper seg gode erfaringer men fysisk aktivitet, kan dette øke motivasjonen. Modellen til Brandenburg, et. al., 1987 (s.8) gir en god oversikt på hvordan motivasjonen kan økes.

Gjennom egenerfaringer opplever jeg at sunne individ er i større grad i stand til å være målrettet i sin atferd, som igjen gir mestringsfølelse og troen på seg selv. Deprimerte personer har ofte liten tro på seg selv og egen evne til kontroll, og nærmer seg en situasjon med liten eller ingen tro på å mestre den. Dette påvirker igjen motivasjonen.

Det er en utfordring og motivere deprimerte for økt fysisk aktivitetsnivå av flere årsaker som lang tids lavt aktivitetsnivå/inaktivitet, bivirkninger av medisiner (eks munntørrehet og økt vekt), hjertebank, lavt inntak av mat pga redusert appetitt eller følelse av "oppblåst mage", og mye luft, slapphet pga søvnforstyrrelser, mangel på tiltak og initiativ, somatiske smerter, nedsatt motorikk, dårlige erfaringer fra tidligere forsøk på aktivitet eller andre ting som gir lav mestringsstro. Mange har lav selvfølelse generelt, også i forhold til å delta på gruppeaktiviteter (gruppeaktiviteter er en stor del av tilbudet vi gir pasientene), eller tanker som "jeg har prøvd alt og ingenting hjelper", "jeg klarer aldri å nå målene mine" eller "jeg er dum og lat som ikke klarer å gjøre noe med livet mitt".

Pasientene har mange spørsmål rundt det å komme i gang. Det kan være forskjellige typer aktiviteter, riktig bruk av utstyr, tilgjengelig utstyr, hvordan utføre øvelser hensiktsmessig, hvordan oppnå best mulig og ikke minst rask effekt, mulige "bivirkninger" eller forhåndsregler for aktiviteten og lignende. Som fysioterapeut kan jeg bistå med kunnskap innenfor mange av disse feltene. Tilbud om teoretisk undervisning i treningslære og effekter ved fysisk aktivitet blir gitt til alle aktuelle pasienter. Spørsmål og praktisk gjennomføring følges opp i grupper og individuelt etter behov. Vanlige tilbakemeldinger er "jeg vet egentlig dette fra før, men det som er vanskelig er å komme i gang" og "godt å lære mer om hvorfor jeg bør være mer aktiv, nå blir det lettere å finne motivasjon".

På min arbeidsplass er det mye fokus på varierte gruppeaktiviteter, ofte flere daglig. I begynnelsen av oppholdet opplever mange dette som et stressmoment og er redde for ikke å klare like mye som andre, få økte smerter, å være sammen med ukjente mennesker, være avkledd i bassenget og ikke klare å delta på oppsatte aktiviteter. Samtaler ved ankomst og gjennom oppholdet er derfor viktig for å vurdere den enkeltes funksjonsnivå både fysisk og psykisk, og for å finne hvilke grupper som er aktuelle. For noen er det i begynnelsen nok å gå morgentur enten med følge fra en ansatt eller i gruppe. Om pasienten kan skape seg positive erfaringer og opplevelse av mestring fra dette, kan man gradvis øke antall aktiviteter.

De som er på nivå en eller to i "the stages of motivational readiness for change modell" trenger helt tydelig mest kognitive påvirkning som økt kunnskap om fysisk aktivitet og fordeler ved dette for å komme igang. For de som er på nivå 3 eller høyere kan legge opp

til en mer "behavioural" prosess som inneholder konkrete tiltak og belønning ved måloppnåelse for å vedlikeholde aktivitetsnivået.

De som begynner med for mange aktiviteter kan lett få bekreftet sine negative tanker og opplevelser fra tidligere gjennom å måtte kutte ut aktiviteter eller økte somatiske smerter. Dette er også beskrevet nærmere i teorikapitlet med modellen "stadier av motivasjon for endring". Pasienter, både med somatiske og psykiatriske diagnoser opplever ofte "nedturer" og "tilbakefall" i form. Som helsepersonell opplever jeg at dette svært ofte har en sammenheng med for høye, urealistiske mål, og at man bruker "skippertak-metoden". Mange er motiverte for å gjøre endringer når de kommer til institusjonen, men de er ofte lite bevisste på at det tar lang tid å endre atferd, og at det krever stor egeninnsats. Tidligere dårlige erfaringer blir brukt som argument for ikke å prøve igjen og de er redde for nok en nedtur. Ved bruk av kognitive metoder og bevisstgjøring kan dette endres. Noen er fortsatt låst i sine negative tankemønstre etter et fire ukers opphold, men når de kommer tilbake har mange gjort seg nye erfaringer og endret en del tanker.

Martinsen (2004) hevder at en av årsakene til at fysisk aktivitet ikke blir drevet mer systematisk i psykisk helsevern, er det ustrukturerte motivasjonsarbeidet og at motivasjonsklimaet blant ansatte er ofte preget av "ildsjeler", ikke en felles innsikt i effekter av fysisk aktivitet og bruk av dette i det daglige. Store deler av personalet på min arbeidsplass er veldig opptatt av de verdiene som fysisk aktivitet skaper, og jobber mye med å strukturere dette både under oppholdet og etter hjemkomst. Tilbakemeldingene fra pasientene er nesten utelukket positive i forhold til dette. Erfarer at Martinsens utsagn er av stor viktighet.

Hva som gir motivasjon til fysisk aktivitet opplever jeg som svært varierende. Ofte gjengitte motiver er bedret helse og fysisk form, å gå ned i vekt, mindre smerter, økt velvære, større muskler (bedret utseende), gjøre ting med andre, være sosial. Noen har direkte resultatorienterte mål om å nå en fjelltopp, klare å gå tur sammen med ektefellen, gå til hytta sammen med barna.

Andre kan igjen ha blitt anbefalt det av legen som en motivasjon fra omgivelsene, men trenger hjelp til å bygge opp en indre motivasjon.

I teori kapitlet under virkningsmekanismer er responsstil-teorien ved distraksjon eller grubling beskrevet. Har gjennom praksis fått erfaringer på både den ene og andre responsstilen og hvordan personer har det i etterkant.

Et konkret eksempel er en dame på 52 år med ryggsmertener og lett depresjon. Hun opplever ofte at aktivitet øker ryggsmertene og at hun dermed blir mer nedstemt og fortvilt over situasjonen. En av aktivitetene hun fikk tilbud om å gjennomføre var innendørs klatring. Hun møtte opp ved flere anledninger og så på andre som klatret, men redselen for å øke smertene og "oppleve nok en nedtur" som hun sa, i tillegg til frykten for høyde, gjorde at hun trakk seg. Så bestemte hun seg for å prøve. Et interessant spørsmål var hvorfor hun ville prøve? "Jeg så andre med ryggplager klare det og etter sikkerhetsprat følte jeg meg trygg. I tillegg har jeg vent meg til tanken en stund, uten å bli presset av andre" Hun klatret halvvegs opp i veggen. Når hun kom ned igjen var hun ufattelig stolt av seg selv, og lettet over at hun ikke kjente noe i det hele tatt. Resten av ettermiddagen var hun glad og følte ikke et snev av depresjon. Klart hun skal prøve neste uke også! "Endelig har jeg funnet en aktivitet jeg kan ta med barna og barnabarna på hjemme" var et annet utsagn.

I etterkant kan man diskutere hva som gjorde at hun opplevde heving i stemningsleie etter klatringen. En teori kan være responsstil-teorien, men jeg tror også opplevelsen av mestring og mestringstroen kan forklare noe av reaksjonen hennes. I tillegg kan man også

diskutere om frigjøringen av signalstoffer som endorfiner, dopamin eller monoaminer kan ha blitt påvirket under den krevende fysiske aktiviteten som klatring er.

En annen pasient opplevde at de triste tankene, depresjonen og angsten ble sterkere når hun gikk tur alene. Da fikk hun tid til å gruble, samtidig som hun var redd for at noen skulle komme overraskende på henne eller at bena skulle svikte slik at hun ikke kom seg hjem igjen. Dette gjorde at hun store deler av tiden oppholdt seg inne på sofaen selv om hun egentlig ønsket å være mer ute. I kognitiv terapi er det å bli bevisst den indre samtalen et viktig verktøy. Vedvarende grubling og bekymring, negative tanker og passivitet kan ifølge Berge (2010) være en vedlikeholdende faktor for depresjon, derfor er det viktig at helsepersonell kan bidra til å endre dette. Under samtaler og i felles undervisning ble det stilt spørsmål for å endre dette negative tankemønsteret.

Denne pasienten opplevde at når hun følte seg forstått av behandler ble det lettere å akseptere hvorfor hun ikke kom seg ut. Validering (gyldiggjøring) av problemet og de negative tankene er viktig for å oppnå en god relasjon i tillegg til å sette i gang en endringsprosess. Validering av hennes ”problem” ble gitt av både behandler og medpasienter som hadde ”lignende tanker og kjente seg igjen”. ”Jeg kan forstå at du føler deg mislykket når du opplever det slik” kan være et eksempel på validering av terapeut. Kommentarer fra medpasienter var ”endelig er det noen som kan bekrefte hvordan jeg har det inne i meg, jeg kjenner meg igjen i det du sier”, ”har du det sånn også?, trodde det bare var meg som føler meg dum og lat fordi jeg ligger så mye på sofaen og ikke klarer noen ting.” Pasienten opplevde denne bekreftelsen som ”en lettelse”.

For å endre de negative tankene hun har om seg selv kan registrering av negative tanker og endring av tankemønstre være nyttig.

Hun kan skrive ned negative tanker i et registreringsskjema for negative automatiske tanker som følger ABC-modellen når hun blir deprimert, urolig eller oppskaket. Hun kan spørre seg selv ”Hvordan tenker jeg nå?”

Situasjon Hvilken hendelse var knyttet til den ubehagelige følelsen?	Tanker Hvilke tanker fikk jeg?	Følelser Hvilke følelser fikk jeg?

Man kan og spørre sokratiske spørsmål som ”finnes det andre måter å tenke rundt hendelsen på?”, ”hva får deg til å føle/tenke slik, hva bygger du det på?”, hvilke konsekvenser kan hendelsen få, hva er det verste som kan skje?”.

Nyttige spørsmål for å komme ut av ”grubletilstanden” kan være ”hvordan kan jeg begynne å løse dette problemet?, hva og hvem kan hjelpe meg dit jeg ønsker, hva trenger jeg nå?”, ”hvorfor ønsker jeg å gå tur?”, hva liker jeg å gjøre?”

Gjennom å bli stilt og trene på å stille seg disse spørsmålene kom hun fram til forslag til løsninger.

For å distrahere seg selv gjorde hun det så enkelt at hun fikk med seg en medpasient som deler interessen for fotografering, og de gikk turer og fotograferte underveis. Dette ga henne mange positive opplevelser, øket gangdistanse, bedre fysisk form og ”et pusterom” fra tankene. Hun opplevde gradvis økt mestring i forhold til at hun kom seg trygt hjem fra tur, følte hun fikk mer energi og var mindre trett, at det var kjekt og gå på tur med noen andre, fikk bekreftelse på at bildene var fine og at hun følte seg mer verdifull fordi hun faktisk klarte å gjøre noe. Motivasjonen for turgåing når hun kom hjem var økt.

Det finnes også mange eksempler på at personer har deltatt på forskjellige fysiske aktiviteter hvor de ikke har følt seg lettere til sinns under aktiviteten eller i etterkant og at motivasjonen for å prøve igjen er liten eller vekke. Mange faktorer kan spille inn, men gjennom samtaler og å lytte til pasientens erfaringer, kan man endre på aktiviteten slik at det etter hvert kan bli en positiv opplevelse. Tilbakemeldinger kan være at det var kjedelig og ensformig, ikke nok fart og spenning, lite engasjerende, for slitsomt, vonde sko, å være i gruppe (både positivt og negativt), bråkete eller ”feil” musikk, vonde øvelser, økte smerter i etterkant, fikk ikke til, har ikke rett utstyr, instruktøren og så videre. Det kan være lett for helsepersonell i en travel hverdag å ikke ta pasientens erfaringer og tilbakemeldinger alvorlig og tenke ”at dette må han da klare, sånn er det bare, alle andre synes at det er greit” og lignende. Har både observert andre og tenkt disse tankene selv, men har etter hvert forstått at det vi kanskje opplever som små ting eller bagateller, kan være det som avgjør om pasienten får en positiv opplevelse rundt aktiviteten og får lyst til å gjenta den.

I det daglige opplever jeg også mange tilfeller av tilbakefall i aktivitetsnivå eller at personer mister den motivasjonen de har opparbeidet seg. Det kan være mange årsaker til dette, men jeg føler at en måte å forklare dette på er via modellen the stages of motivational readiness som er beskrevet i teori kapittelet s.6. En svært vanlig feil er at man hopper over et eller to stadier i denne modellen og at man dermed ikke klarer å tilpasse det fysiske aktivitetsnivået i hverdagen eller opplever at man har satt seg for høye mål, og dermed igjen mister motivasjonen. Noen forklaringer jeg har fått er at målene ble for høye, mistet motivasjonen når jeg nådde målene og klarte ikke å sette nye, ingen spurte meg hvordan det gikk, ble lei, familien sa at jeg var for lite hjemme med dem. Mange som kommer på rehabiliteringsopphold ”skal gjøre noe med smertene og situasjonen en gang for alle” og ”forandre livsstilen” til det bedre. For å begynne på ”rett nivå” for den enkelte må man vite noe om personens tidligere erfaringer med fysisk aktivitet. Kartleggings spørsmål kan være ”har du noen gang drevet med regelmessig fysisk aktivitet?”, ”hva gjorde du?”, ”hva likte du best?”, ”hvordan føltes det?”, ”nevnt noen positive grunner”, ”av hvilke grunner sluttet du?”.

Utdrag fra en samtale

Siden mange deprimerte er inaktive og kanskje noe umotiverte for endring tar jeg utgangspunkt i at pasienten er på nivå 2-3, altså overveielsesfasen/beslutningsfasen i Protrachaska og DiClementes endringsmodell.

(P: pasient, B: behandler)

B: Hvordan har det gått siden forrige samtale?

P: Jeg skulle ha gått litt oftere tur. Har vært sliten, orker ingenting, vil helst bare ligge.

Føler at jeg er mislykket siden jeg ikke klarer det engang (negativ automatisk tanke, NAT).

B: Du sier du skulle ha gått oftere tur og at du er mislykket som ikke klarer det (registrering av NAT). Hva betyr det når du sier du tenker at du er mislykket?

Betyr det at du faktisk har vært på tur? (endring av tankemønster)

P: Ja, har gått to turer, men gikk bare i 15 minutter.

B: Så bra du har gått 2 turer. Hvordan følte du deg når du gikk?

P: Var tungt å komme seg ut, men følte det var godt med frisk luft og å kjenne at sola begynner å varme.

B: Hvordan følte du deg når du kom tilbake?

P: At det var deilig å gjøre noe annet enn å ligge på sofaen og tenke. Men, at jeg burde ha gått lenger. Var redd jeg ikke skulle klare å gå tilbake uten å kunne hvile meg, var tungt i beina.

B: Jeg forstår det var tungt (validering) siden det er lenge siden du har gått tur før dette. Kan du si mer rundt fordelene av å gå tur?

Hvis det er greit for deg vil jeg at du skal lage en liste over fordeler og ulemper ved å gå tur til neste time.

Kommentar: Å lage en liste over fordeler og ulemper ved å gå tur, kan være et godt utgangspunkt for videre samtaler. Pasienten blir også mer bevisst over hvilke valg hun har og videre hvilke mål som er gunstig å sette seg.

Et annet hjelpemiddel kan være å lage en liste over registrering av negative automatiske tanker og/eller atferdsregistrering. Ved bruk av atferdsregistrering kan hun få innsikt i hva hun faktisk gjør og videre kan man evaluere grad av mestring og glede ved ulike aktiviteter (Berge, T., Repål, A., 2008). Se appendix 2.

Sørensen (1995) sier noe om bruk av fysisk aktivitet i psykiatrien i forhold til erfaringer med friske. Psykiatriske pasienter kan oppleve glede, samhold og bedring av fysisk arbeidskapasitet som andre. Utfordringer kan være at psykiske lidelser ofte gir utslag i kroppslige forhold som forstyrrelser i muskeltonus som kan gi smerter, respirasjonsforstyrrelser, endret opplevelse av egen kropp eller motoriske utslag. Dette igjen virker inn på motivasjonen og leder lett til passivitet. Et annet aspekt hun nevner er kulturen rundt fysisk aktivitet i psykiatriske sykehus. Det er tradisjonelt hovedfokus på tradisjonelle behandlingsmetoder som medikament og samtaleterapi og liten fokus på systematisk bruk av fysisk aktivitet. Det tredje aspektet hun nevner er at det har vært lite fokus på ”psykologisk treningslære” og at det er lite dokumentert det som skjer psykisk ved fysisk aktivitet, selv om dette er i bedring.

5.0 Diskusjon

Mange forskjellige teorier for motivasjon og endring er beskrevet i litteraturen, men ingen står fram som ”den eneste rette” teorien for å hjelpe personer til å bli mer fysisk aktive. Mange treningsprogram er laget for personer som er psykisk friske og ofte på aktivitetsnivå 3 eller høyere etter Prochaskas motivasjon for endring modell. Store deler av befolkningen er på et lavere nivå enn dette, og en enda større andel av psykisk syke er inaktive. For noen kan det være utfordring nok å klare å sette seg opp i senga, lage frokost eller å gå en kort tur ut. Det er derfor svært viktig for de som skal jobbe med motivasjon for økt fysisk aktivitetsnivå å tenke på at treningstilbudet i byer og kommuner ofte ikke er lagt opp etter dette, men for de som allerede er i gang. For å komme i gang er det viktig å ”møte pasienten der pasienten er” og være realistisk med målsetting. Aktiviteten skal være lystbetont og omgivelsene skal være trygge. Hos deprimerte er ofte selvtilliten og troen på egen mestring svært lav, og med de andre symptomene som ofte er tilstede som initiativløshet, pessimisme, tap av håp og lignende er det viktig å legge opp aktiviteten på et nivå som er lett å oppnå uten altfor mye innsats. Er omgivelsene positive til aktivitet som en del av behandlingen av depresjon viser det seg ofte lettere å komme i gang og å fortsette. Fagpersonellet på min arbeidsplass er opptatt av en aktiv fysisk hverdag og dette ”smitter” over på pasientene. Kan dette ha noe med at de som jobber mest rundt pasientene er idrettspedagoger og fysioterapeuter som har kompetanse på dette området, sammenlignet med at de er et fåtall av disse yrkesgruppene som er representert i psykisk helsevern? Eller at man jobber i tverrfaglige team med psykiatrisk sykepleier, lege, fysioterapeut, idrettspedagog, ergoterapeut og sosionom?

Når det gjelder målsettingsperspektiv for deprimerte personer, er det mulig at mestringsorienterte mål vil være mest hensiktsmessig. Resultatorientering kan være nyttig i visse situasjoner, men for målgruppen erfarer jeg at det da kan bli litt for mye fokus på selve resultatet og ikke veien dit. Fallhøyden kan bli stor, og motivasjonen kan lettere forsvinne.

Fysisk aktivitet og motivasjon er sammensatt. Den består av mange typer atferd, ikke bare konkurranseidrett, men for eksempel også å spille ball med barna, hus- og hagearbeid. Pasientene legger ofte lista for aktivitet for høyt, og tror at de må ”trene hardt” for at det skal gi effekt. Faktorer som spiller inn på aktivitetsnivået kan være troen på å oppnå noe med aktiviteten, selvtillit, støtte fra familie og venner, fysiske eller psykiske plager og lignende.

Det er mye forskning som viser at fysisk aktivitet kan være en nyttig behandling for deprimerte, og at gjennom motivasjonsarbeid kan aktiviteten igangsettes, økes og opprettholdes over tid. Mange prøver å forklare hvorfor akkurat økt fysisk aktivitetsnivå har effekt, men mine erfaringer er at det sjelden bare er det at pasienten er aktiv og de fysiologiske objektive målbare effektene som spiller inn. Både observasjoner og tilbakemeldinger fra pasienter viser at mange faktorer spiller inn. Det kan alt fra været, rett utstyr, å gjøre noe sammen med andre, fin musikk, føle mestring ovenfor forskjellige oppgaver, flytte fokus fra tunge tanker og smerter, tilstanden går over og så videre. Et viktig punkt er også relasjonen til behandler, støtteapparat, familie og venner. For å bli motivert og å videreføre denne motivasjonen over tid er nettverk og relasjonen svært viktig. Om pasienten føler seg møtt og forstått både i behandlingssituasjon og hjemme

øker sjansene for motivasjon til å være aktiv. Å jobbe i et tverrfaglig team kan være positivt for å kunne møte pasienten best mulig ut ifra dens individuelle behov. Som behandler er det viktig å stille spørsmål om både gode og dårlige erfaringer rundt aktiviteten for å bevisstgjøre pasienten ressurser og eventuelt faktorer som opprettholder den passive livsstilen. Siden mange deprimerte lett faller tilbake til automatiske negative tanker, er det viktig å bli bevisste disse og stille spørsmål for å endre negative følelser og atferd. Dette kan gjøres med selvhjelpsmetoder eller av behandler. Om pasienten er aktivt deltagende i prosessen rundt det å sette mål og hvordan gjennomføre planen, får man et "eieforhold", og det blir dermed enklere å holde motivasjonen oppe. Brukermedvirkning er et viktig ord for helsepersonell. Man har lett for å gi gode råd og kanskje lettvinne løsninger, men det er ikke dermed sikkert at dette vil hjelpe pasienten over tid. Det er pasienten som skal motiveres for å være regelmessig aktiv, ikke behandleren. Et ofte brukt utsagn fra pasienter er "jeg vil at/håper du gjør meg frisk". Som behandler opplever jeg dette utsagnet som en stor utfordring. Jeg er "ekspert" og ønsker selvfølgelig at pasienten skal bli bedre, samtidig som at min jobb blir å gi pasienten økt innsikt i sine tanker, følelser og atferd for å kunne ta tak i sin egen situasjon. Deprimerte mangler ofte initiativ, engasjement og troen på seg selv, derfor opplever jeg at det å gi pasienten trygghet gjennom en god relasjon, kan bidra til å øke pasientens egeninnsats over tid og forståelse for at endring må komme innenfra. Man må begynne med små oppgaver, for så å øke disse over tid. Ofte får de "tilbakefall" av symptomer. De negative tankene til pasienten kan lett overføres til behandler. Om man er bevisst på at disse tilbakefallene er svært vanlig for å oppnå endring, kan man ha samtaler rundt hva som ikke fungerte/fungerte og hvorfor/hvorfor ikke for å gi pasienten tro på at endring er mulig, men at man også må være realistisk. Føler det er for lite fokus på motivasjonsaspektet og hvilken erfaring pasienten har. Det er lett å fokusere på konkrete mål og tiltak, uten å ha kartlagt tidligere erfaringer med aktiviteter og mulige hindringsfaktorer. Det er mange grunner for liten motivasjon til fysisk aktivitet, derfor må man finne ut hva som gikk "galt" sist, for å oppnå et annet resultat denne gangen.

Pasienten legger ofte skylden på seg selv, behandler eller begge deler. Som behandler er det også lett å bebreide seg selv og lure på hva man gjorde galt. Ofte er det upåvirkelige eller uforutsette faktorer som spiller inn, eller rett og slett symptomer på sykdommen. Å jobbe med psykiatri krever egeninnsikt og at man kan håndtere "vanskelige pasienter eller situasjoner". Ofte er det sykdommen som snakker, ikke personen. Selv opplever jeg god støtte av et tverrfaglig team når man blir frustrert og rådvill på hvordan man kan følge opp pasienter på best mulig måte, og ikke minst hvordan håndtere egne tanker og følelser rundt situasjonen som hjelper.

Motivasjonen for fysisk aktivitet blir påvirket av mange både ytre og indre faktorer, og faktorer som kan påvirkes og ikke. Forskningsmetoder og instrumenter kan bare fange opp deler av menneskets virkelighet. Forskning er derfor en utfordring, og den vil ha noen svakheter. Kvantitative metoder kan gi nyttig informasjon, men man må ha i bakhodet at hva som gjør den enkelte blir motivert eller ikke, er individuelt. Har funnet lite kvalitativ forskning rundt temaet, og tror dette vil bli viktigere i framtida. Da vil pasientenes og behandleres følelser og tanker komme tydeligere fram.

Uansett hva forskning viser må hvert individ møtes der det har behov for å bli møtt. Alle har sin livsverden og erfaringer som påvirker videre atferd. For å få tilgang til andres livsverden må man kommunisere, samhandle og være deltagende. Gradvis økt kunnskap via forskning gjør at man har bedre retningslinjer for valg av behandlingsmetode og

forventet resultat. I psykiatrien opplever jeg at kunnskap som er samlet gjennom forskning ikke er nok for å gi pasientene best mulig oppfølging. I hverdagen er man også avhengig av taus- og praksisbasert kunnskap. Ofte kommer man i situasjoner hvor man ikke kan referere til en randomisert studie eller man må ta etiske valg.

Opphold i institusjon på fire uker er altfor lite for varig atferdsendring, men om pasientene får økt innsikt og bevissthet rundt det de faktisk kan gjøre noe med, kan det være en god start for endringsprosessen. For motivasjon til varig økt fysisk aktivitetsnivå, tror jeg oppfølging hjemme og eventuelt oppfølgingsopphold er nyttig. Først når man kommer hjem kan man sette ut i praksis det man har begynt på, og nye spørsmål dukker opp. Lite offentlige midler er satt av til ”oppfølgingsarbeid”, men alle kommuner har en eller annen form for tilbud. Det kan være psykiatriske dagsentre, psykiatrisk sykepleier, helsesøster, lege, ergoterapeut og fysioterapeut. Ser også at det blir gjennomført gratis opplæring av støtte- /treningskontakter. Folkehelsekoordinatorer bidrar også med å skape lavterskeltilbud.

Fysisk aktivitet er en svært fleksibel behandlingsform. Den kan gjennomføres både i institusjoner, poliklinisk virksomhet og i almennehelsetjenestene, og koster lite å gjennomføre. Etter hvert som effektene blir bedre dokumentert og kjent blant helsepersonell kan den brukes mer systematisk.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven er det beskrevet noen modeller for hvordan man kan gå fram for å øke motivasjonen for økt fysisk aktivitetsnivå, med spesifikt fokus på deprimerte personer. Det finnes mye litteratur på både depresjon, motivasjonsteori og dokumentasjon på at fysisk aktivitet kan være en god behandling eller et supplement til medikamenter i behandlingen av deprimerte. Utfordringen har vært å forsøke å se dette i en sammenheng. Har ikke funnet noe litteratur eller forskning som kombinerer disse tre elementene, men har forsøkt å belyse ting jeg har erfart som viktig. Dette er en problemstilling det helt klart kan forskes mer på. En problemstilling kan være ”er deprimerte vanskeligere å motivere for fysisk aktivitet enn ikke deprimerte?”

Det som også hadde vært interessant å undersøke er de forskjellige motivasjonsstrategiene opp mot hverandre, for å se hvem som har best effekt for deprimerte.

Man kan for eksempel gjøre kvalitative studier for å finne svar på hvordan pasienten opplever det å være fysisk aktiv eller hvordan man føler forskjellige faktorer spiller inn på motivasjonen

Referanser

- Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, et al. Exercise treatment for major depression. Maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med* 2000;62:633-8.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, J.S., (1995) *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York. Guilford press.
- Berge, T.,Repål, A.(2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Berge, Torkil (2010). Kognitiv terapi ved depresjon og angst. Forelesning Høgskolen i Molde, 18-19 mars 2010
- Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khathri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999;159:2349-56.
- Brodal, P. (2001) *Sentralnervesystemet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brunel, P.C., (1999). Relationship between achievement goal orientations and perceived motivational climate in intrinsic motivation. *Scandinavian Journal og Medicine & Science in Sports*, 9, 365-374.
- Buckworth, J,j Dishman, R.K. (2002).*Exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Csikszentmihalyi, M. (1990) *Flow psychology of optimal performance*. Harper Perennial: New York.
- Deci, E.L. (1995) *Why we do what we do*. New York: Grosser-Putnam.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (1980) The empirical exploration of intrinsic motioivational process. I: Berkowitz (red.). *Advances in experimental social psychology, vol. 13*. New York: Academic Press
- Dunn, AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression. Efficacy and dose response. *Am J Prev Med* 2005;28:1-8.
- Duesund, L. (2001). *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Oslo: Gyldendal.
- Egidius, Henry (1994)*Psykologisk leksikon*. 4.opplag. Aschehoug, Oslo 2006.
- Epstein, L.H. (1998). Integrating theoretical approaches to promote physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 257-265.

Helsedirektoratet (2008), Aktivitetshåndboken, *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, Oslo

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten*, IS1561 ISBN-nr. 978-82-8081-184-4 7

Hugdahl, K. og medarbeidere (2004) Increased parietal and frontal activation after improvement from major recurrent depression: A repeated FMRI study. Innsendt manuscript, Martinsen 2004

ICD-10 *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Norsk utgave. Statens helsetilsyn, 1996.

Janis, I.L., & Mann, L.(1977). *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Collier Macmillan.

Knubben K, Reischies FM, Adli M, Schlattman P, Bauer M, Dimeo F. A randomised controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *Br J Sports Med* 2007;41:29-33.

Koltyn, K.(1997). The thermogenic hypothesis. I: W. P. Morgan (red.) *Physical activity and mental health*, 213-266- Washington DC: Taylor& Frances

Lawlor, D.A, Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 1-8.

Marcus, B.H, Rossi,J.S., Selby,V.C.,Niaura R.S., (1992) Self-efficacy and the stages of exercise behaviour change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63, 60-66.

Marcus, B.H., Forsyth, L.H. *Motivating people to be physically active*. Human kinetics, 2003.

Martinsen EW, Medhus A, Sandvik L. Effects of aerobic exercise on depression. A controlled study. *BMJ* 1985;291:109.

Martinsen EW, Medhus A. Adherence to exercise and patient evaluation of physical exercise in comprehensive treatment programme for depression. *Nord Psykiatr Tidsskr* 1989;43:411-5.

Martinsen EW, Sandvik L., Kolbjørnsrud O.B., Aerobic exercise in the treatment of nonpsychotic mental disorders. An exploratory study. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1989;43:521-529

Martinsen, Egil W (1998), Psykiatrisk forskning på fysisk aktivitet-en oversikt. I Moe T., Retterstøl N., Sørensen M., *Fysisk aktivitet- en ressurs i psykiatrisk behandling*, Oslo, Universitetsforlaget

- Martinsen, Egil (2000) Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120:3054-6
- Martinsen, Egil (2004) Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse. *Fagbokforlaget, Bergen*.
- McAuley, E., Courneya, K.S. & Lettunich, J. (1991): *Effects of acute and long term exercises on self efficacy responses in sedentary middle aged males and females*. *The Gerontologist*, 31, 534-542.
- Mc Cann IL, Holmes DS. *Influence of aerobic exercise on depression*. *J Pers Soc Psychol* 1984;46:1142-7.
- Nielsen, G.H., von der Lippe, A.L. (2002) Psykoterapi med voksne. *Fem perspektiver på teori og praksis*. Pensumtjeneste AS, Oslo
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. *Handbook of bereavement research. Consequences, coping and care* (545-567). Washington DC: American Psychological Association.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross J.C. (1992): *In search of how people change: applications to addictive behaviours*. *Am Psychol Journal*, 47, 1102-1114
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983) The stages and processes of selfchange in smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 390-395. I Marcus, B.H., Forsyth, L.H. *Motivating people to be physically active*. Human kinetics, 2003.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., & Fava, J. (1988) Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 56, 520-528.
- Roberts, G. C. (1984): *Towards a new theory of motivation in sport: The role of perceived ability*. In: Silva J. & Weinerg, R.S. (Eds.) *Psychological Foundations of Sport*. Champaign, Human Kinetics, 1984.
- Roberts G., Ommundsen Y. (1996) Effect of goal orientation on achievement beliefs, cognitions and strategies in team sport. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 6, 46-56.
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. *Fysisk aktivitet og helse*. Anbefalinger. Rapport nr. 2/2000
- Stelter, R. (1999). *Med kroppen i centrum*. København: Dansk Psykologisk forlag. Kirke- og Kulturdepartementet. Ungdoms- og idrettsavdelingen. *Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Fra Sogndalsseminaret, mai 1990
- Sørensen, M. (1990): *Motivasjon og mestringsarbeid*. I: Mathiesen, G.: *Fysisk aktivitet og mental helse*. Rapport fra Sogndalsseminaret. Oslo, KVD, 1990.

Sørensen, M.(1993): *Therapeutic movement and sport: Possibilities an limitations*. In Nitsch, J. & Seiler, R. (Eds.) *Movement an sport- psychological foundations and effects*. Proceedings from the VIII European Congress on Sport Psychology, Kølñ.

Sørensen, Marit (1995) Fysisk trening i psykiatrien. Idrett og bevegelse i psykiatrisk behandling: Erfaringer og motivasjonsstrategier. Foredrag Gaustadløp-seminar, Gaustad sykehus. 14.sept. 1995

Treasure,D.,C, Roberts, G.,C. (1995). Applications of achievement goal theory to physical education: Implications for enhancing motivation. *Quest*, 47, 475-489.

Åstrand, P.O., og medarbeidere (2003). *Textbook og work physiology. Physiological bases of exercise*. Fourth edition. Champaign, Ill.: Human Kinetics.

Appendix 1

Martinsen, Egil (2004) Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse. *Fagbokforlaget, Bergen.*

MÅLPERSPEKTIVET

MESTRINGSORIENTERING (oppgaveorientering, læringsorientering)	RESULTATORIENTERING (ego-orientering, prestasjonsorientering)
--	--

Vesentlige forskjeller mellom de to målperspektivene:

<ul style="list-style-type: none">• Suksess vurderes i forhold til eget utgangspunkt, sammenligning med seg selv• Fokus på å forbedre seg, konkurrere med seg selv• Baserer seg mer på indre motivasjon• Oppgaven i seg selv er av interesse• Feil er en kilde til læring, en naturlig del av prosessen, oppsøker utfordringer, tar sjanser	<ul style="list-style-type: none">• Suksess vurderes i forhold til andre, være flinkere eller konkurrere, sosial sammenligning• Baserer seg mer på ytre belønning• Vise dyktighet for andre er sentralt• Feil er bevis på egen udyktighet, unngår situasjoner der en ikke er sikker på å lykkes, defensiv
---	--

Mulige konsekvenser for de to målperspektivene:

Ved kun mestringsorientering eller i kombinasjon med resultatorientering

<ul style="list-style-type: none">• Høyere motivasjon der ting ikke går av seg selv (oppretholde/øke innsatsen)• Sterkere selvbilde, ingen forsvarsbehov• Mer hensiktsmessige læringsstrategier (se verdien i mislykkede forsøk; bedre konsentrasjon)• Opplevelse av personlig kontroll og mindre sårbarhet• Øker innsats i motgang• Hensiktsmessige årsaksforklaringer (evne eller innsats ved suksess; fir lite innsats eller ikke kontrollerbare ytre forhold ved mislykkede forsøk)
--

Ved kun resultatorientering

<ul style="list-style-type: none">• Lavere motivasjon der ting ikke går av seg selv (gir lettere opp)• Svakere selvbilde, beskytter truet selvbilde• Lite hensiktsmessige læringsstrategier (velger for lette/for vanskelige oppgaver; konsentrasjonsproblemer)• Mindre tro på egen kontrollmulighet; mer å tape, mer engstelig• Ingen tro på at innsats nytter• Uhensiktsmessige årsaksforklaringer (flaks eller for lette oppgaver ved suksess, dårlige evner ved mislykkede forsøk)

Appendix 2

Forslag på skjema for atferdsregistrering etter retningslinjer fra Berge og Repål (2008)

Fyll ut hva du gjør på alle tidspunkt i ei uke.

For å evaluere grad av mestring og glede, fyll ut mestring (M) og glede (G) med nummering fra 1-10 bak aktiviteten. 0 betyr ingen glede/mestring, 10 betyr maksimal glede/mestring.

Klokkeslett	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							