



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Kan vi løpe fra depresjonen?/Can we outrun the depression?

Adrian Carlsen Solvang

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 28.05.2015



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 betrakte som fusk 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 plagiattrollert i Ephorus, 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"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hogstad, Ingrid Johansen

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:

nei ja

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

nei ja

(Båndleggingsavtale må fylles ut) - Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over? nei

ja

Er oppgaven unntatt offentlighet?

nei ja

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

Dato: 27.05.2015

Antall ord: 11162.

Forord

Menneskekroppen er skapt for bevegelse. Fysisk aktivitet gjør godt for kropp og sjel
(Henriksson og Sundberg 2008, 8).

Fysisk aktivitet har hatt en sentral rolle i min oppvekst og har gitt meg mulighet til å utfolde meg både fysisk og sosialt, noe som jeg selv mener har virket positivt inn på meg som person. Det har gitt meg muligheten til å bli kjent med mine egne fysiske grenser og økt min egen selvfølelse via mestring av oppgaver, gitt meg nye bekjenskaper og derav gitt meg en bedre livskvalitet. De siste årene har jeg også jobbet i en bolig for mennesker med forskjellige psykiske utviklingshemninger, hvor flere av beboerne også har psykiske lidelser. På bakgrunn av min interesse for fysisk aktivitet og arbeidserfaring, ønsker jeg å se nærmere på hvordan fysisk aktivitet kan være med i behandlingen av depresjon.

1.0 Innledning	1
2.0 Problemstilling	3
3.0 Metode	4
3.1 Min forforståelse og antakelser:	5
4.0 Teori	7
4.1 Depresjon:.....	7
4.1.1 Diagnostiske kriterier:.....	7
4.1.2 Mild depresjon	8
4.1.3 Moderat depresjon:	8
4.1.4 Alvorlig depresjon:	9
4.2 Medikamentell behandling:	10
4.2.1 Tilbakefall – Medisinsk behandling og fysisk aktivitet.....	10
4.3 Fysisk aktivitet.....	11
4.3.1 Fysisk aktivitet og depresjon:	11
4.3.2 Fysisk aktivitet i et helseperspektiv:	12
4.4 Psykologiske behov:	13
4.4.1 Mestring, mestringsstrategier og mestringsforsøk:.....	13
4.4.2 Mestringsforventning.....	14
4.5 Psykologiske virkninger av fysisk aktivitet:	15
4.6 Motivasjon	16
4.6.1 Motiverende intervju:	17
5.0 Analyse/drøfting:	18
5.1 Depresjon og fysisk aktivitet:	18
5.2 Motivasjon, fysisk aktivitet og depresjon	19
5.3 Den psykologiske effekten av fysisk aktivitet	21
5.3.1 Det sosiale mennesket og fysisk aktivitet.....	23
5.4 Fysisk aktivitet, den beste behandlingsmetoden?	24
5.5 Den fysiske aktiviteten for den psykiske helsen.....	28
6.0 Avslutning	29
6.1 Oppsummering	29
6.2 Konklusjon:.....	30
6.3 Refleksjon	31
7.0 Litteraturliste	33

1.0 Innledning

I denne oppgaven skal jeg se på hvordan fysisk aktivitet kan bli brukt som en behandlingsmetode for depresjon, med de psykologiske behovene til et menneske og mestring i fokus.

Dagens samfunn har blitt tilrettelagt for inaktivitet, bakgrunnene til dette kan være mange. Vi har hatt en stor teknologisk utvikling og vi blir kanskje sittende med en skjerm flere timer for dagen. For å komme oss fra A til B har vi en rekke med transportmidler og vi kan ved et par tastetrykk få det vi ønsker levert på døren. Dette har gjort at vi må i mye større grad være bevisst på fysisk aktivitet for å få det som en del av hverdagen. En gruppe som er ekstra utsatt for inaktivitet, i tillegg til de samfunnsmessige endringene, er mennesker med depresjoner (Martinsen 2009).

Depresjon ligger under gruppen psykiske lidelser og betegnes som affektive lidelser (stemningslidelser). Videre kan depresjon deles inn i to hovedgrupper, de unipolare og de bipolare. De unipolare affektive lidelsene omfatter bare de som har depresjonsperioder, mens de bipolare affektive lidelsene omfatter både depresjonsperioder og hypomane/maniske episoder (Kjellman, Martinsen, Taube og Andersson 2008).

Depresjon er en av de tre vanligste gruppene av psykiske lidelser i den norske befolkningen og hvordan samfunnet forholder seg til disse lidelsene har endret seg over tid, i den forstand at stadig flere blir behandlet (Mykletun og Knudsen 2009). I år 2000 ble depresjon rangert av WHO som den fjerde største helseproblemet på verdensbasis (Kjellman m.fl 2008). Depresjon forekommer oftere med kvinner enn med menn og i løpet av livet vil trolig 25% av alle kvinner og 15% av alle menn få en behandlingstrengende depresjon (Norsk Helseinformatikk 2013b). Ut i fra dette kan vi si at depresjon har vært og vil mest trolig være en diagnose/sykdom vi helsefagarbeidere må forholde oss til i den kommende fremtiden, dermed vil vi trenge kunnskap rundt hvordan vi kan hjelpe mennesker med depresjon.

Ved depresjon blir det brukt forskjellige behandlingsmetoder, fysisk aktivitet, medikamentell behandling, psykologisk behandling og for noen blir også elektroshokkbehandling brukt (Norsk Helseinformatikk 2015). Fysisk aktivitet er en

behandlingsform som har fått mer oppmerksomhet de siste årene. Fysisk aktivitet er et overordnet begrep; i definisjonen ligger all kroppslig bevegelse som følger av muskelarbeid og som fører til økt energiforbruk. Formålet med denne oppgaven vil være å se på hvilke utbytter mennesker med depresjon kan ha av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan bli sett på fra flere perspektiver, både fysiologisk, psykologisk og sosialt. Her ønsker jeg å ha fokus på de psykologiske behovene og mestringen man får gjennom fysisk aktivitet.

Oppgavens disposisjon vil bli lagt opp på den måten at jeg skal ha en rød tråd gjennom teksten. Til å starte med skal jeg gå inn på oppgavens problemstilling og hvilke avgrensninger jeg har tatt inn mot temaet. Videre under metodekapittelet gjør jeg rede for hvordan jeg har jobbet og hvordan jeg har vært kritisk til innhentet forskning og teori. Hoveddelen av oppgaven er delt inn i to, teori og drøfting. I teoridelen skal jeg legge frem all innhentet data som jeg skal bruke videre i oppgaven. I drøftingen skal jeg sette denne innhentede dataen opp imot problemstillingen min. Her blir fysisk aktivitet, depresjon, motivasjon, mestring og det sosiale mennesket sentrale drøftingsemner. Til slutt i oppgaven vil jeg også sette fysisk aktivitet opp mot medikamentell behandling, med tilbakefall etter endt behandling i fokus. Dette mener jeg selv er viktig for å poengtere hvordan fysisk aktivitet fungerer i det lange løp, ikke bare den umiddelbare effekten. Samt at jeg trekker inn forskjellige situasjoner hvor fysisk aktivitet ikke er den beste behandlingsmetoden. I min avslutting vil jeg trekke konklusjoner rundt det jeg har kommet frem til gjennom drøftingen og evaluere andre muligheter ved oppgaven min.

2.0 Problemstilling

Fysisk aktivitet det et utrolig stort tema som dekker mange områder, helseperspektiv, psykologisk perspektiv, samfunnsperspektiv etc. Dermed kan fysisk aktivitet ha innvirkninger både for mennesket fysisk, psykisk og samfunnet rundt oss. I denne oppgaven ønsker jeg å ha det psykiske perspektivet ved fysisk aktivitet i fokus, mer spesifisert menneskets psykologiske behov og mestring, og trekke dette opp mot diagnosen depresjon.

Problemstillingen lyder som følger:

Hvordan kan man forstå fysisk aktivitet som en del av behandlingen av depresjon, med menneskets psykologiske behov og mestring i fokus?

Avgrensninger:

For fokusområdet rundt fysisk aktivitet ikke skal bli for stort, det psykologiske perspektivet ved fysisk aktivitet, nærmere spesifisert menneskets psykologiske behov og mestring. Dersom jeg trekker inn andre perspektiv ved fysisk aktivitet, vil dette være for vise hvordan dette kan virke inn på det psykologiske perspektivet.

Diagnosen jeg har valgt for problemstillingen er depresjon. I utgangspunktet skulle oppgaven omhandle psykiske lidelser, men dette ble et for stort fokus for oppgaven. Dermed ble det kortet inn til depresjon, som teknisk sett er en affektiv lidelse (stemningslidelse). Noe som gjør at jeg kan gå mer i dybden på et mindre område.

Definisjon av begrep i problemstillingen:

Sentrale begrep i problemstillingen er fysisk aktivitet, depresjon, psykologiske behov og mestring. Definisjon av fysisk aktivitet og depresjon har blitt redegjort for i innledningen pkt. 1.0, dermed vil jeg ikke gjenta det her.

Psykologiske behov blir definert som psykologiske faktorer som er av fundamental betydning for god sosial tilpasning, livskvalitet og psykisk helse. To viktige psykologiske faktorer er vårt selvbehov og våre sosiale behov. Vi som mennesker har nemlig et fundamentalt behov for å hevde oss selv, utvikle en trygg og positiv selvoppfatning og føle egenverdi (Helgesen 2011).

Mestring blir definert som individets *forsøk på å regulere følelser, tenkning, atferd, miljøet rundt seg og fysiologiske forhold som svar på stressende hendelser eller omstendigheter* (Kvalem og Wichstrøm 2007, 98).

3.0 Metode

I denne oppgaven har jeg tatt i bruk en kvalitativ litteraturstudie. Dalland (2012) skriver at en kvalitativ forskningsmetode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Ved å bruke denne metoden skal jeg gå i dybden på emnet og bruke relevant forskning, pensum og empiri for å belyse temaet. Gjennom dataen som samles inn skal jeg ta sikte på å få en sammenheng og helhet i oppgaven. Rundt emnet jeg har valgt i min oppgave, fysisk aktivitet og depresjon, er det tidligere gjennomført grundig forskning. Dette gjør at en kvalitativ forskningsmetode vil passe bra for min oppgave.

I denne oppgaven har jeg gjennomført litteratursøk i ulike databaser, dermed har jeg fått hentet inn relevant pensum og forskningsrapporter. For å finne frem til ønsket litteratur til oppgaven min har jeg tatt i bruk ORIA, dette er søkemonitoren til biblioteket på Høgskolen i Molde. Søkord jeg brukte i denne søkeprosessen var f.eks. psykiske lidelser, depresjon, psykologiske behov, mestring, motivasjon etc. Samtidig har jeg kombinert forskjellige søkeord for å få et mer presist treff inn mot mitt ønskede litteraturfunn, f.eks. depresjon* + fysisk*.

Samtidig har jeg brukt søkemotoren Google. Det å søke på internett er en god måte å finne relevante artikler og forskning på, men her er det viktig med god kildekritikk. Det å finne frem til hvem som har lagt ut informasjonen, er en forutsetning for å kunne bruke internett som kilde (Dalland 2012). Ved samtlige kilder jeg har brukt, har jeg forsøkt å finne frem til primærkilden og vurdert innhentede data derifra.

Kildekritikk, validitet og reliabilitet har vært et viktig fokus i min innhenting av litteratur, både med tanke på egen innhenting og på litteraturen jeg har funnet. Aaland (2011) definerer reliabilitet og validitet som pålitelighet, at en undersøkelse er til å stole på og ikke er preget av tilfeldigheter. I min kildekritikk har jeg vurdert og karakterisert kildene jeg har benyttet, hovedsakelig ved å gå til primærkilden av forskningen/pensumet.

En bok jeg har brukt flittig gjennom oppgaven er «Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling». Dette er en bok som er gitt ut av helsedirektoratet og er et resultat av samarbeid mellom norske og svenske fagfolk. I denne boken har de tatt utgangspunkt i forskjellig forskning, alt etter hvilket emne de skriver om. Jeg har selv forsøkt å ta i bruk forskningen fagfolkene i Aktivitetshåndboken har brukt, primærkilden, dette for å få et eget blikk på stoffet. I de fleste tilfellene var disse forskningsrapportene skrevet på engelsk med tungt faglig språk. Dermed har jeg også tatt utgangspunkt i Aktivitetshåndbokens formulering, for å ikke miste essensen i primærkilden gjennom egen oversettelse.

Utgivelsesår på forskning/litteratur jeg har brukt i oppgaven har også vært av betydning når jeg har vurdert reliabiliteten av innhentede data. Dalland (2012) skriver at innenfor fagområder som stadig er i utvikling, kan kunnskap fort bli utdatert. Dermed har jeg forsøkt å sette en nedre grense på ti år på litteraturen jeg har brukt. Samt at jeg ved bruken av fagbøker har prøvd å forholde meg til den siste utgaven av boken.

Aktivitetshåndboken (2008) har en nyere utgave fra 2015, men jeg klarte ikke å få tak i boken. Som en bekreftelse på at versjonen fra 2008 var fortsatt var pålitelig har jeg vært i kontakt med Helsedirektoratet, som bekrefter dette. Selv om jeg har satt den nedre grensen til ti år, har jeg brukt et par eldre bøker og forskninger. Jeg har brukt flere eldre forskningsrapporter, blant annet Blumenthal m.fl. (1999) og Babyak m.fl. (2000).

Grunnen for bruken av disse forskningsrapportene er at de fordi de har hatt en markant betydning innenfor fagområdet og flere av de nyere bøkene jeg bruker henviser til disse forskningsrapportene.

3.1 Min forforståelse og antakelser:

Mine antakelser om hva jeg kommer til å finne i arbeidet med denne oppgaven ligger mye rundt at fysisk aktivitet kan ha en positiv effekt for mennesker med depresjon. Jeg tenker selv at jeg vil finne resultater som at fysisk aktivitet kan være med på å dekke våre psykologiske behov, både med tanke på sosiale behov, mestring og utvikling av en trygg og bedret selvfølelse. Mye av denne antagelsen ligger i min forforståelse for emnet. Dalland (2012) skriver at fordom, eller en persons forforståelse, betyr at man har en mening om et fenomen allerede før vi undersøker det. Personlig har jeg mye erfaring innen fysisk aktivitet og har via denne erfaringen fått mange positive opplevelser som

har formet meg som person. Min forforståelse for bruken av fysisk aktivitet i en behandlingsprosess kan både bli en nyttig erfaring og distraksjon i min utarbeidelse av denne oppgaven. For å unngå at dette farger oppgaven for mye, skal jeg prøve å se på oppgaven med objektive øyne, dermed må jeg klare å nullstille mine forforståelser. Dersom jeg klarer dette vil jeg få inn flere perspektiver i min drøfting, både positive og negative.

4.0 Teori

4.1 Depresjon:

Betegnelsen depresjon kommer fra latin og betyr nedtrykking (Hummelvoll 2012).

Depresjon er en form for psykisk sykdom og blir diagnostisk regnet til gruppen affektive lidelser (stemningslidelser). Videre blir de affektive lidelsene delt inn i to hovedgrupper, de unipolare affektive lidelsene og de bipolare affektive lidelsene. De unipolare affektive lidelsene omfatter de som bare har depresjonsepisoder, men ved de bipolare affektive lidelser kan vi se både depresjonsperioder og hypomane/maniske episoder (Kjellman m.fl. 2008). Depresjon kan også forekomme med andre sykdommer. Angstlidelser er en psykisk sykdom/lidelse man særlig ser sammen med depresjon, samtidig som hjerte- og karsykdommer dominerer blant de kroppslige sykdommene som blir sett sammen med depresjon (Kjellman m.fl. 2008).

4.1.1 Diagnostiske kriterier:

For å få diagnosen depresjon er det visse kriterier. DSM-IV er et diagnostisk system og kategoriserer depresjon ut ifra ni symptomer, hvorav minst fem symptomer må ha forekommet i den samme toukersperioden og medført en endring fra tidligere funksjonsnivå. Samtidig må minst et av symptomene, nedstemthet og redusert interesse, foreligge. De diagnostiske kriteriene er: Nedstemthet, redusert interesse, eller mindre glede av aktiviteter personen tidligere har hatt glede av, betydelig vektreduksjon/vektøkning, søvnforstyrrelser, mangel på energi i hverdagen, følelse av verdiløshet og skyldfølelse, psykomotorisk agitasjon, redusert tanke- eller konsentrasjonsevne og selvmordstanker. Disse diagnosekriteriene er deskriptive kriterier og blir brukt fordi det ikke finnes en biologisk markør for å påvise sykdommen. Ellers er det forskjellige vurderingsskalaer for å måle dybden av depresjon hos personen (Kjellman m.fl. 2008).

Hummelvoll (2012) omtaler de mest fremtredende psykiske symptomene ved depresjon som tristhet, pessimisme og lav selvaktelse. Kraftløshet er også vanlig, dette gjør det vanskelig for personen å ha energi til å gjennomføre dagliglivets gjøremål, på bakgrunn av nedsatt fysisk og psykisk energi. Den deprimerte kan også ha en følelse av håpløshet og følelsen av å være utslått. Dette gjør at personen ikke ser noen hensikt med å anstrenge seg for å bekjempe depresjonen, samt at konsentrasjonen rundt forskjellige arbeidsoppgaver blir nedsatt (Hummelvoll 2012). Hummelvoll (2012) skriver videre om de kroppslige

symptomene ved depresjon. Søvnløshet er et vanlig problem, dette grunnet rastløshet eller uro. Personen kan ha mareritt, sove urolig og våkne ofte. Et vanlig utsagn kan være, «Jeg har nok sovet, men føler meg ikke utkvilt!». Nedsatt appetitt er også vanlig. Dette kan ha bakgrunn i at maten «ikke smaker like godt som før» og enkelte føler at de ikke har rett til mat. Samtidig som enkelte personer ikke har appetitt, noe som kan føre til markant vekttap, kan andre spise mer enn vanlig, som kan føre til vektøkning. Generelle smerter og ubehag i kroppen forekommer også på vanlig basis, dette i form av hodepine, svimmelhet, magesmerter osv. Symptomene ved depresjon kan med andre ord både være psykiske og kroppslige. (Hummelvoll 2012).

Depresjon kan variere fra mild, forbigående tilstand til en alvorlig depresjon med psykotiske symptomer. Dermed vil det være nyttig å se på depresjon som et kontinuum, alt etter personens egen evne til å skape en identitetsfølelse, forholde seg til realiteten og å bruke forsvarsmekanismer konstruktivt. Videre vil det også være et dynamisk samspill mellom de ytre og indre påvirkende faktorene, som særlig avgjør om depresjonen blir mild, moderat eller alvorlig (Hummelvoll 2012).

4.1.2 Mild depresjon

Hummelvoll (2012) skriver at ved en mild, forbigående depresjon vil realitetsorienteringen til personen være intakt. Han/hun vil oppleve tristhet, men til tross for at personen har et senket stemningsleie til dette ikke påvirke dømmekraften til seg selv eller andre. Personen vil ha en stabil selvfølelse, til tross for at selvaktelsen kan være noe redusert og vil dermed ha et økt behov for ytre bekreftelse på seg selv. Hummelvoll (2012) skriver videre at personen med en mild depresjon vil kunne trekke seg tilbake fra andre mennesker og sosiale aktiviteter og kan bli ekstra følsom for avvísninger, både reelle og antatte. Evnen til konsentrasjon og oppmerksomhet kan bli forstyrret, gjennom en påvirket tankeprosess. På grunn av økt mottagelighet for sensorisk stimuli kan også fysiske ubehag forekomme.

4.1.3 Moderat depresjon:

Hummelvoll (2012) skriver at ved en moderat depresjon har personen en større tendens til å fordreie virkelighetsoppfatningen. Dette kan skje ved at egen følelse av utilstrekkelighet blir ført over på andre, slik at personen med en moderat depresjon tror at andre har en negativ oppfatning av ham eller misliker ham. Dømmekraften er med andre ord dårlig, dermed blir andres intensjoner mistolket og egne evner blir undervurdert. Selvaktelsen til

personen er lav og selvbildet vil være negativt preget. Her vil depresjonsfølelsen være fremtredende og evnen til å føle glede er redusert. Det kan også være en tendens til tilbaketrekning fra sosial deltagelse. Impulskontrollen kan enten være overkontrollert eller mangelfull, med aggressive gjennombrudd. Videre skriver Hummelvoll (2012) at virkelighetsfølelsen er forstyrret, spesielt tolkning av kroppslige stimuli. Personen kan føle en tomhet, at noe er galt med hjerterytmen, pusten, fordøyelsen eller eliminasjonen. Kommunikasjonen til mennesker med moderat depresjon er karakterisert med tvil og blokkering. Talen vil være langsom og ordknapp, samtidig som at innholdet i samtalen ofte er selv-nedvurderende eller preget av gjentatte ytringer av anger (Hummelvoll 2012).

4.1.4 Alvorlig depresjon:

Hummelvoll (2012) skriver at ved en alvorlig depresjon vil realitetstesting være svekket til den grad at fastlåste forestillinger, «vrangforestillinger» forekommer og personen vil ikke bry seg om konsekvensene av sine egne handlinger, grunnet meget dårlig vurderingsevne. Realitetsoppfatningen har hatt store forandringer og dette fører til ekstrem derealisasjon og depersonalisering, noe som videre fører til en følelse av fremmedgjøring og kroppslige feiltolkninger. Følelsesmessig vil personer med en alvorlig depresjon ha en følelse av skyld og verdiløshet, dette fordi det er en stor avstand mellom personens oppfatning av hvordan man burde være og slik vedkommende faktisk opplever seg selv. Personen vil føle seg ulykkelig, fortvilet og ubrukelig, hjelpeløs og håpløs. Motorisk sett vil personen nesten ha nådd stillstand, eller har han/hun ukontrollerte raske, agiterte og hensiktsløse kroppsbevegelser. Videre skriver Hummelvoll (2012) at tapsopplevelser ikke blir mulig å tolerere, fordi objektrelasjonene er så dyptgripende forstyrret. Personen med alvorlig depresjon vil reagere i forhold til andre fra en egosentrisk referanseramme, det vil si at personen viser ekstrem avhengighet, eller tydelig desengasjement. Mennesker med en alvorlig depresjon vil også være preget av en ulogisk tankeprosess. Hukommelsen, konsentrasjonsevnen og oppmerksomheten er også markant svekket. Evnen til kommunikasjon vil også være redusert, til den grad at stumhet kan inntre. Sensorisk stimuli vil være ikke-eksisterende og personen kan få en følelse av bunnløs tomhet (Hummelvoll 2012).

4.2 Medikamentell behandling:

En samlet betegnelse for medikamenter som blir brukt ved depresjon er antidepressiver.

Dette er medikamenter som påvirker mengden av kjemiske budbringere til hjernen og kan motvirke den kjemiske ubalansen hos en med depresjon (Norsk Helseinformatikk 2013a). Eldre medikamenter som, tricykliske antidepressiver, var kjent for å ha ubehagelige bivirkninger, noe som kunne gjøre fysisk aktivitet vanskelig. F.eks. økt hjerterefrekvens, munntørrehet, svettetokter og tendenser til blodtrykksfall. Nyere preparater, som SSRI og SNRI, har like god effekt som de gamle preparatene, men gir færre bivirkninger, noe som gjør det lettere å drive fysisk aktivitet ved siden av medikamentell behandling (Kjellman m.fl. 2008).

4.2.1 Tilbakefall – Medisinsk behandling og fysisk aktivitet

Blumenthal m.fl. (1999, egen oversettelse) gjennomførte en undersøkelse av virkningen av fysisk aktivitet på depresjon. Her var det 156 pasienter som ble tilfeldig fordelt i tre behandlingsgrupper.

Gruppe 1 – Medikamentell behandling med steralin (markedsført som Zoloft i Norge, SSRI preparat)

Gruppe 2 – Fysisk aktivitet

Gruppe 3 – Medikamentell behandling med steralin og fysisk trening

I denne undersøkelsen ble det ikke funnet noen betydelig forskjell i behandlingseffekten mellom de tre gruppene, alle hadde god effekt.

Som en oppfølging, 6 mnd. etter Blaumenthal m.fl. avsluttet sitt 4.mnd forsøk, gjennomførte Babyak m.fl. (2000, egen oversettelse) en undersøkelse i forhold til tilbakefall med pasientgruppen. 83 av de 156 som deltok i Bleumenthals undersøkelse kunne være med i denne oppfølgingsundersøkelsen.

Resultat:

Gruppe 1 – 38% med tilbakefall

Gruppe 2 – 8% med tilbakefall

Gruppe 3 – 31% med tilbakefall

Her kom det frem at pasienter med depresjon som hadde fått delta i fysisk trening hadde mindre risiko for tilbakefall, enn pasienter som hadde fått medisinsk behandling, eller både medisinsk behandling og fysisk trening.

I en avsluttende drøfting av undersøkelsen skriver Babylak m.fl (2000) at et av utbyttene med fysisk aktivitet er at man utvikler en følelse av personlig mestring. Dermed kan de sitte igjen med følelsen av å ha hjulpet seg selv, mens de som var i den medikamentelle gruppen kanskje legger æren over på medisinen. Noe som kan ha vært med på å bidra til å minske tilbakefall etter endt behandling for de som var med i gruppen med fysisk aktivitet som eneste behandlingsmetode (Egen oversettelse).

4.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er et overordnet begrep. I definisjonen ligger all kroppslig bevegelse som følger av muskelarbeid og som fører til økt energiforbruk. Fysisk aktivitet kan utfoldes i mange forskjellige varianter, f.eks. idrett, mosjon, trening, friluftsliv, lek, arbeid, trim, kroppsøving m.fl. (Lærum m.fl. 2008). De generelle effektene av fysisk aktivitet vil være at pulsen og hjertets minuttvolum øker. Respirasjonen går mye raskere, blodtrykket øker, kroppstemperaturen stiger og hjertets og muskelens gjennomblødning øker (Henriksson og Sundberg 2008).

Stokkenes, Sudmann og Sæbøe (2001) beskriver fysisk aktivitet som alle former for kroppslig utfoldelse og virksomhet hvor hensikten er å vedlikeholde og øke funksjonsevnen og den menneskelige kapasiteten, både fysisk, psykisk og sosialt. Med andre ord kan fysisk aktivitet ha en innvirkning på kroppen som en helhet.

4.3.1 Fysisk aktivitet og depresjon:

Undersøkelser viser til at depresjon ofte sees hos mennesker som er fysisk inaktive og i dårlig fysisk form. Mennesker som er fysisk inaktive har en større tendens til å utvikle depresjon, sammenlignet med dem som er fysisk aktive (Almvik og Borge 2006). Borge, Martinsen og Moe (2011) skriver at en typisk atferd for mennesker med psykiske plager, blant annet depresjon, er tilbaketrekking og isolasjon. En konsekvens av tilbaketrekking og isolasjon er at de blir fysisk inaktive. Dette kan dempe plagene på kort sikt, ved at personen slipper å bli utsatt for mulig kritikk eller angstprovoserende situasjoner. Men i

det lange løp vil tilbaketrekking, isolasjon og inaktivitet bidra til at deres psykiske plager blir holdt ved like. Videre skriver Borge m.fl. (2011) at fysisk aktivitet blir omtalt som atferdaktivisering ved mennesker med depresjon. Målet er å få de inaktive i bevegelse og hjelpe dem erfare sammenhengen mellom hva de gjør og hvordan de har det. Gjennom fysisk aktivitet kan de da lære å påvirke sine følelser.

For mennesker med depresjon kan fysisk aktivitet brukes for å redusere faren for å bli syk av depresjon. Fysisk aktivitet kan også bli brukt som behandling av depresjon, samtidig som den kan kombineres med annen antidepressiv behandling, som medisiner og/eller samtaleterapi (Kjellman m.fl. 2008). Videre skriver Kjellman m.fl. (2008) at fysisk aktivitet ikke er forbundet med noen fare for mennesker med depresjoner, så fremt at vedkommende ikke har noen kroppslige sykdommer som kan forverres med fysisk aktivitet. Samtidig er det frarådet at pasienter som er diagnostisert med spiseforstyrrelser og er undervektige skal drive med fysisk aktivitet som behandling mot depresjon. Fysisk aktivitet er heller ikke en tilstrekkelig metode å bruke for mennesker med dype og alvorlige depresjoner, her blir det som regel tatt i bruk antidepressive medikamenter eller elektroshokkbehandling, i tillegg til psykososiale behandling (Martinsen 2011).

4.3.2 Fysisk aktivitet i et helseperspektiv:

I et helseperspektiv retter vi oppmerksomheten mot helsegevinsten i bruken av fysisk aktivitet. Her vil fysisk aktivitet innebære aktiviteter som gir en helsegevinst for den enkelte, avhengig av individuelle forutsetninger, ståsted og muligheter (Stokkenes m.fl. 2001). Hjort (1994) skriver at helse er å ha overskudd til å fungere i hverdagens krav. Her blir med andre ord helse sett på som evnen til å fungere eller mestre. Helse framstår da som en ressurs som gir mennesker styrke til å fungere og motstandskraft til å stå imot påkjenninger man utsettes for.

Helse oppfattes ikke primært som fravær av sykdom, men som et uttrykk for hvordan vi føler oss og har det med oss selv, hvordan vi har det i forhold til andre og at vi har «noe å gå på» når krisene kommer. Å påvirke helsen i positiv retning betyr å ha og å utvikle en kriseberedskap. Egeninnsats – det å gjøre noe med egen vilje og egne krefter – er selve «cluet» ved fysisk aktivitet, og gjennom å bedre funksjonsevnen kan vi oppleve mestring (Stokkenes m.fl. 2001, 160.)

Fysisk aktivitet kan påvirke kroppen generelt til å stimulere muskler og skjelett, hjerte og lunger, eller vi kan velge å stimulere spesifikke ferdigheter. Samtidig som vi oppnår fysiologiske gevinster gjennom fysisk aktivitet, vil man også oppnå velvære og økt overskudd, energi og ressurser til å takle hverdagen (Stokkenes m.fl. 2001).

4.4 Psykologiske behov:

Flere psykologiske faktorer er av fundamental betydning for god sosial tilpasning, livskvalitet og psykisk helse. Vi kan gjerne si at fravær av disse faktorene skaper emosjonelle underskudd, som kan ha stor motivasjonsmessig betydning. Dermed kan vi snakke om en rekke psykologiske behov i tillegg til de fysiologiske (Helgesen 2011, 88).

To av de psykologiske behovene er selvbehovene og de sosiale behovene våre. Vi som mennesker har et fundamentalt behov for å hevde oss selv, utvikle en trygg og positiv selvoppfatning og føle egenverdi. For å oppnå dette er blant annet mestring av betydningsfulle oppgaver og aktivitet en viktig faktor (Helgesen 2011).

4.4.1 Mestring, mestringsstrategier og mestringsforsøk:

Kvalem og Wichstrøm (2007, 98) definerer mestring som *individets forsøk på regulere følelser, tenkning, atferd, miljøet rundt seg og fysiologiske forhold som et svar på stressende hendelser eller omstendigheter.*

For å oppnå mestring er det forskjellige fremgangsmåter. Folkman, Lazarus, Gruen og DeLongis (1986b) skriver om mestringsstrategier og at det er to tilnæringsmetoder, problemfokuserert mestring og følelsesfokuserert mestring. Hvor den problemfokuserte mestringsstrategien er rettet mot utfordringen og hvordan man kan takle den, og den følelsesfokuserte mestringsstrategien er fokusert på hvordan personen regulerer følelser i utfordringen de står ovenfor (Egen oversettelse fra engelsk).

Kvalem og Wichstrøm (2007) skriver om mestringsforsøk og knytter dem opp mot mennesker med depresjon. Mestringsforsøk kan bli delt inn på forskjellige måter, men det er tre elementer de fleste innledningene vil ha. Den første er aktiv problemløsning, hvor fokuset er på å hva som kan stoppe eller redusere de stressende hendelsene. Den andre er

unngående mestring, fokuset for personen vil her være å komme seg unna det ubehagelige. Som det tredje elementet er emosjons-orientert mestring. Her reagerer personen emosjonelt for å distrahere seg fra et problem, f.eks. ved sinne eller håpløshet. Videre skriver Kvaalem og Wichstrøm (2007) at disse tre mestringsforsøkene har forskjellig virkning. Problemløsende mestring synes å beskytte mot depresjon, mens emosjons-orientert mestring og i noen grad unngående mestring øker sårbarheten for senere depresjon.

4.4.2 Mestringsforventning

Helgesen (2011, 140) skriver at mestringsforventning *betegner evnen som et individ har til å sette seg klare handlingsmål kombinert med en sterk forventning til seg selv om å mestre disse målene.*

Utfallet av en situasjon blir bedømt av personen selv. Umiddelbart etter en situasjon vil personen vurdere hvordan utfallet av aktiviteten var. Bedømmelsen går ut ifra individets verdier og mål og hans/hennes forventninger til situasjonen, mestringsforventning (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schettel, DeLongis og Gruen 1986a. Egen oversettelse). Som profesjonell helsearbeider dreier det seg om å kunne hjelpe brukeren til å sette seg positive mål og det å klare å nå dem. Relevante erfaringer innenfor det aktuelle området vil være viktig. Hjelperen må ta utgangspunkt i brukerens egne fortellinger, perspektiver og mestring, slik at mestring er realistisk. Videre kan observasjon av andre som lykkes, være av betydning (Helgesen 2011). Helgesen (2011) skriver videre om en positiv sirkel opp imot mestring i hverdagen. Dersom en person blir tryggere på seg selv gjennom mestring, positive tilbakemeldinger og bekreftelse på sin rolle, kan personen bli tryggere og stå stødigere på egne bein. Personen vil da se sine egne ressurser som er til stede, noe som kan være tilstrekkelig for å prøve seg på nye utfordringer. En positiv sirkel (Helgesen 2011).

Mestring og mestringstro er lansert av psykologen Albert Bandura (i Martinsen 2011). Denne teorien refererer til troen på å ha de nødvendige ferdighetene til å gjennomføre en oppgave med ønsket utfall.

Egen mestringstro bestemmer valg av atferd, hvilke mål som velges, utholdenhet i oppgaven, motivasjon og anstrengelse, forventninger til å lykkes, og hvordan man følelsesmessig reagerer (Martinsen 2011, 191).

Videre beskriver Bandura (i Martinsen 2011) at depresjon kan føre til negativ selvvurdering, grubling og uhensiktsmessige tenkemåter. De som er deprimerede legger ofte negative livshendelser på seg selv, denne negative tankegangen kan forverre og forlenge depresjonen. En effektiv måte å øke egen mestringstro kan være fysisk aktivitet, fordi den gir gode muligheter til å skape meningsfulle mestringsopplevelser. Dette gjennom observasjon av egen atferd, setting av korte- og langsiktige mål og bruk av sosial støtte for å vedlikeholde den ønskede adferden.

Departementene (2004) skriver at fysisk aktivitet handler om verdier, livsstil og sosial tilhørighet, noe som er spesielt viktig for grupper i befolkningen som i en særlig grad føler seg isolert. Dette blir spesielt relevant for mennesker med depresjon, i og med at de ofte trekker seg tilbake fra andre mennesker og sosiale aktiviteter. Videre skriver Gundersen (2006) at god kontakt med andre mennesker har enorm betydning for vår livskvalitet og helse.

4.5 Psykologiske virkninger av fysisk aktivitet:

Almvik og Borge (2006) skriver at den sikreste psykologiske virkningen av fysisk aktivitet, er følelsen av velvære etter avsluttet trening. Borge, Moe og Martinsen (2011) skriver at god fysisk helse også er gunstig for sinnets helse, og at fysisk aktivitet kan medføre et økt velvære og bedret selvfølelse. Og ifølge Martinsen (2011) er også sjansen for bedring av selvfølelsen er størst for dem som på forhånd har dårlig selvtillit.

Røkenes og Hanssen (2012) skriver om selvtillit og selvfølelse. Selvtillit blir beskrevet som noe vi får gjennom å utvikle ferdigheter og bli møtt med ros og beundring for det, personens tro på egne egenskaper og seg selv. Videre skriver de at selvfølelse er noe vi utvikler av å bli sett, forstått og anerkjent empatisk av andre over tid, men at det er viktig å skille mellom selvtillit og selvfølelse. Et menneske kan ha god selvtillit og mestre mange ferdigheter, men ha lav selvfølelse. Dette gjennom at personen føler seg avvist når hun i stedet for å bli forstått blir trøstet ved at andre poengterer hvor flink han/hun er i forskjellige sammenhenger (Røkenes og Hanssen 2012). Hummelvoll (2011) skriver at selvaktelse omfatter individets oppfatning av sitt egenverd, noe som påvirker våre tankeprosesser, emosjoner, lengsler, verdier og mål, og at det er integrert i hver del av selvet. Selvaktelsen kommer fra to kilder, selvet og andre. Dermed kan selvaktelsen minske dersom man taper andres kjærlighet, eller opplever mangel på respekt fra andre.

Almvik og Borge (2006) skriver at den økte selvfølelsen man får gjennom fysisk aktivitet sannsynligvis kommer av at man får et bedre forhold til egen kropp, samt skriver Borge, Moe og Martinsen (2011) at fysisk aktivitet vil føre til mindre tretthet og mer energi i hverdagen. Noen opplever også at de tenker med kreativt og problemløsende under fysisk aktivitet. Andre virkninger av fysisk aktivitet er at personen sover bedre. Reduksjonen av muskelspenninger som oppnås gjennom fysisk aktivitet kan være like gode som reduksjonen av muskelspenninger gjennom muskelavslappende medikamenter. Noe som gjør at behovet for sovemedisiner og beroligende medisiner kan reduseres.

Stokkenes m.fl. (2001) skriver at i de psykologiske teoriene er den grunnleggende ideen at fysisk aktivitet gir opplevelser og erfaringer som resulterer i en læringsprosess, og at denne igjen påvirker den psykologiske funksjonen.

Sammenfattet kan vi si at fysisk aktivitet er aktiviteter som påvirker fysiologiske, psykologiske og sosiale variabler, uten at et hovedmål nødvendigvis er å dokumentere treningseffekt (Stokkenes m.fl 2001, 159).

Fysisk aktivitet kan med andre ord føre til nye måter å forstå seg selv på, eller en endret måte å oppleve omverden på, både tankemessig og følelsesmessig. Det kan også virke som en distraksjon i hverdagen, noe som får en person til å tenke på «noe annet», for eksempel gjennomføringen av aktiviteten. Dette gjør at tankemønsteret til personen endres og oppmerksomheten og energien kan styres i en positiv retning (Stokkenes m.fl. 2001).

4.6 Motivasjon

Noen forhold ved psykiske lidelser kan gjøre det vanskelig å begynne med fysisk aktivitet. Mange sliter med angst, depresjon og lav selvfølelse, og selv små krav oppleves som store i forhold til hva de synes de orker. Andre føler seg resignert og har liten tro på at de kan klare å endre sin situasjon. De tror ikke de vil klare å delta i fysisk aktivitet, og om de klarer det, vil det ikke hjelpe dem (Moe i Martinsen 2011).

Helgesen (2011) definerer motivasjon som alt som gir atferden vår energi, retning og mål. Videre kan vi dele motivasjon opp i indre- og ytre motivasjon. Borge m.fl. (2011) skriver at den ytre motivasjonen blir styrt av forhold utenfor personen, dette i form av forskjellige

belønningsmetoder. Motivasjonskilden blir da liggende utenfor det å gjennomføre selve aktiviteten, men er i stedet knyttet opp mot konsekvensene av utførelsen. Videre skriver Borge m.fl. (2011) at indre motivasjon er basert på en indre belønning. Dette kommer i form av tilfredshet, interesse og glede knyttet til aktiviteten som utføres, og personens egne positive opplevelser, erfaringer, forventninger og kunnskaper blir styrende. Den indre motivasjonen øker sannsynligheten for at personen fortsetter med aktiviteten på egenhånd, dette fordi den indre motivasjonen er mer stabil og varig, enn ytre motivasjon (Borge m.fl. 2011).

4.6.1 Motiverende intervju:

Motiverende intervju brukes først og fremst for å hjelpe mennesker med å endre levevaner. Metoden ble opprinnelig utviklet i forbindelse med rådgiving av alkoholikere, men er i dag videreført til flere arenaer hvor motivasjon er en sentral faktor. Metoden passer i sammenhenger der man vil stimulere en annen person til å endre atferd uten å vekke motstand, derfor godt den egnet for samtaler om fysisk aktivitet innen f.eks. helsevesenet, helserådgivningen, skolen og idretten (Ivarsson og Prescott 2008).

I MI lytter helsearbeideren og prøver å forstå pasientens perspektiv. Her skal pasienten tenke over sine egne vurderinger, finne sine egne svar og selv ta en beslutning om endring. Med andre ord er MI en pasientsentrert, empatisk samtalemetode. Grunnet denne pasientsentrerte stilen og på grunn av måten som motstand mot endring møtes på, kan MI hjelpe mindre motiverte brukere. Metoden i seg selv tar utgangspunkt i å få mennesker til å endre levevaner, men skal ikke brukes i forsøk for å få en bruker han/hun ikke vil, men skal stimulere brukeren til endring på en respektfull måte og på brukerens egne vilkår. Metoden er en empatisk samtalemetode som setter pasienten i sentrum, men samtidig er det en styrende metode. Dette kommer til syne gjennom at helsearbeideren velger å utforske og fokusere på noen av de temaene brukeren presenterer, men ikke andre. Slik kan helsearbeideren styre brukeren mot endring (Ivarsson og Prescott 2008).

5.0 Analyse/drøfting:

5.1 Depresjon og fysisk aktivitet:

Depresjon er en form for psykisk lidelse og det innebærer plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd og væremåte i omgang med andre (Mykletun og Knudsen 2009). Ordet depresjon stammer fra latin og betyr nedtrykking. Depresjon blir diagnostisk regnet til gruppen affektive lidelser, stemningslidelser. Noe som vi spesielt ser igjen i mennesker med depresjon er tristhet, pessimisme og lav selvaktelse (Hummelvoll 2012). Grunnet den lave selvaktelsen hos mennesker med depresjon kan endringsprosesser være vanskelige, dette spesielt inn mot endringer i eget liv. Dette kan videre gjøre at mennesker med depresjon ikke får oppleve situasjoner som kan være med på å gi dem en mestringsfølelse og derav ikke få økt sin egen selvaktelse. Depresjon kan også bli sett sammen med andre sykdommer. Angstlidelser er en psykisk sykdom/lidelse man særlig ser sammen med depresjon, samtidig er hjerte- og karsykdommer dominerende blant de kroppslige sykdommene vi ser sammen med depresjon (Kjellman m.fl. 2008). Dette viser at depresjon kan ha en psykologisk bakgrunn, men også en fysiologisk bakgrunn i form av kroppslige sykdommer.

Som en behandlingsform for depresjon har fysisk aktivitet blitt ansett som en metode med god effekt. Fysisk aktivitet er et overordnet begrep og i definisjonen ligger all kroppslig bevegelse som følger av muskelarbeid og som fører til økt energiforbruk (Henriksson og Sundberg 2008). Ut ifra denne definisjonen virker det som at fysisk aktivitet kun har de helsemessige gevinstene i fokus, men forskning viser at fysisk aktivitet kan ha innvirkning på andre aspekter med den mennesket enn bare det fysiologiske. Stokkenes m.fl (2001) beskriver fysisk aktivitet som all form for kroppslig utfoldelse og virksomhet hvor hensikten er å vedlikeholde og øke funksjonsevnen og den menneskelige kapasiteten, både fysisk, psykisk og sosialt. Dersom vi setter denne definisjonen opp imot Henriksson og Sundbergs (2008) definisjon, ser vi at det kommer et mye bredere bilde av hvilke sider av mennesket fysisk aktivitet kan virke inn på. Det kan være med på å bedre vår psykiske velvære, som økt selvtillit, mestringsfølelse og selvaktelse, noe som ofte er svekket mennesker med depresjon og blir viktig å styrke. Samtidig som fysisk aktivitet kan gi oss sosial omgang med andre mennesker, som er en arena hvor mennesker kan få ytre bekreftelse på seg selv. En annen fordel med fysisk aktivitet er at den kan utfoldes i mange forskjellige varianter, f.eks. idrett, mosjon, trening, friluftsliv, lek, arbeid m.fl. (Lærum

m.fl. 2008). Noe som kanskje også øker sjansen for at mennesker med depresjon finner en aktivitet han/hun har erfaring med, eller ønsker å prøve seg på.

5.2 Motivasjon, fysisk aktivitet og depresjon

Almvik og Borge (2006) viser til forskning rundt depresjon og inaktivitet, hvor det kommer frem at mennesker med depresjon ofte er fysisk inaktive og i dårlig form. Samtidig har mennesker som er fysisk inaktive har en større tendens til å utvikle depresjon, sammenlignet med dem som er fysisk aktive. Det å starte på med fysisk aktivitet krever en endringsprosess. Personen med depresjon skal kanskje gå fra å være inaktiv, til å bli mer aktiv gjennom fysisk aktivitet. Denne endringsprosessen kan være en utfordring for mennesker med depresjon. Hummelvoll (2012) skriver at fremtredende psykiske symptomer med depresjon er pessimisme, samtidig kan personen ha en følelse av kraftløshet og dette kan gjøre det vanskelig for personen å ha energi til å gjennomføre dagliglivets gjøremål. Grunnet denne pessimismen og følelsen av kraftløshet kan selv små krav oppleves som store i forhold til hva de synes de orker. Moe skriver (i Martinsen 2011) at mennesker med depresjon føler seg resignert og har liten tro på at de klarer å endre sin situasjon. Og dersom de klarer å delta i fysisk aktivitet, vil det ikke hjelpe dem.

For å få i gang endringsprosessen mot fysisk aktivitet blir motivasjon en viktig faktor. Helgesen (2011) definerer motivasjon som alt som gir atferden vår energi, retning og mål. For mennesker med depresjon vil sannsynligvis den fysiske aktiviteten i seg selv ikke være god nok motivasjon for å få i gang en endringsprosess. En metode i endringsprosesser er motiverende intervju (MI). MI er en metode hvor man vil stimulere en annen til å endre atferd, uten å vekke motstand. I MI lytter helsearbeideren og prøver å forstå brukerenes perspektiv. Metoden i seg selv går ut på å hjelpe mennesker til å endre levevaner, men brukerenes selvbestemmelse og autonomi blir ivaretatt på en respektfull måte. Gjennom en slik tilnærming vil det være brukeren som skal tenke over sine egne vurderinger, finne egne svar og selv ta en beslutning om endring (Ivarsson og Prescott 2008). MI kan fungere som en problemfokuset mestringsstrategi for mennesker med depresjon, at fokuset er rettet mot utfordringen og hvordan man kan takle den (Foklman m.fl 1986b), i dette tilfellet er utfordringen å starte en endringsprosess. Dersom et menneske med depresjon skulle tatt beslutningen om å starte med fysisk aktivitet på egen hånd, vil det ut ifra diagnosens beskrivelse kanskje ikke blitt noen endring i den retningen. MI er en metode som setter pasienten i sentrum, men samtidig er styrende. Dette kommer til syne gjennom

at helsearbeideren velger å utforske og fokusere på noen av de temaene brukeren presenterer, men ikke andre (Ivarsson og Prescott 2008). F.eks. gjennom at helsefagarbeideren fokuserer på de tingene brukeren sier rundt fysisk aktivitet. Ved å bruke en slik metode kan helsearbeideren styre brukeren mot fysisk aktivitet, men på brukerens premisser. På grunn av at helsearbeideren tar brukerens perspektiv i betraktning og ivaretar brukerens autonomi, kan dette kanskje gi brukeren en mestringsfølelse av å styre sin egen hverdag og gjennomføre endringsprosesser.

MI vil gå under ytre motivasjon, noe som vil spille en sentral rolle i denne endringsprosessen. Borge m.fl. (2011) skriver at ytre motivasjon blir styrt av forhold utenfor personen, dette i form av forskjellige belønningsmetoder. For mennesker med mild og moderat depresjon vil selvaktelsen være lav (Hummelvoll 2012), noe som gir dem et økt behov for ytre bekreftelse på seg selv. Gjennom positiv ytre bekreftelse på seg selv kan mennesker med depresjon kanskje få en høyere selvaktelse. Noe som videre kan være med på å skape en indre motivasjon opp imot fysisk aktivitet. Motivasjonen blir da liggende utenfor selve gjennomføringen av fysisk aktivitet og heller opp mot konsekvensene gjennomføringen av aktiviteten bringer med seg. Hva som er en god ytre motivasjon i form av belønning vil generelt sett være forskjellig fra person til person, fordi vi mennesker har forskjellige interesser og ønsker. Dermed vil en belønning som er knyttet opp mot brukerens egne interesser kanskje være en ytre motivasjon for å få startet med fysisk aktivitet.

Målet med endringsprosessen vil være at brukeren skal få en indre motivasjon til å fortsette med fysisk aktivitet. En indre motivasjon er motivasjon basert på indre belønning. Det kan komme i form av tilfredshet, interesse og glede knyttet til aktiviteten som utføres, eller personens egne positive forventninger og opplevelser (Borge m.fl. 2011). Ved at brukeren får en indre motivasjon opp imot fysisk aktivitet, vil dette øke sannsynligheten for at han/hun fortsetter med fysisk aktivitet på egenhånd. Dette fordi indre motivasjon er med stabil og varig, enn ytre motivasjon (Borge m.fl. 2011).

5.3 Den psykologiske effekten av fysisk aktivitet

Helgesen (2011) skriver at vi mennesker har en rekke psykologiske faktorer som er av fundamental betydning for god sosial tilpasning, livskvalitet og psykisk helse. Dersom det blir fravær av disse faktorene kan det skape emosjonelle underskudd, noe som kan ha stor betydning på motivasjonen til mennesker. Helgesen (2011) skriver videre at vi som mennesker har et behov for å hevde oss selv og utvikle en trygg og positiv selvoppfatning og egenverdi. For å oppnå dette blir blant annet mestring en viktig faktor. Ved depresjon vil flere av disse faktorene falle vekk. Pessimisme og lav selvaktelse er gjennomgående ved en mild og moderat depresjon, samt er tilbaketrekking fra sosial deltagelse vanlig (Hummelvoll 2012). Dette kan gjøre det vanskelig for mennesker med depresjon å oppnå de fundamentale psykologiske behovene vi mennesker har, men gjennom fysisk aktivitet har mennesker med depresjon mulighet til å høste psykiske gevinster.

Ut ifra Helgesens (2011) definisjon av psykologiske faktorer, skriver han at vi som mennesker har et behov for å hevde oss selv. Og ved å hevde seg selv kan man oppnå mestring. Mestring blir sett på som individets forsøk på å regulere følelser, atferd, miljøet rundt seg og fysiologiske forhold, som et svar på stressende hendelser eller omstendigheter (Kvalem og Wichstrøm 2007). Mennesker med depresjon har ofte en negativ selvvurdering og de legger ofte negative livshendelser på seg selv, noe som kan forverre den negative tankegangen og forlenge depresjonen (Martinsen 2011). Ut ifra dette kan vi trekke slutningen at mennesker med depresjon har en lav mestringstro og mestringsforventning i forhold til seg selv. Menneskets mestringsforventning betegner vår egen evne til å sette et mål, kombinert med en sterk forventning til seg selv om å mestre det målet (Helgesen 2011). Et menneske med depresjon vil ikke ha denne høge forventningen til seg selv og på grunn av den negative selvvurderingen vil de kanskje ikke utfordre seg selv i situasjoner hvor de kan oppleve mestring. Gjennom ytre motivasjon til å starte på fysisk aktivitet er det flere muligheter for å oppnå mestring. Grunnen til at fysisk aktivitet er en god arena for mennesker med depresjon for å oppleve mestring, er fordi aktivitetene kan tilrettelegges for brukeren. Utfallet av en aktivitet blir bedømt av personen selv rett etter gjennomføringen, denne bedømmelsen går ut fra personens verdier, mål og han/hennes forventning til situasjonen, personens mestringsforventning (Folkman m.fl 1986a). Ved hjelp av god kartlegging og samarbeid mellom brukeren og helsearbeideren kan et tilbud som er skreddersydd for brukerens ferdighetsnivå utarbeides. Ved god tilrettelegging vil brukerens sjanse til å få en positiv opplevelse i gjennomføringen av

aktiviteten bli større og brukeren har gode muligheter til å skape meningsfulle mestringsopplevelser.

Dersom vi ser på fysisk aktivitet i et helseperspektiv, kan fysisk aktivitet gi en bedre helse og et overskudd til å fungere i hverdagens krav (Stokkenes m.fl. 2001). Med andre ord kan fysisk aktivitet gi brukeren mer energi til å faktisk gjennomføre den fysiske aktiviteten. Når brukeren med depresjon selv merker at han/hun har mer energi i hverdagen, kan dette gi en økt motivasjon til å jobbe videre med fysisk aktivitet. Og gjennom den fysiske aktiviteten oppnår brukeren en økt selvtillit, mestringsfølelse og mestringstro. Her kan vi se at det også er en klar sammenheng mellom de fysiologiske utbyttene av fysisk aktivitet og hvordan det kan påvirke de psykologiske behovene våre. Bandura (i Martinsen 2011) skriver at fysisk aktivitet er en god måte å øke egen mestringstro på, dette gjennom observasjon av egen atferd, setting av korte og langsiktige mål, og bruk av sosial støtte for å vedlikeholde den ønskede adferden. Ved å observere egen atferd og personen klarer å oppnå de målene brukeren setter seg, kan brukerens indre motivasjon øke. Dette henger tett sammen med hva Helgesen (2011) skriver om positive sirkler opp mot mestring i hverdagen. Dersom en person med depresjon blir tryggere på seg selv gjennom mestring av fysiske aktiviteter, får positive tilbakemeldinger fra andre og bekreftelse på sin rolle, kan personen få en økt selvfølelse, bli mer selvstendig og stå stødigere på egne bein. Dette kan gi brukeren en indre motivasjonen som kan drive seg selv fremover til å fortsette med fysisk aktivitet, eller prøve nye aktiviteter/utfordringer, som igjen kan bidra med mer mestringsfølelse for brukeren. Derav har brukeren kommet inn i en positiv sirkel i forhold til fysisk aktivitet og mestring.

Som en motsetning til å observere egen atferd, kan man også observere andre. Og observasjon av andre som lykkes, er av betydning for mestringsfølelsen til mennesker (Helgesen 2011). Ut ifra dette vil det tenkes at dersom en bruker med depresjon ser at noen andre lykkes i en oppgave, vil dette vise dem at det er overkommelig. Videre kan det skape en tro for personen med depresjon om at de også kan mestre denne aktiviteten. På en annen side kan det å observere andre gjennomføre en aktivitet få et negativt utfall. Dersom en person med depresjon prøver å gjennomføre en aktivitet som han/hun observerer noen andre gjennomfører, men ikke klarer å gjennomføre aktiviteten selv, kan dette virke svekkende for brukerens mestringsfølelse. Grunnen til dette kan være at personen med depresjon føler seg dårligere enn andre, noe som kanskje kan forsterke depresjonsfølelsen.

Som et resultat av dette kan brukeren miste den indre motivasjonen til videre fysisk aktivitet. Dermed blir det viktig å fokusere på brukerens ferdighetsnivå, interesse og meninger. Dette for å bygge under og forsterke brukerens ressurser, samtidig som man unngår uheldige situasjoner som kan svekke brukerens selvtillit og mestringsfølelse.

5.3.1 Det sosiale mennesket og fysisk aktivitet

Ut ifra Helgesens (2012) definisjon av psykologiske faktorer har vi mennesker også et behov for god sosial tilpasning. Det å ha en god sosial tilpasning vil også ha en enorm betydning for mennesket livskvalitet og helse (Gundersen 2006). Mennesker med mild og moderat depresjon har en gjennomgående tendens til å trekke seg tilbake fra sosial deltagelse (Hummelvoll 2012), noe som gjør at de denne mister muligheten for sosial omgang.

Det at mennesker med depresjon trekker seg tilbake fra sosial deltagelse blir omtalt som isolasjon. Isolasjon kan tolkes som en form for mestringsforsøk for mennesker med depresjon, unngående mestring (Kvalem og Wichstrøm 2007). Her går personen inn for å komme seg unna det ubehagelige, sosial deltagelse, og bruker isolasjon for å mestre situasjonen. De umiddelbare og kortsiktige virkningene av isolasjon kan være positiv for den med depresjon, fordi personen slipper å bli utsatt for kritikk eller angstprovoserende situasjoner (Borge m.fl. 2011). Dermed kan det å isolere seg fra sosial deltagelse virke som en god måte å håndtere hverdagens krav på. Kvalem og Wichstrøm (2007) skriver videre at unngående mestring kan øker sårbarheten for senere depresjon. Så på lang sikt vil tilbaketrekking, isolasjon og inaktivitet bidra til at depresjonen blir holdt ved like (Borge m.fl. 2011).

Departementene (2004) skriver at fysisk aktivitet handler om sosial tilhørighet, noe som er spesielt viktig for mennesker som føler seg isolert. På den ene siden kan fysisk aktivitet føre det sosiale samspillet inn i livene til mennesker med depresjon og bryte denne isolasjonen. Ved å velge en aktivitet som det trengs flere personer for å gjennomføre, f.eks. ballspill, eller man velger en individuell aktivitet som man utfører sammen med andre, f.eks. turgåing, kan man få det sosiale aspektet inn i fysisk aktivitet. Fordelen med det sosiale samspillet i fysisk aktivitet, er at de vil ha et felles mål eller en felles rutine å gå ut ifra, noe som igjen kan gjøre samhandlingen lettere. Brodtkorb og Rugkåsa (2009) skriver også at vår bevissthet om oss selv dannes gjennom samspill med andre mennesker.

Dersom gjennomføringen av aktiviteten blir vellykket, kan brukeren med depresjon oppnå positive sosiale relasjoner med andre mennesker og få en ytre bekreftelse på seg selv gjennom sosialiseringen som forekom i aktiviteten, noe som er viktig for mennesker med mild og moderat depresjon (Hummelvoll 2012). Dermed kan brukeren få en økt mestringsfølelse, noe som kan være med på å gi brukeren en bedre selvtillit og selvaktelse, som igjen kan være med på å motivere for videre utøving av fysisk aktivitet i sosiale omgivelser. Den økte selvtilliten i sosiale omgivelser kan kanskje også videreføres til andre sosiale arenaer. Dersom dette blir tilfellet har fysisk aktivitet vært med på å bryte trenden med unngående mestring, isolasjon, og skapt en positiv sirkel inn mot egen mestring.

Som en motpart kan også fysisk aktivitet i sosiale omgivelser slå negativt ut for mennesker med depresjon. Mennesker med en mild depresjon er ekstra følsomme for avvísninger og de med en moderat depresjon kan tro at andre har en negativ oppfatning av dem (Hummelvoll 2012). Ved en mislykket aktivitet med andre mennesker kan da deres selvaktelse bli svekket og videre kan kanskje deres depresjonsfølelse bli forsterket. Helgesen (2012) skriver om positive sirkler og hvordan mestring kan føre til at en person blir tryggere på seg selv og ønsker å prøve seg på nye utfordringer. Dersom et menneske med depresjon føler at han/hun mislykkes i en aktivitet i sosiale omgivelser, kan det kanskje føre til en negativ sirkel. At personen får en «bekreftelse» på egne tanker om, at han/hun ikke mestrer forskjellige aktiviteter. Og dette kan videre føre til at personen med depresjon ikke ønsker å prøve seg på nye utfordringer, enten innen fysisk aktivitet eller generelt i hverdagen. For å unngå dette gjelder de samme prinsippene for å oppnå mestring og mestringsfølelse. Ved å tilrettelegge aktiviteten opp imot brukerens ressurser, ønsker, interesser og ferdighetsnivå, kan sjansen for å mislykkes reduseres.

5.4 Fysisk aktivitet, den beste behandlingsmetoden?

Gjennom fysisk aktivitet kan mennesker med depresjon oppnå store gevinster, både fysiologisk og psykologisk. De kan bygge opp under egen mestringsfølelse, selvfølelse, selvaktelse og oppnå sosial omgang med andre mennesker. Moe og Martinsen (2011) sier også at fysisk aktivitet kan føre til mindre tretthet, samtidig som de kan få en bedre helse generelt og mer energi til å gjennomføre hverdagens krav.

En annen behandlingsform for depresjon er medikamentell behandling. I medikamentell behandling av depresjon blir det brukt antidepressiver. Dette er medikamenter som

påvirker mengden kjemiske budbringere til hjernen og kan motvirke den kjemiske ubalansen hos et mennesker med depresjon (Norsk Helseinformatikk 2013). Preparater som blir brukt i dag er SSRI og SNRI, disse medikamentene har god effekt, samtidig som de går fint sammen med fysisk aktivitet (Kjellman m.fl. 2008).

Bleumenthal m.fl. (1999) gjennomførte en undersøkelse av virkningen av fysisk aktivitet og sammenlignet den mot medikamentell behandling av depresjon. Undersøkelsen gikk over fire måneder og de 156 pasientene ble delt inn i tre behandlingsgrupper hvor den første gruppen fikk kun medikamentell behandling, den andre gruppen deltok kun i fysisk aktivitet og den tredje gruppen fikk både medikamentell behandling og deltok i fysisk aktivitet. Som resultat av denne undersøkelsen ble det ikke funnet noen betydelig forskjell i behandlingseffekten, alle hadde god effekt. Dette viser at de akutte effektene av medisinsk behandling og fysisk aktivitet hver for seg, samt medikamentell og fysisk aktivitet i samme behandling var gode, men hva med depresjonen i det lange løp? Hvilken behandlingsform vil være den mest aktuelle med tanke på tilbakefall etter endt behandling?

Seks måneder etter Bleumenthals m.fl. (1999) undersøkelse gjennomførte Babyalak m.fl (2000) en oppfølgingsstudie av Bleumenthals m.fl (1999) forskning. Her var målet å undersøke tilbakefallet av pasientgruppen med depresjon, 10 måneder etter Bleumenthals m.fl (1999) påbegynte behandling. Av de 156 som deltok i Bleumenthals undesøkelse, ble 83 med i oppfølgingsstudien. Resultatet av denne forskningen var at 38% av de som hadde medikamentell behandling hadde tilbakefall, 8% av de som hadde deltatt i fysisk aktivitet og 31% av de som både hadde fått medikamentell behandling og deltatt i fysisk aktivitet.

Ut i fra disse studiene viser det at fysisk aktivitet har en gjennomgående positiv effekt ved behandlingen av depresjon. Det kan være en metode for å øke effekten av medikamentell behandling, samt at fysisk aktivitet kan bli brukt som behandling alene med gode resultater. I det lange løp viser det seg også at fysisk aktivitet har en mye større mulighet for å hindre tilbakefall for mennesker med depresjoner, enn behandling med medikamentell behandling alene og medikamentell behandling samtidig som fysisk aktivitet blir gjennomført.

I en avsluttende drøfting av undersøkelsen skriver Babylak m.fl (2000) at et av utbyttene med fysisk aktivitet er at man utvikler en følelse av personlig mestring og selvtillit. Noe som kan ha vært med på å bidra til å minske tilbakefall etter endt behandling for de som var med i gruppen med fysisk aktivitet som eneste behandlingsmetode (Egen oversettelse).

Hva er det som gjør fysisk aktivitet alene til den overlegne behandlingsmetoden for depresjon i det lange løp? Babylak m.fl (2000) skriver at det kan være følelsen av personlig mestring som kanskje har hatt en innvirkende faktor. Ut i fra dette kan det tenkes at de som var med i den medikamentelle behandlingen tenker at det var medikamentene som gjorde dem frisk. Denne tankegangen gir ikke brukeren noen bekreftelse på seg selv og hva de er i stand til. Det var ikke pasienten selv som har æren av å bli frisk, men medikamentene. Det samme kan også være med gruppen som både fikk medikamentell behandling og drev fysisk aktivitet. De har vært aktive i egen behandling gjennom fysisk aktivitet, men samtidig kan de kanskje tenke at medikamentene har mye av æren. Og dette kan kanskje videre øke sannsynligheten for at de får tilbakefall?

Som en motsetning ser vi at gruppen med fysisk aktivitet som den eneste behandlingsformen hadde en klart mindre andel med tilbakefall. Men hvorfor var det så markant forskjell fra de andre behandlingsmetodene? Personene kan gå ut av behandlingen og tenke at de klarte å bli bedre gjennom fysisk aktivitet, et var de som klarte det av egen innsats (Babylak m.fl. 2000). Mennesker med depresjon har en lav selvaktelse og selvtillit (Hummelvoll 2012). Så kanskje gjennom å ha fysisk aktivitet som behandlingsform har de opparbeidet seg en økt mestringsfølelse, fått en bedre selvtillit og selvaktelse. Gjennom denne erfaringen ser de at det faktisk er mulig til å gjennomføre aktiviteter som de i en depressiv episode kanskje ikke trodde de kunne klare. De har kanskje kommet inn i en positiv sirkel opp imot mestring i hverdagen og dette har gitt dem en indre motivasjon til å utfordre seg selv på nye områder. Samtidig har kanskje det sosiale aspektet med fysisk aktivitet gitt dem en positiv bevissthet om seg selv, via positive tilbakemeldinger og ytre bekreftelse. Og kanskje det akkurat er denne mestringsfølelsen, indre motivasjonen og troen på seg selv, som gjør at de som deltok i fysisk aktivitet som eneste behandling hadde mindre sjans for tilbakefall?

Disse konklusjonene setter fysisk aktivitet i et veldig positivt lys, men er det i noen tilfeller fysisk aktivitet ikke burde bli brukt som en behandlingsform for depresjon og heller

fokusere på medikamentell behandling? Kjellman m.fl. (2008) skriver at fysisk aktivitet ikke er forbundet med noen fare for deprimerte, så fremt de ikke har kroppslige sykdommer som kan forverres ved fysisk trening. Et kroppslig symptom som kan forekomme med depresjon er det å være undervektig. Mennesker med depresjon kan ha nedsatt matlyst, noe som kan føre til en betydelig vektreduksjon (Hummelvoll 2012). Dersom en person med depresjon er diagnostisert med spiseforstyrrelser og allerede er undervektig, burde ikke fysisk aktivitet bli brukt som en behandlingsform. Dette fordi fysisk aktivitet kan bidra til å opprettholde et sykkelig atferdsmønster som blir sett ved spiseforstyrrelser (Martinsen 2011).

Fysisk aktivitet sees til å ha god effekt for mennesker med mild og moderat depresjon, men ved de dypeste depresjonene vil ikke fysisk aktivitet være tilstrekkelig behandling. I de fleste tilfeller av dyp depresjon består behandlingen av antidepressive medikamenter eller elektrosjokkbehandling, i tillegg til psykososial behandling (Martinsen 2011).

Utfordringen med de dype depresjonene vil være at de kan føle seg ulykkelig, ubrukelig og vil helst holde sengen (Hummelvoll 2012). Litt fysisk aktivitet for mennesker med dype depresjoner, kan gi dem en erfaring av mestring og velvære, fremfor at de er inaktive. Noe som videre kan hjelpe dem på veien ut av en dyp depresjon, uansett hvor dårlig de føler seg (Martinsen 2011). Dette viser at fysisk aktivitet kan bli brukt som en metode ved de dypeste depresjonene, men er ikke tilstrekkelig alene. Her må kanskje andre behandlingsmetoder også inn i bildet, for at personer med dypere depresjoner skal få en god nok behandling.

Fysisk aktivitet er med andre ord en god behandlingsmetode for mennesker med depresjoner, men situasjonen må kartlegges før behandling iverksettes. Har brukeren noen kroppslige sykdommer som gjør fysisk aktivitet til en ugunstig behandlingsmetode, eller er depresjonen så dyp at fysisk aktivitet ikke blir tilstrekkelig behandling alene? Ut ifra kartleggingen må det vurderes om medikamentell behandling, eller om eventuelle andre behandlingsmetoder også må bli tatt i bruk.

5.5 Den fysiske aktiviteten for den psykiske helsen

Fysisk aktivitet påvirker kroppen som en helhet, både de fysiologiske-, psykologiske- og sosiale aspektene, men trenger ikke nødvendigvis ha som et hovedmål å dokumentere treningseffekten for hver enkelt (Stokkenes m.fl 2001). Med fysisk aktivitet som metode opp imot behandling av depresjon blir fokuset satt på den enkelte og brukerens psykologiske behov, i stedet for de fysiologiske. Med andre ord kan fysisk aktivitet føre til nye måter å forstå seg selv på, både tankemessig og følelsesmessig. Her ser vi også at mestring spiller en sentral rolle for utvikling av et bedre selvbylde, selvaktelse og en økt mestringsfølelse og mestringsstro. Samtidig som at fysisk aktivitet kan være en god metode for å oppnå de fundamentale psykologiske behovene vi mennesker har, kan den også være en distraksjon for mennesker med depresjon. Dette fordi den fysiske aktiviteten kan være med på å sette fokuset i hverdagen over på noe annet enn depresjonen. Og dette endrede tankemønsteret kan være med på å fokusere oppmerksomheten og energien til mennesket med en depresjon i en ny positiv retning (Stokkenes m.fl 2001).

Hummelvoll (2012) skriver at det er nyttig å se på depresjon som et kontinuum, alt etter personens evne til å skape en identitetsfølelse og forholde seg til realiteten. Ut ifra de psykologiske gevinstene som blir høstet gjennom fysisk aktivitet kan vi si at det er en god metode for å bedre et menneskes følelser rundt seg selv. Stokkenes m.fl (2001) sier at den grunnleggende ideen i de psykologiske teoriene, er at fysisk aktivitet gir mennesket opplevelser og erfaringer som resulterer i en læringsprosess og fysisk aktivitet kan påvirke den psykologiske funksjonen til mennesker. Faktorene som særlig avgjør om depresjonen blir mild, moderat eller alvorlig, er et dynamisk samspill mellom de indre og ytre påvirkende faktorene (Hummelvoll 2012). Her kan vi se på fysisk aktivitet som en ytre påvirkende faktor på mennesket og hvordan den virker på de indre faktorene til mennesker med depresjon. Læringsprosessen som kommer gjennom fysisk aktivitet kan gi økt mestringsfølelse, en bedret selvfølelse og selvaktelse til den enkelte. Dermed kan kanskje fysisk aktivitet være med på å dempe hvor omfattende depresjonen blir.

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å se på betydningen av fysisk aktivitet for mennesker med depresjon. Dette opp imot de psykologiske behovene vi mennesker har og mestringsperspektiv i fokus. Sentrale drøftingspunkt jeg har tatt opp er depresjon og fysisk aktivitet generelt og hvordan mennesker med depresjon ut ifra diagnosens definisjon kanskje ikke oppnår mestring i hverdagen. Samtidig som jeg har sett på hvilke områder fysisk aktivitet kan virke inn på.

Videre gikk jeg inn på motivasjon og hvor viktig motivasjon var for mennesker med depresjon for å få startet på fysisk aktivitet. Her trakk jeg motiverende intervju og hvordan dette kunne være med i en endringsprosess, samt at det kunne være en mestringsmetode for mennesker med depresjon. Som en del av drøftingen trakk jeg inn indre og ytre motivasjon og hvilken rolle dette spiller i endringsprosessen.

Menneskets psykologiske behov kommer som det neste store punktet i drøftingen min. Her tar jeg opp hvilke innvirkninger fysisk aktivitet kan ha for mennesker med depresjons psykologiske behov og har mestring som en gjennomgående emne. Dette trekker jeg også inn i drøftingen om det sosiale mennesket og fysisk aktivitet, samt hvordan ytre påvirkning former vår mestringsfølelse og selvaktelse.

Jeg trakk også inn medikamentell behandling og sammenlignet dette med fysisk aktivitet, med tilbakefall etter endt behandling i fokus. Opp imot dette drøftet jeg en alternativ forklaring av hvorfor resultatene av undersøkelsen ble som de ble. Som en avslutning gjorde jeg også rede for hvilke tilfeller det ikke var heldig å bruke fysisk aktivitet som en behandlingsmetode.

I det siste kapittelet i drøftingen min såg jeg på den fysiske aktiviteten for den psykiske helsen. Her trakk jeg inn hvordan fysisk aktivitet påvirker de psykologiske behovene som en helhet og hvilken rolle mestring har i denne prosessen. Samt hvordan fysisk aktivitet kan påvirke utviklingen av depresjon.

6.2 Konklusjon:

For mennesker med depresjon kan fysisk aktivitet være et viktig verktøy i behandlingsprosessen. Opp imot menneskets psykologiske behov, med mestring i fokus, her kan vi se at fysisk aktivitet kan spille en stor rolle i deres behandling. Fra starten av ser vi at motivasjon vil stille en viktig rolle i endringsprosessen fra å kanskje være inaktiv til å starte med fysisk aktivitet. Her vil vi som helsearbeidere være en viktig ytre motivasjonsfaktor for å få i gang denne endringsprosessen, gjerne ved bruk av MI. MI kan også fungere som en mestringsstrategi for mennesker med depresjon. Ved bruk av denne metoden blir brukeren satt i fokus og han/hun tar avgjørelsen om å starte med fysisk aktivitet. Det kan være med på å øke deres mestringsfølelse i forhold til mestring av egen hverdag, noe som videre kan bygge på en indre motivasjon til å fortsette med fysisk aktivitet.

Når mennesker med depresjon har startet å gjennomføre fysisk aktivitet ser vi at dette kan ha en stor innvirkning på deres psykologiske behov, våre selvbehov og sosiale behov. Dette er noe mennesker med depresjon allerede mangler pga. lav selvaktelse og tilbaketrekning fra sosial deltagelse. Fysisk aktivitet hjelper mennesker med depresjon til å få hevdet seg i hverdagen, gjennom å være en god arena for mennesker med depresjon til å øke egen mestringstro på. Dette fordi fysisk aktivitet kan tilrettelegges etter brukerens ferdighetsnivå, ønsker og behov, noe som øker sannsynligheten for et positivt utfall og en økt mestringsfølelse for personen med depresjon. Fysisk aktivitet kan også være med på å bringe det sosiale aspektet tilbake i livene til mennesker med depresjon, fordi fysisk aktivitet kan gjennomføres med andre. Dette gjør at man kan få en ytre bekreftelse på seg selv, noe som videre kan være med på å bygge opp personens selvaktelse og mestringsfølelse.

Grunnet at mennesker med depresjon er ekstra følsomme for avvisninger og de kan tro at andre har en negativ oppfatning av dem, blir tilrettelegging av den fysiske aktiviteten også viktig. Om et menneske med depresjon mislykkes i en aktivitet kan dette slå negativt ut på en allerede lav selvaktelse, noe som kan forsterke depresjonsfølelsen. Og om dette er i sosiale omgivelser vil de andre deltagerne også spille en rolle, fordi personen med depresjon kan tro at de andre tenker negativt om han/henne og kanskje han får bekreftelse utenfra på sine negative tanker om seg selv. Dermed blir det viktig å

fokusere på aktiviteter som går ut ifra brukerens ferdighetsnivå, ønsker og ressurser, for å ivareta mestringsfølelse og selvaktelsen til brukeren.

Ved å bruke fysisk aktivitet som behandlingsmetode er også sjansen for tilbakefall betraktelig mindre enn med medikamentell behandling. Mennesket med depresjon som har deltatt i fysisk aktivitet sitter kanskje igjen med en følelse av at det er han/hun selv som har gjort seg frisk, samt at de kanskje har fått en ytre bekreftelse på seg selv gjennom det sosiale aspektet ved fysisk aktivitet. Dette kan ha gitt dem en økt mestringsfølelse, selvaktelse og selvtillit, noe som kanskje har vært med på å minske deres sjanse for tilbakefall etter endt behandling.

Fysisk aktivitet kan heller ikke bli brukt for mennesker med depresjon som har kroppslige sykdommer som forverres ved trening, et eksempel på dette er spiseforstyrrelser, noe som kan være et symptom ved depresjon. Samtidig vil ikke fysisk aktivitet være en god nok behandlingsmetode for mennesker med de dypeste depresjonene, her må det også andre metoder inn i bildet for at personen skal få et godt behandlingstilbud.

Alt sett i ett kan vi se på fysisk aktivitet som en behandlingsmetode som kan ha positiv effekt for mennesker med depresjon, med menneskets psykologiske behov og mestring i fokus, dersom det blir tilrettelagt for det og det ikke er noen kroppslige sykdommer som sier imot. Fysisk aktivitet kan være en metode for gi mennesket med depresjon en økt mestringsfølelse, et bedret selvilde og en bedre selvaktelse, også for mennesker med en dyp depresjon, men her kan ikke fysisk aktivitet være en behandlingsmetode alene. Dermed kan fysisk aktivitet være en ytre påvirkende faktor, som påvirker de indre psykologiske faktorene med et menneske, som kanskje videre er med på å dempe hvor omfattende depresjonen blir.

6.3 Refleksjon

Når jeg gikk inn i arbeidet med denne oppgaven hadde jeg forforståelser og antagelser rundt hva jeg kom til å finne i arbeidet. Dette roterte mye rundt de positive effektene av fysisk aktivitet som behandlingsmetode av depresjon, fordi jeg har hatt mange positive opplevelser i forbindelse med fysisk aktivitet selv. Disse forforståelsene og antakelsene ble både bekreftet og avkreftet. Ja, fysisk aktivitet kan virke positivt inn på menneskets psykologiske behov og mestringsfølelse, men det er også mange hensyn som må bli tatt.

F.eks. med tilrettelegging av aktivitetene med tanke på å ikke forsterke depresjonen og kroppslige symptomer ved depresjon som må tas stilling til. Dette har gitt meg en mye større kunnskap rundt temaet, noe som jeg kommer til å nytte videre i mitt arbeidsliv.

I mitt arbeid med denne oppgaven har jeg kommet over flere nye problemstillinger som kan knyttes opp mot emnet fysisk aktivitet og depresjon. F.eks. alder og fysisk aktivitet. I min oppgave hadde jeg ikke noen aldersbasert avgrensning, men kan fysisk aktivitet virke annerledes med barn og ungdom med depresjoner, enn med voksne og eldre? Og hvordan vil det være med intensiteten av fysisk aktivitet? Kan forskjellig intensitet gi forskjellig utbytte for behandlingen av depresjon? Dette viser at jeg bare har fokusert på en liten bit av emnet, men selv om jeg bare har fokusert på en liten bit, skulle jeg ønske at jeg å spisse den til enda mer. Ikke ha fokus på både de psykologiske behovene til mennesket og mestring, men kanskje bare på mestring. Og satt oppgaven inn i et mestringsperspektiv. Dette tror jeg kunne gjort oppgaven enda mer spesifikk og jeg kunne gått i dybden på et lite emne.

Opp imot oppgavens disposisjon valgte jeg å dele inn hoveddelen i en teoridel og en drøftingsdel. Totalt sett føler jeg dette kan gi en mer oversiktlig oppgave, men baksiden er at det fort kan bli repetisjoner. Gjennom oppgaveteksten har jeg forsøkt å unngå repetisjoner, men når du skal drøfte teori du allerede har oppgitt tidligere i teksten blir dette vanskelig. For å unngå dette kunne jeg ha tatt teori og drøfting samlet, men mitt behov for en oversiktlig oppgaven fikk komme først i prioriteringen.

Totalt sett er dette en oppgave jeg har jobbet mye med, det har vært en tung og læringsrik prosess med mye svette og tåret. Jeg ser forbedringspotensiale, men til syvende og sist kan levere fra meg en oppgave som jeg kan stå for.

7.0 Litteraturliste

Aaland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*, 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Almvik, Arve og Borge, Lisbet (red.). 2006. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

Blumenthal, James A., Michael A. Babylak, Kathleen A. Moore, W. Edward Craighead, Steve Herman, Parinda Khatri, Robert Waugh, Melissa A Napolitano, Leslie M. Forman, Mark Appelbaum, Murali Dorasiwamy og K. Ranga Krishnan.. 1999. «Effects of exersice training on older patients with major depression». *Archives of internal medicine*, 159(19):2349-2356.

Blyak, Michael, James A. Blumenthal, Steve Herman, Parinda Khatri, Murali Doraiswamy, Kathleen Moore, Edward Craighead, Teri T. Bladewich og K. Ranga Krishnan. 2000. «Exersice treatment for major depression. Maintenance of therapeutic benefit at 10 months». *Psychosom Medicine*. 62:633-638.

Borge, Lisbeth, Egil W. Martinsen og Torild Moe (red.). 2011. *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Brodtkorb, Elisabeth og Rugkåsa, Marianne (red). 2009. *Mellom mennesker og samfunn, Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*, 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkman, Susan, Richard S. Lazarus, Christine Dunkel-Schetter, Anita DeLongis og Rand J. Gruen. 1986a. «Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter outcomes». *Journal of Personality and Social Psychology*. 50(5):992-1003.

Folkman, Susan, Richard S. Lazarus, Rand J. Gruen og Anita DeLongis. 1986b. «Appraisal, coping, health status and psychological symptoms». *Journal of personality and social psychology*. 50(3):571-579.

Gundersen, Knuyt og Moynahan, Luke. 2006. *Nettverk og sosial kompetanse*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helgesen, Leif A. 2011. *Menneskets dimensjoner, Lærebok i psykologi*, 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Henriksson, Jan og Carl Johan Sundberg. 2008. «Generelle effekter av fysisk aktivitet». I *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet, forebygging og behandling*. 8-36. Oslo: Helsedirektoratet

Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. *Helt – Ikke stykkevis og delt, Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ivarsson, Barbro Holm og Prescott, Petter. 2008. «Motiverende samtaler om fysisk aktivitet» I *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet, forebygging og behandling*. 103-116. Oslo: Helsedirektoratet.

Karlsson Jon og Bahr Roald. 2008. *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Kjellman, Bengt, Egil W. Martinsen, Jull Taube, Eva Anderson. 2008. «Depresjon». I *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet, forebygging og behandling*. 275-284. Oslo: Helsedirektoratet.

Kvalem, Ingela Lundin og Wichstrøm, Lars (red.). 2007. *Ung i norge, Psykososiale utfordringer*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Lærum, Geir, Matti Leijon, Lena Kallings, Johan Faskunger, Mats Börjesson og Agneta Ståhle. 2008. «Fysisk aktivitet på resept». I *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet, forebygging og behandling*. 72-83. Oslo: Helsedirektoratet.

Martinsen, Egil W. 2011. *Kropp og Sinn, Fysisk aktivitet – Psykisk Helse - Kognitiv Terapi*, 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per Halvard. 2012. *Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*, 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Stokkenes, Grete, Sudman, Torbjørg og Sæbøe, Grete. 2001. *Fysioterapi på terskelen, 13 perspektiver på faget*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Internettkilder:

Departementene. 2004. – *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009: Sammen for fysisk aktivitet* (Lest 07.05.2015)

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/pla/2004/0001/ddd/pdfv/231922-fa-handlingsplan_2005-2009.pdf

Mykletun, Arnstein og Knudsen, Ann Kristin. 2009. Sammendrag - Del 1: Psykiske lidelser blant voksne i Norge. I *Psykiske lidelser i Norge: Et folkeperspektiv*. Nydalen: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. 10-11.

<http://www.phis.no/postmann/dbase/bilder/rapport2009-8.pdf>

Norsk Helseinformatikk (NHI). 2013a. «Antidepressiver». (Lest 09.05.2015).

<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/antidepressiver-3102.html?page=all>

Norsk Helseinformatikk (NHI). 2013b. «Depresjon, en oversikt». (Lest 12.05.2015).

<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/depresjon-en-oversikt3077.html?page=all>

Norsk Helseinformatikk (NHI). 2015. «Behandling av depresjon». (Lest 18.05.2015).

<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/depresjon-behandling9111.html?page=all>