

Riktig strategi til riktig tid

BRUK AV DEN TRANSTEORETISKE MODELLEN FOR Å FREMME FYSISK AKTIVITET HOS PERSONER MED DEPRESJON

Av Elisabet Therese Korban og Tore Bonsaksen



Elisabet Therese Korban arbeider som ergoterapeut ved Ullevål Sykehus, Avdeling klinisk service, Medisinsk Klinikk, Oslo. E-post: korbis87@hotmail.com.



Tore Bonsaksen er førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, Oslo.

Abstrakt

Bakgrunn: Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene, og mange personer med depresjon opplever redusert motivasjon for aktivitet og deltakelse. Fysisk aktivitet kan være et viktig bidrag for å forebygge og bekjempe depresjon, samtidig som depresjon kan gjøre det vanskelig å komme i gang og fortsette med slike aktiviteter. Kjennskap til motivasjons- og endringsprosesser blant helsepersonell kan bidra til at personer med depresjon kan få hjelp som passer til deres endringsmotivasjon.

Formål: Formålet med denne artikkelen er å belyse den transteoretiske modellen for endring og vise hvordan modellen kan ha relevans for klinisk arbeid med fysisk inaktive personer med depresjon. Eksemplene viser hvordan ergoterapeuter kan jobbe med motivasjons- og endringsprosesser hos personer som befinner seg i ulike faser av endring.

Implikasjoner for praksis: Endring av helseatferd, slik som deltakelse i fysisk aktivitet, foregår i stadier hvor ulike prosesser inngår. Ergoterapeuter kan bidra til å fremme fysisk aktivitet ved bedre å tilpasse motiverende tiltak og strategier til personens behov i den aktuelle endringsfasen.

Nøkkelord: Transteoretisk modell, stages of change, atferdsendring, fysisk aktivitet, depresjon, motivasjon.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

INTRODUKSJON

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har beregnet at mer enn 450 millioner mennesker har psykiske lidelser, og depresjon er en av de vanligste av disse. Innen 2020 vil psykiske lidelser være rangert som nummer to av verdens mest belastende sykdommer (Faulkner & Carless, 2006). I Norge er det beregnet at halvparten av befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet, og en av fem vil bli rammet av depresjon (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009).

Depresjon kan ha stor innvirkning på flere sider ved personens liv (Nyboe & Hvalsøe, 2009). Ved depresjon opplever man ofte lite energi og tiltaksløshet. Nedsatt selvtillit, negativ tenkning om seg selv og andre, plager med skyldfølelse, nedsatt konsentrasjon og søvnforstyrrelser er vanlig (Martinsen, 2011; Nyboe & Hvalsøe, 2009). Disse plagene kan bidra til redusert aktivitetsmotivasjon og redusert aktivitet, slik at man ikke lenger gjennomfører aktiviteter som tidligere. Dette vil igjen kunne innebære at man i mindre grad deltar i aktiviteter som nettopp kan fremme helse og motvirke depresjon, som for eksempel fysiske aktivitetsformer (Mostad, Skjelbred, Bråten, & Bonsaksen, 2013). Personer med depresjon er mindre fysisk aktive enn den generelle befolkningen, og longitudinelle studier har vist at de fysiske aktive har mindre risiko for å utvikle psykisk lidelse enn de inaktive (Saxena, Van Ommeren, Tang, & Armstrong, 2005). Økt fysisk aktivitet kan derfor være med å forebygge depresjon, og det kan være et supplement til tradisjonelle behandlingsformer (Martinsen, 2008).

Fysisk aktivitet er imidlertid ikke noe man gjør eller ikke gjør, og motivasjon for fysisk aktivitet er heller ikke noe man har eller ikke har. Personer er mer eller mindre fysisk aktive og har mer eller mindre motivasjon for å være det. Endring i retning av økt motivasjon og økt fysisk aktivitet er ofte beskrevet som å følge en generell sekvens av endringsstadier som klienten over tid beveger seg gjennom (Marcus, Selby, Niaura, & Rossi, 1992; Marks, Murray, Evans, & Estacio, 2011).

Intervensjoner i ergoterapi tar ofte sikte på å hjelpe klienten til å delta i eller endre sin aktivitet på ulike måter. Disse intervensjonene vil kunne bli mer effektive dersom terapeuten har en forståelse av hvilken endringsfase klienten befinner seg i når det gjelder den aktuelle aktiviteten, og bruker denne kunnskapen til å forme sin hjelp. Den transteoretiske modellen (TTM) har vært benyttet som et teoretisk grunnlag for en rekke studier knyttet til helserelatert

atferdsendring. Ergoterapeuter har også brukt modellen i studier av målsettingsarbeid med klienter i nevrologisk habilitering (Baird, Tempest, & Warland, 2010), energibesparende strategier blant klienter med multippel sklerose (Holberg & Finlayson, 2007), og i teoretisk diskusjon knyttet til klienters oppfølging av terapeutiske anbefalinger (Randomski, 2011). I de nordiske ergoterapitidsskriftene har denne modellen inntil nå vært benyttet kun en gang (Eriksson, Tham, & Guidetti, 2013).

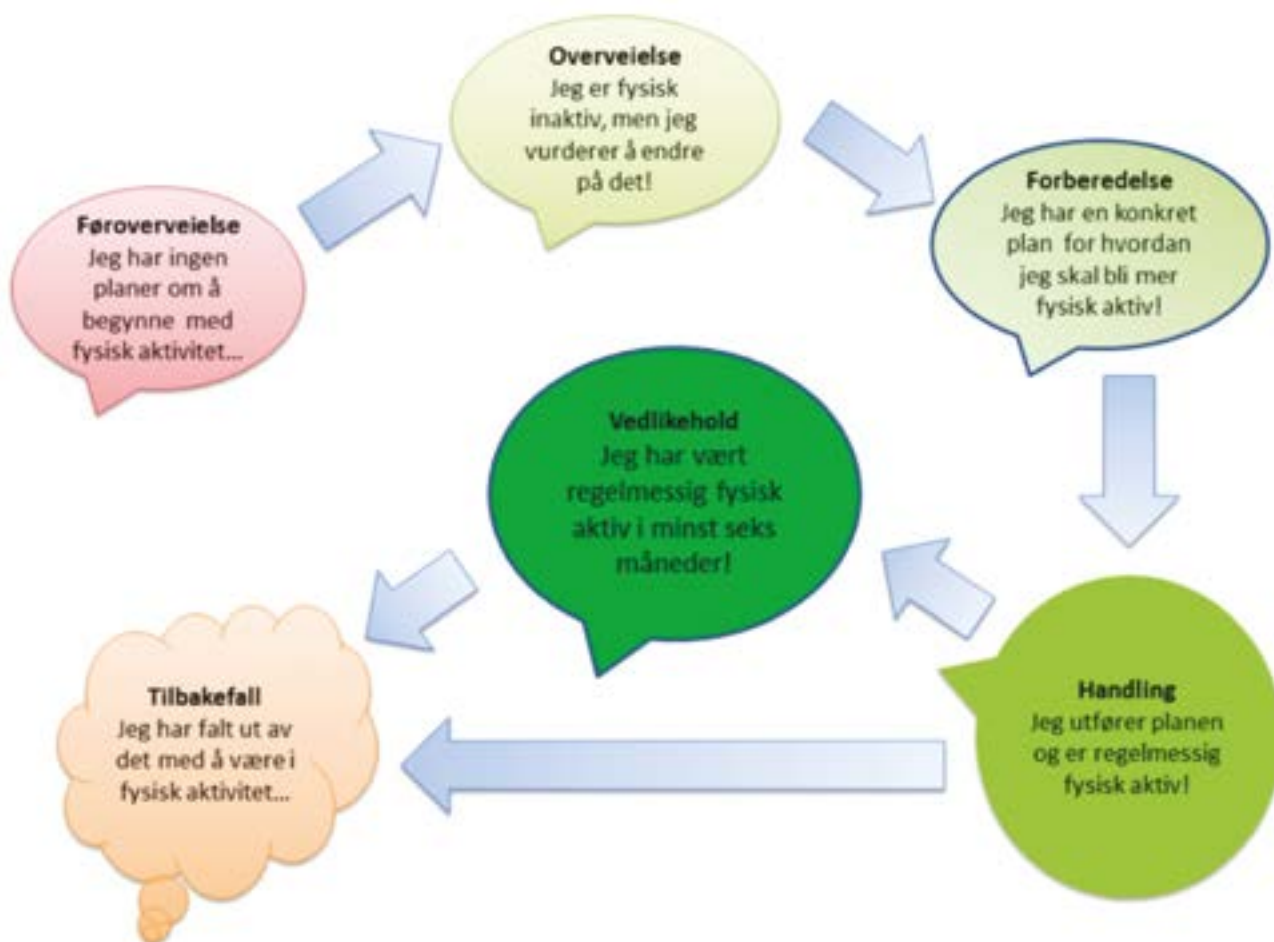
I denne artikkelen ønsker vi å presentere den transteoretiske modellen for endring (TTM). Vi vil også gi eksempler på hvordan TTM kan gi retning til ergoterapeuters motivasjons- og endringsarbeid med personer som er i ulike faser av endring. Fokuset i denne artikkelen vil rette seg spesielt mot endring i fysisk aktivitet blant personer med depresjon.

Den transteoretiske modellen

TTM ble utviklet av psykologene James Prochaska og Carlo DiClemente tidlig på 1980-tallet. På denne tiden var det en stor økning av ulike psykoteraformene, noe som skapte forvirring knyttet til de teoretiske prinsippene for behandlingen og dermed forståelsen av virkningsmekanismer. Prochaska og DiClementes tidlige studier, der de analyserte endringsprosesser i 18 ulike typer av terapier, fant at alle typene vektla at endring av risikoførelse foregår i en sekvens av fem stadier som følger etter hverandre (Prochaska, 1979; Prochaska & DiClemente, 1982). TTM bygger videre fra denne stadieforståelsen av endring (Stages Of Change), som springer ut fra prinsipper fra psykoterautisk teori og teori om atferdsendring (Lowther, Mutrie, & Scott, 2007; Prochaska & DiClemente, 1982).

Modellen ble først mye brukt i behandling av avhengighetsproblemer, som røyking og misbruk av rusmidler (Prochaska & DiClemente, 1982, 1983; Prochaska & Velicer, 1997). Den ble utviklet som en overordnet forståelse av prosesser som kunne bidra til endring av distinkte atferder. I en tidlig studie deltok 872 personer som ønsket å slutte å røyke (Prochaska & DiClemente, 1983). Her forandret personene atferd gjennom flere stadier, og forskjellige prosesser var med på å støtte opp om atferdsendringene innenfor hvert stadium.

I denne tidlige fasen trodde forskerne at endring skjedde lineært, det vil si som en gradvis og rettlinjert endring fra lav motivasjon og lite forsøk på endring til høy motivasjon og iherdige, bestemte forsøk på endring. Det har imidlertid vist seg at endring



Figur 1. Den transteoretiske modellen for endring. Figuren viser de fem endringsstadiene og eksempler på utsagn om fysisk aktivitet som kan knyttes til hvert av dem. Modellen er bearbeidet etter Prochaska & DiClemente (1982).

snarere følger et spiralformet mønster, hvor personer kan bevege seg fram og tilbake mellom ulike endringsstadier (Lerdal & Celius, 2011; Lowther et al., 2007; Norcross, Krebs, & Prochaska, 2010). Bezyak, Berven og Chan (2011) beskrev i sin senere studie av personer med psykiske lidelser at deltakernes motivasjon for fysisk aktivitet (knyttet til mestringstro og en vurdering av at fordeler ved fysisk aktivitet var flere enn ulemper) korresponderte med hvilket endringsstadium de befant seg i. TTM beskriver fem endringsstadier, og både kognitive og atferdsmessige prosesser bidrar til å muliggjøre en progresjon gjennom de ulike stadiene.

ENDRINGSSTADIER (STAGES OF CHANGE)

Denne delen av modellen beskriver hvordan atferdsendring skjer i ulike stadier, hvor stadiene er preget av ulik grad av motivasjon, ambivalens og beslutning om endring. TTM opererer med fem

stadier av atferdsendring (Barth & Näsholm, 2007). Modellen er gjerne spiralformet, noe som åpner for at personer ikke alltid følger en lineær bevegelse fra overveielse via beslutning og planlegging til endring av aktivitet. Ofte beveger man seg fram og tilbake mellom ulike stadier av endring med vekslende nivåer av motivasjon og beslutning (Barth & Näsholm, 2007). I det videre vil vi beskrive modellens stadier i sammenheng med fremming av fysisk aktivitet blant personer med depresjon. Bevegelsen gjennom de ulike endringsfasene er illustrert i Figur 1. For enkelhets skyld brukes «han» som personlig pronomen i den videre fremstillingen.

Føroverveielse er det første stadiet i modellen (Marks et al., 2011). Personen vet at han er inaktiv, men vurderer likevel ikke å delta mer i fysisk aktivitet. På dette stadiet har han ingen planer om å bli fysisk aktiv. Han ser ikke på inaktiviteten som et problem – tvert om kan kanskje tanken på mer fysisk

aktivitet fortone seg som et større problem for en person som lider av depresjon. Dersom tidligere erfaringer med å være fysisk aktiv har vært negative, kan disse erfaringene fungere som en barriere. Disse faktorene representerer potensielle utfordringer med tanke på å komme i gang. I tillegg kan gevinstene ved regelmessig fysisk aktivitet være ukjente, og formidling av informasjon om hvordan fysisk aktivitet påvirker helsen, er en viktig klinisk oppgave i arbeid med personer som er i dette stadiet.

I neste stadium, *overveieelse*, er personen klar over at inaktiviteten ikke er gunstig, og han er interessert i å begynne med fysisk aktivitet. I dette stadiet veier han for og imot fysisk aktivitet, og vurderer fordeler og ulemper med å bli mer aktiv (Marks et al., 2011). Denne prosessen kalles *kognitiv vurdering*, hvor vekten som legges på antatte fordeler og ulemper (decisional balance) vil veksle over tid. For at personen skal gå videre til de neste stadiene og sette atferdsendringen ut i praksis, vil fordelene med fysisk aktivitet gradvis måtte veie tyngre enn ulempene (Cropley, Ayers, & Nokes, 2003; Prochaska et al., 1994). Dette vil i praksis si å arbeide i motsatt retning av depresjonslidelsen, som generelt uttrykt vil kunne dreie personen i retning av motløshet, håpløshet og uvilje.

Ambivalens kjennetegner personen som overveier å gjøre endringer i livsstil (Barth & Näsholm, 2007). Han kan kjenne seg tiltrukket av endringen som en positiv mulighet, men kan samtidig være tiltrukket av det komfortable ved å unngå endringen og utfordringene ved å gjennomføre den. I dette stadiet kan han føle skam ved å være fysisk inaktiv, fordi han innser at det kan medføre negative konsekvenser. Utfordringen for personen som er i dette stadiet, vil være å bestemme seg for å gjennomføre atferdsendringen (Marks et al., 2011).

Det tredje stadiet i modellen kalles for *forberedelse*. Personen som befinner seg i dette stadiet, er i ferd med å sette sin beslutning om endring ut i livet, og forbereder seg på det praktiske endringsarbeidet. Her er fokuset på handlinger og løsninger. Personen ser nå flere fordeler enn ulemper ved å begynne med fysisk aktivitet, og prøver seg litt fram med å delta (Lerdal & Celius, 2011; Marks et al., 2011). At personen er kommet til dette stadiet vil gjerne være forbundet med at han er blitt mindre deprimert, og at det derfor er lettere å vurdere handlingsalternativer og å kunne ta aktive valg.

Fjerde steg i endringsarbeidet er å gjennomføre planen, og dette stadiet kalles *handlingsfasen* (Marks

et al., 2011). Den oppbygde motivasjonen skal nå settes ut i praktisk og konkret aktivitet. Her er personen overveiende positivt innstilt til endringene og aktivt med på å gjennomføre planen (Lerdal & Celius, 2011). I denne forbindelsen har et annet viktig begrep, *mestringsforventning* (self-efficacy), en sentral plass. Ifølge Bandura (1997) er mestringsforventning troen personen har på at han kan klare å utføre distinkte handlinger, noe som i sin tur gjør at man kan oppnå målene som man har satt seg. Ifølge Bezyak og medarbeidere (2011) er mestringsforventning en viktig nøkkel for endring i de senere og mer handlingsorienterte stadiene, og studier har vist at mestringsforventningen øker etter hvert som personen beveger seg gjennom endringsstadiene (Bezyak et al., 2011; Marcus, 1995; Marcus, Selby, et al., 1992). Personen i handlingsstadiet vil ha begynt å få erfaring med hva endringene fører med seg på ulike plan. En del konsekvenser vil kunne oppleves som negative, og en utfordring innenfor dette stadiet er derfor knyttet til å forebygge tilbakefall. Dette kan eksempelvis dreie seg om tidsbruk, opplevelse av slitenhet eller vansker med å identifisere seg selv i rollen som en som er fysisk aktiv (Barth & Näsholm, 2007; Lerdal & Celius, 2011). Utfordringene i dette stadiet er derfor knyttet til å holde fast på endringen til tross for konsekvenser som i første omgang kan oppleves som negative (Marcus, Banspach, et al., 1992).

Det femte stadiet er knyttet til *vedlikehold* av endringene. I følge Lerdal og Celius (2011) er fysisk aktivitet i dette stadiet blitt en rutine og en naturlig del av hverdagen. Samtidig er det også i dette stadiet en fare for tilbakefall. Enkelte opererer med *tilbakefall* som et sjette stadium i modellen (Barth & Näsholm, 2007). Faren for tilbakefall er imidlertid til stede i alle stadier av endringsprosessen, og tilbakefall kan oppstå som et resultat av at personen ikke klarer å håndtere problemer som oppstår underveis. Det kan føre til at personen trekkes en eller flere faser tilbake i endringsprosessen. Til tross for tilbakefall vil imidlertid personen ha med seg mer aktivitetserfaring, og med fortsatt støtte og veiledning vil han være bedre rustet til å komme seg videre i sin endringsprosess enn han var i føreroverveielesstadiet (Barth & Näsholm, 2007).

ENDRINGSPROSESSER

Så langt er TTM beskrevet med vekt på stadiemodellen for endring. For å kunne bistå personer i deres endringsarbeid er det imidlertid viktig å identifisere hvilke prosesser som bringer personer over fra ett

stadium til det neste. Her vil vi beskrive disse prosessene i sammenheng med hvordan de kan bidra til et økt nivå av regelmessig fysisk aktivitet. Ti prosesser, der fem er kognitive og fem er atferdsmessige, har vist seg å være viktige for endring i ulike stadier (Lowther et al., 2007; Marks et al., 2011). De ulike prosessene synes å ha ulik betydning for endring avhengig av hvilken endringsfase personen befinner seg i (Prochaska & Velicer, 1997). De fem kognitive prosessene synes å være viktigst i de første fasene av endringsprosessen, mens de fem atferdsmessige prosessene er mer sentrale i de senere stadiene (Lerdal & Celius, 2011; Marcus, Banspach, et al., 1992; Marks et al., 2011).

KOGNITIVE PROSESSER

Kognitive prosesser som er viktige for personen, særlig i de tidlige stadiene av endring, er bevisstgjøring, emosjonell reaksjon, revurdering i forhold til omgivelsene, revurdering i forhold til seg selv og sosial frigjøring (Marks et al., 2011). *Bevisstgjøring* består i at personen blir oppmerksom på hvilke helsegevinster fysisk aktivitet kan gi. For en person i føroverveiellesstadiet kan dette være svært viktig. Personen vil trolig ikke vurdere å være mer i fysisk aktivitet om han ikke oppfatter at det er gode grunner for å gjøre nettopp det. Personen gjør en kognitiv vurdering av balansen mellom de positive og negative sidene ved en endring (Prochaska et al., 1994). Helsegevinster ved aktivitet eller potensielle trusler mot helsen knyttet til fortsatt inaktivitet, representerer for de fleste gode grunner.

Etter en slik bevisstgjøring kan det komme en *følelsesmessig reaksjon* (Marks et al., 2011). Det går opp for personen hvilke negative helsemessige konsekvenser inaktivitet kan ha. Skam har vært nevnt tidligere som en mulig følelsesreaksjon – personen trekker sin egenverdi i tvil på bakgrunn av sine tidligere dårligere livsstilsvalg. Imidlertid kan det være viktig å gi rom til også de positive følelsene som kan knyttes til å ha foretatt en viktig kursendring i livet. I arbeid med personer med depresjon vil det være viktig å balansere mellom å gi rom for de vanskelige følelsene og samtidig holde fast i det som kan bidra til positiv endring.

Videre vil personen kunne foreta en *revurdering av seg selv*. Dette vil si at personen tar sin egen selvoppfatning og synet på seg selv som en fysisk aktiv eller inaktiv person opp til ny vurdering. Denne selvvurderingen vil berøre både de kognitive og de emosjonelle sidene ved personen (Marks et al., 2011).

En prosess dreier seg også om en *revurdering i forhold til omgivelsene*. Personen begynner å se på sin egen inaktivitet i forhold til det sosiale og fysiske miljøet han lever i. Fysisk inaktivitet vil for den nærmeste familien kunne bety at også de finner mindre rom til å delta i slike aktivitetsformer. Det vil også kunne ha som konsekvens at familiemedlemmene bekymrer seg og opplever stress knyttet til persons inaktivitet og de mulige følger dette kan ha for helsen hans.

Den siste erfaringsbaserte prosessen kalles *sosial frigjøring*. Denne kjennetegnes ved at personen oppnår bevissthet om sosiale normer knyttet til fysisk aktivitet, og kan samtidig knyttes til hvordan han oppdager muligheter i sitt sosiale miljø som kan bidra til å støtte opp om en nyvunnet livsstil med mer fysisk aktivitet. Oppdagelsen av muligheten for å bli med i en lokal turgruppe kan være et eksempel på sosial frigjøring – her kan personen både få styrket en gryende oppfatning av at fysisk aktivitet er verdsatt aktivitet, og han vil kunne få erfaring med et støttende miljø som kan bidra til å opprettholde motivasjonen.

ATFERDSMESSIGE PROSESSER

De atferdsmessige prosessene gir viktige bidrag til endring først og fremst i de senere stadiene, i handlingsstadiet og i vedlikeholdsstadiet (Lerdal & Celius, 2011; Marcus, Banspach, et al., 1992; Marks et al., 2011). *Å finne erstatninger* er den prosessen som bidrar til å forme alternativer til en passiv livsstil med lite fysisk aktivitet. For en person som har hatt avislesing og TV-seing som sine faste helgeaktiviteter, vil det være viktig å finne ut hvordan mer fysiske aktivitetsformer kan erstatte noe av tiden som før ble brukt på aviser og TV.

Fysisk aktivitet kan gjerne utføres sammen med andre mennesker. Familie, venner, kolleger, naboer og andre bekjente kan spille en viktig rolle når det gjelder å etablere vanemessige aktiviteter og vedlikeholde disse, siden de representerer *støttende relasjoner* (Marks et al., 2011). Det kan være lettere å holde motivasjonen og innsatsen ved like når man er flere som holder på med et felles prosjekt.

Belønning er en sentral mekanisme for å forsterke atferd (Marks et al., 2011). Å belønne seg selv etter at man har vært fysisk aktiv, kan være med på å konsolidere det nye aktivitetsmønsteret, slik at sannsynligheten for at personen fortsetter med aktivitetene øker (Lerdal & Celius, 2011). En belønning kan for eksempel være å bevilge seg en



Familie, venner, kolleger, naboer og andre bekjente kan spille en viktig rolle når det gjelder å etablere vanemessige aktiviteter og vedlikeholde disse. Foto Tom Wang

tur på kino etter noen økter med fysisk aktivitet.

Frigjøring av seg selv dreier seg om at man har forpliktet seg til å være fysisk aktiv, og kontinuerlig velger å være det (Marks et al., 2011). Her handler det mye om å kunne se seg selv på en ny måte – personen må bli mer fortrolig med et bilde av seg selv som en som har en aktiv livsstil, og som utfører regelmessig fysisk aktivitet, og ikke lenger være bundet av rigide og begrensende selvoppfatninger.

Endring av betingelser, eller stimuluskontroll, vil si at personen former sin egen hverdag på en måte hvor han sørger for ikke å komme i situasjoner og forhold som bidrar til inaktivitet. Om situasjoner preget av fysisk inaktivitet tidligere har hatt en stor plass i livet, så kan nye og vedvarende møter med slike situasjoner representere en risiko for tilbakefall til en passiv og usunn livsstil (Marks et al, 2011).

Hvordan kan vi omsette denne kunnskapen til praksis?

Gorczyński og medarbeidere har påpekt at intervensjoner med fokus på fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser ofte ikke har vært teoribaserte, og at dette kan ha ført til at intervensjonene har

vært lite effektive (Gorczyński, Faulkner, Greening, & Cohn, 2010). Det har videre blitt stilt spørsmål ved om TTM egentlig er en teori, eller om det snarere er en generell beskrivelse av hypotetiske endringsstadier som egentlig dreier seg om ulike grader av motivasjon (Marks et al., 2011). Adams og White (2005) har i tillegg vist til studier hvor individualiserte, stadiebaserte intervensjoner ikke var mer effektive enn intervensjoner med annen teoretisk forankring, og at TTM var nyttig som rettesnor kun i de tidlige endringsstadiene. De påpekte videre at også atferdsendring påvirkes av flere eksterne faktorer som TTM ikke inkluderer.

Til tross for denne kritikken har det vist seg at TTM gir en teoretisk forståelse av endringsprosesser som kan brukes til å bistå personer til å øke sitt nivå av fysisk aktivitet (Bezyak et al., 2011). Videre bør motivasjonsstrategier knyttet til fysisk aktivitet tilrettelegges i forhold til stadiet personen befinner seg i (Martinsen, 2011). Ifølge Lund og medarbeidere er det karakteristisk for mennesker med psykiske lidelser at de ofte sliter med å komme i gang og fortsette med betydningsfulle aktiviteter (Lund, Ouazzif, Edsberg, & Bonsaksen, 2009). Det er derfor viktig at

FASE	BESKRIVELSE	PROSESS	PRAKSIS
FØROVERVEIELSE	Fysisk inaktiv. Har ikke planer om å bli fysisk aktiv.	Bevisstgjøring, emosjonell reaksjon, revurdering av seg selv og av miljøet.	Helseinformasjon, informasjon om muligheter, kartlegging av personens erfaring.
OVERVEIELSE	Fortsatt fysisk inaktiv, men ønsker å endre på dette innen 6 mnd.	Bevisstgjøring, emosjonell reaksjon, revurdering av seg selv og av miljøet.	Bevisstgjørende samtaler, informasjon om fysisk aktivitet, vurdere fordeler og ulemper.
PLANLEGGING	Ikke regelmessig fysisk aktiv, men vil bli det innen 1 mnd. Har en konkret plan.	Personlig frigjøring.	Konkretisere planer, forslag til mål og aktiviteter, motivere og støtte til aktivitet og mestringsoppfatning.
HANDLING	Gjennomfører planen. Er regelmessig fysisk aktiv, men har vært det mindre enn 6 mnd.	Sosial frigjøring, finne erstatninger, stimuluskontroll, belønning, støttende relasjoner.	Støtte til aktivitet og mestring, positive tilbakemeldinger, evaluere måloppnåelse og prosess, forebygge tilbakefall.
VEDLIKEHOLD	Har vært regelmessig fysisk aktiv i mer enn 6 mnd.	Sosial frigjøring, finne erstatninger, stimuluskontroll, støttende relasjoner, (belønning).	Fortsette å støtte opp for å redusere faren for tilbakefall. Motivere for videre fysisk aktivitet.
TILBAKEFALL	Har vært fysisk aktiv, men har falt ut av aktivitet.		Avhengig av hvilken fase personen går tilbake til.

Tabell 1. Den transteoretiske modellen (TTM): Faser, prosesser og forslag til praksis. Bearbeidet etter Barth & Näsholm (2007), Lerdal & Celius (2011), Marcus et al (1992) og Marks et al (2011).

helsepersonell kan informere, veilede, oppmuntre, utfordre, forplikte, rose og støtte – alt etter behov – slik at personen kan starte og videreføre sin endringsprosess. TTM kan være et kognitivt hjelpemiddel for å kunne vite hvilke strategier som vil være mest nyttige å bruke for personer som er i ulike stadier av endring, og modellen kan dermed bidra til å strukturere kliniske intervensjoner (Gorczyński et al., 2010). Tabell 1 viser en oversikt over stadier og prosesser beskrevet i TTM, og viser forslag til praksis som kan utledes fra denne modellen.

I føroverveiellesfasen har personen ikke planer om å begynne med fysisk aktivitet, og innser kanskje ikke konsekvensene av dette. I denne fasen er det viktig at terapeuten informerer om betydningen av fysisk aktivitet for helsen. Terapeuten kan gjerne bruke samtale for å bli kjent og få overblikk over hvilke erfaringer personen har med fysisk aktivitet (Barth & Näsholm, 2007). Videre må terapeuten lytte til personens innsigelser og mulige grunner til *ikke* å endre, men samtidig gi grunner til å øke fysisk aktivitet og formidle at det er mulig å få til. Lerdal og Celius (2011) nevner at man blant annet kan gi

praktisk informasjon om hvilke treningstilbud som finnes i nærmiljøet.

I overveiellesfasen er personen klar over at den inaktive livsstilen ikke er gunstig, og er interessert i å begynne med fysisk aktivitet. Videre samtale mellom personen og terapeuten er viktig. Terapeuten må fortsette å lytte til utfordringene, og personen må kunne få uttrykke seg om fordeler og ulemper ved fysisk aktivitet. Slik kan det skje en bevisstgjøring hos personen (Marks et al., 2011; Prochaska et al., 1994). Det er fortsatt viktig med informasjon om sammenhengene mellom helse og fysisk aktivitet. Økt kunnskap kan bidra til at fordelene blir flere og ulempene færre i personens vurdering. Videre kan man gi forslag om å lese aktuelle blader og magasiner, og man kan tipse om TV- eller radioprogrammer som omhandler disse temaene (Lerdal & Celius, 2011). Å lytte til andre som har erfaring – særlig til de som har personlig erfaring med det arbeidet som kreves for å øke fysisk aktivitet – kan også være et godt virkemiddel. Barth og Näsholm (2007) angir at det er viktig å få fram og fokusere på ressursene personen innehar, men at det kan være for tidlig å komme med konkrete tiltak og

aktiviteter i denne fasen. Dersom personen fortsatt er i tvil om han ønsker å endre på sin aktivitet, kan forslag til en konkret utforming av endringen virke påtrengende og i stedet hemme endringsprosessen (Barth & Näsholm, 2007).

Helsepersonell kan med fordel undersøke konkret med den enkelte hvilken motivasjon han har for endring, og ikke anta en manglende endringsmotivasjon knyttet til at personen har en psykisk lidelse eller har vist manglende motivasjon tidligere. Archie og medarbeidere (2007) fant at flere var klare til å overveie en livsstilsendring enn det helsepersonellet trodde. Dette kom også frem i en annen studie, hvor det viste seg at flertallet av studiedeltakerne befant seg nettopp i overveielsesfasen (Gorczyński et al., 2010).

I forberedelsesfasen er personen i ferd med å sette tankene ut i handling, og forbereder seg på endringsarbeidet. Han forsøker seg i denne fasen gjerne litt fram med å delta i fysisk aktivitet. Personen skal i samarbeid med terapeuten utvikle en konkret plan for hvordan endringen kan gjennomføres. Planen kan inneholde kortsiktige og langsiktige mål, forslag til konkrete aktiviteter og når disse skal gjennomføres. Det er viktig at aktivitetene er noe som personen liker eller kan tenkes å like; da blir motivasjonen større. Terapeuten må fortsette å oppmuntre og motivere for videre endring (Lerdal & Celius, 2011; Martinsen, 2011). Den planlagte aktiviteten bør helst utføres innen en måned etter planen er lagt, slik at motivasjonen og beslutningen ikke mister sin verdi (Barth & Näsholm, 2007).

I handlingsfasen skal personen utføre de planlagte handlingene. I denne fasen må terapeuten fortsette å motivere og oppmuntre til fysisk aktivitet. Dette kan med fordel skje med henvisning til personens egen mestring i aktivitet – suksesserfaringer er en viktig vei mot å styrke opplevelsen av egen mestring (Bandura, 1997), noe som i sin tur gjerne styrker motivasjonen for aktivitet (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2013; Bonsaksen, Lerdal, & Fagermoen, 2012; Marcus, Selby, et al., 1992; Mostad et al., 2013). Erfaringer med aktivitet i grupper kan også være hensiktsmessig. Et moment med intervensjoner i grupper er knyttet til gruppesammensetningen. Dersom gruppe-medlemmene er i omtrent samme endringsfase, vil sjansen være størst for å utnytte prosesser knyttet til sosial frigjøring (erfaring med positive sosiale normer og muligheter i sitt sosiale miljø) og støtte gjennom sosiale relasjoner. Terapeuten skal bidra til at personen lett kan se resultatet av endringsarbeidet. De kan sammen sammenlikne

hvordan ting er nå i forhold til før, se på hvilke mål som er oppnådd, og holde fokus på fremskrittene (Barth & Näsholm, 2007). Terapeuten kan også informere om faren for tilbakefall og gi råd om hvordan slike faser kan forebygges – og eventuelt mestres.

I vedlikeholdsfasen har fysisk aktivitet blitt til en rutine i hverdagen, og personen opplever å mestre det han gjør. Fokuset for terapeuten blir også her å fortsette med å oppmuntre og støtte opp om ny mestring, samt å bidra til å forebygge tilbakefall. Terapeuten kan også bidra til å bevisstgjøre personen om hvordan han føler seg nå i forhold til tidligere stadier. På denne måten kan personen motiveres til å fortsette med fysisk aktivitet (Barth & Näsholm, 2007).

Konklusjon

TTM ble opprinnelig utviklet som en overordnet forståelse av endringsprosesser knyttet til distinkte atferder, som for eksempel røyking. Det kan være vanskeligere å bruke modellen som rettesnor for klinisk arbeid for å fremme sammensatte aktiviteter og atferdsmessige strategier, og for mange som lever med kronisk sykdom, vil nettopp dette være behovet (Holberg & Finlayson, 2007). Tross kritiske bemerkninger har vi i denne artikkelen vist hvordan TTM kan fungere som en rettesnor for klinisk arbeid knyttet til helserelatert atferdsendring. Vårt eksempel har vært hvordan modellen kan bidra til å skreddersy motiverende tiltak og strategier for å fremme fysisk aktivitet for personer som er plaget av depresjon. Dette handler gjerne om å finne fram til de riktige strategiene og bruke disse til riktig tid. Vi har beskrevet kjennetegn ved tenkning, følelser, og aktivitet blant personer som befinner seg i hvert av de fem endringsstadiene, og vi har beskrevet de kognitive og atferdsmessige prosessene som i ulik grad påvirker personens endringsforløp. Modellen synes egnet til å forklare viktige sider ved endringsprosesser, og helsepersonell vil kunne oppnå en bedre forståelse av klienten, samt sikre kvalitet og teoretisk forankring ved å orientere seg ut fra TTM.

Referanseliste

- Adams, J., & White, M. (2005). Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, 20(2), 237-243. doi: 10.1093/her/cyg105
- Archie, S. M., Goldberg, J. O., Akhtar-Danesh, N., Landeen, J., McColl, L., & McNiven, J. (2007). Psychotic disorders, eating habits, and physical activity: who is ready for lifestyle chan-

- ges? *Psychiatric Services*, 58(2), 233-239. doi: 10.1176/appi.ps.58.2.233
- Baird, T., Tempest, S., & Warland, A. (2010). Service users' perceptions and experiences of goal setting theory and practice in an inpatient neurohabilitation unit. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(8), 373-378. doi: 10.4276/030802210X12813483277189
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barth, T., & Näsholm, C. (2007). Modeller for endring. In T. Barth & C. Näsholm (Eds.), *Motiverende samtale - endring på egne vilkår* (pp. 68-81). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bezyak, J. L., Berven, N. L., & Chan, F. (2011). Stages of change and physical activity among individuals with severe mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 182-190. doi: 10.1037/a0024207
- Bonsaksen, T., Fagermoen, M. S., & Lerdal, A. (2013). Trajectories of self-efficacy in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study (in press). *Psychology & Health*. doi: 10.1080/08870446.2013.856432
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2012). Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(4), 333-339.
- Cropley, M., Ayers, S., & Nokes, L. (2003). People don't exercise because they can't think of reasons to exercise: an examination of causal reasoning within the Transtheoretical Model. *Psychology, Health & Medicine*, 8(4), 409-414. doi: 10.1080/13548500310001604540
- Eriksson, C., Tham, K., & Guidetti, S. (2013). Occupational therapists' experiences in integrating a new intervention in collaboration with a researcher. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(4), 253-263. doi: 10.3109/11038128.2012.727864
- Faulkner, G., & Carless, D. (2006). Physical activity in the process of psychiatric rehabilitation: Theoretical and methodological issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(4), 258-266. doi: 10.2975/29.2006.258.266
- Gorczyński, P., Faulkner, G., Greening, S., & Cohn, T. (2010). Exploring the construct validity of the transtheoretical model to structure physical activity interventions for individuals with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 61-64. doi: 10.2975/34.1.2010.61.64
- Holberg, C., & Finlayson, M. (2007). Factors influencing the use of energy conservation strategies by persons with multiple sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 96-107.
- Lerdal, A., & Celius, E. H. (2011). Trening på resept - en hjelp til å endre levevaner basert på den transteoretiske modellen. In A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Eds.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (pp. 161-184). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lowther, M., Mutrie, N., & Scott, E. M. (2007). Identifying key processes of exercise behaviour change associated with movement through the stages of exercise behaviour change. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 261-272. doi: 10.1177/1359105307074253
- Lund, H. T., Ouazzif, L., Edsbergløkken, V., & Bonsaksen, T. (2009). Fysisk aktivitet ved alvorlig psykisk lidelse: Bakgrunn, intervensjon og kliniske erfaringer. *Ergoterapeuten*, 52(9), 30-33.
- Marcus, B. H. (1995). Exercise behavior and strategies for intervention. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66(4), 319-323.
- Marcus, B. H., Banspach, S. W., Lefebvre, R. C., Rossi, J. S., Carleton, R. A., & Abrams, D. B. (1992). Using the Stages of Change Model to increase the adoption of physical activity among community participants. *American Journal of Health Promotion*, 6(6), 425-429.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Rossi, J. S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63(1), 60-66.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Estacio, E. V. (2011). *Health Psychology: Theory, Research and Practice* (3 ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 25-29.
- Martinsen, E. W. (2011). Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi. (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mostad, M., Skjelbred, M. S., Bråten, V., & Bonsaksen, T. (2013). Forventning om mestring - et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon. *Ergoterapeuten*, 56(4), 30-35.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Nasjonalt folkehelseinstitutt-rapport nr. 8).
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2010). Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 143-154. doi: 10.1002/jclp.20758
- Nyboe, L., & Hvalsøe, B. (Eds.). (2009). *Lærebog i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. København: Munksgaard.
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, Il.: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19(276), 288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Rossi, S. R. (1994). Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46. doi: 10.1037/0278-6133.13.1.39
- Randomski, M. V. (2011). More than good intentions: Advancing adherence to therapy recommendations. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(4), 471-477.
- Saxena, S., Van Ommeren, M., Tang, K., & Armstrong, T. (2005). Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14(5), 445-451. doi: 10.1080/09638230500270776