



Forventning om mestring

– et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon

AV MARITA MOSTAD, MARIKEN RØSNES SKJELBRED, VELSEMØY BRÅTEN OG TORE BONSAKSEN

Abstrakt

Bakgrunn: Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene. For mange personer med depressive lidelser vil mangel på motivasjon gjøre det vanskelig å komme i gang med eller opprettholde aktivitet. Lav forventning om mestring kan forklare noe av mangelen på motivasjon. Mangel på deltakelse i aktivitet vil i sin tur kunne bidra til å opprettholde depresjon.

Formål: Formålet med denne artikkelen er å belyse begrepet mestringsforventning og vise hvordan dette har relevans for ergoterapeuters arbeid med aktivitetsmotivasjon blant personer med depresjon. Eksemplene vil i hovedsak dreie seg om motivasjonsarbeid rettet mot å komme i gang med og opprettholde fysisk aktivitet, som kan være ett av mange tiltak med betydning for klienter med depresjon.

Implikasjoner for praksis: Ved å være gode rollemodeller og ved å gi mulighet for mestringserfaring i lavterskelaktivitet kan man bidra til å redusere barrierer og gi motivasjon til deltakelse i fysisk aktivitet. Høy faglig kompetanse om fysisk aktivitet bidrar til at ergoterapeuten gjennom informasjon og undervisning kan trygge klienten i utforskning av aktivitet. For ergoterapeuter som jobber ved en institusjon, er det viktig å kartlegge og planlegge overgangen til hjemmet, slik at klienten skal klare å opprettholde ønskede aktiviteter.

Nøkkelord: mestringsforventning, self-efficacy, motivasjon, depresjon, Model of Human Occupation, ergoterapi, fysisk aktivitet



Marita Mostad arbeider som ergoterapeut på Hovseterhjemmet. E-post: marita.mostad@attendo.no



Mariken Røsnes Skjelbred arbeider som miljøterapeut i Kirkegårdsveien Bofelles - skap, Bærum kommune.



Velsemøy Bråten arbeider som helsesportspedagog ved Modum Bad, Vikersund.



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

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen

Depresjon – forekomst og kjennetegn

I følge rapporten «Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv» er de tre vanligste typene psykiske lidelser i den norske befolkningen i dag angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Depressive lidelser blir stadig vanligere. Det er viktig å påpeke at psykiske lidelser er sammensatte og ikke nødvendigvis opptrer hver for seg. Det er estimert at halvparten av den norske befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet, mens rundt en av fem vil bli rammet av depresjon (Mykletun et al., 2009). Depresjon kan ramme alle, uavhengig av sosioøkonomisk status og alder, og er dominerende årsak til sykemelding. Utbetaling av sykepengen ved psykisk sykdom gir store samfunnskostnader (Kjellman, Martinsen, Taube, & Andersson, 2009).

Depresjon tilhører den gruppen psykiske lidelser som betegnes som affektive lidelser eller stemningslidelser. Sykdommen kjennetegnes ved symptomer som nedstemthet, nedsatt lyst samt nedsatt interesse, energi og selvtilitt (Nyboe & Hvalsøe, 2009). Videre kan andre kroppslige forstyrrelser opptre, som søvn- og appetittforstyrrelser. Ved depresjon kan det derfor være vanskelig å ta initiativ og være sammen med andre. For mange mennesker med depressive lidelser vil mangel på motivasjon gjøre det vanskelig å komme i gang med eller opprettholde aktivitet – man kan bli mer passiv og miste interessen for aktiviteter som en tidligere pleide å gjøre (Borge, Martinsen, & Moe, 2011). Dette kan også gjelde for aktiviteter som er viktige for personen, og for aktiviteter som kan antas å være virksomme i behandling av depresjon eller for å forebygge nye depressive episoder. Et eksempel kan være fysisk aktivitet. Borge et al. (2011) beskriver at interessen for og gleden ved å delta i fysisk aktivitet ofte begrenses, da mange som sliter psykisk også er plaget av å være trette og utladet.

Aktivitetsmotivasjon

Model of Human Occupation (MoHO) er en ergoterapeutisk teori og praksismodell som forklarer hvordan menneskelig aktivitet er motivert (*viljesystemet*), organisert i hverdagsrutiner (*vanesystemet*) og basert på personens samlede kapasitet (*utførelsessystemet*) i samspill med konteksten (*omgivelsene*) (Kielhofner, 2008). Sentralt for denne systemteoretiske tenkningen er at menneskelig atferd oppstår, utvikles, opprettholdes og endres i samspillet mellom disse tre systemene og omgivelsene.

Menneskets viljesystem er spesielt interessant for ergoterapeuter som arbeider med personer som lider av depresjon, da de ofte opplever lav aktivitetsmotivasjon. Viljesystemet i MoHO består av tre komponenter: verdier, interesser og mestringsforventning. Verdier refererer til individets tanker og følelser om hva som er viktig, mens interesser refererer til det individet finner fornøyeelig å gjøre (Kielhofner, 2008). Den siste komponenten i viljesystemet, mestringsforventning (*self-efficacy*), kan defineres som troen mennesket har på sin evne til å organisere og utføre den handlingen som kreves for å oppnå et mål eller ønsket resultat (Bandura, 1997; Kielhofner, 2008). Det dynamiske forholdet mellom disse aspektene ved viljesystemet skaper, vedlikeholder og endrer personens aktivi-

tetsmotivasjon. Det er for eksempel ikke tilstrekkelig å oppfatte at en aktivitet er viktig eller morsom for å gjøre den – vi må også oppfatte oss i stand til å utføre handlingene som aktiviteten består av, før vi starter opp. Tilsvarende vil mestringsforventning være utilstrekkelig som motivasjon i seg selv. Vi gjør ikke aktiviteter bare fordi vi kan det, men fordi vi også knytter mening til aktivitetene.

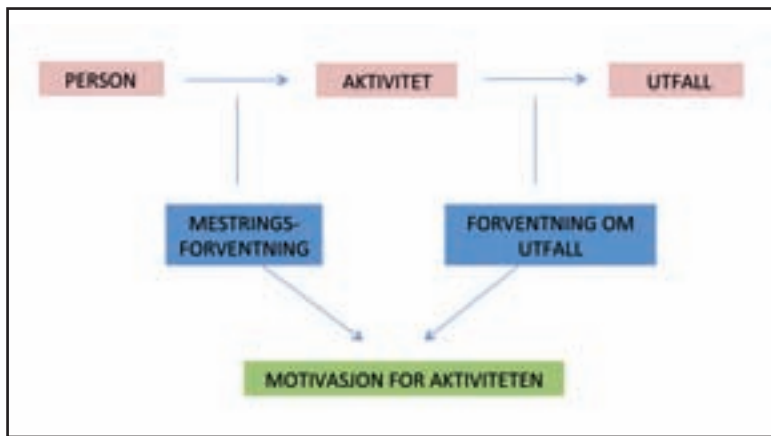
Formålet med denne artikkelen er å belyse begrepet mestringsforventning og vise hvordan dette har relevans for ergoterapeuters arbeid med aktivitetsmotivasjon hos klienter med depresjon. Eksemplene vil i hovedsak dreie seg om motivasjonsarbeid rettet mot å komme i gang med og opprettholde fysisk aktivitet, som kan være ett av mange tiltak med betydning for klienter med depresjon.

Mestringsforventning som aktivitetsmotivasjon

Depresjon er beskrevet ovenfor som en lidelse som forekommer med stor hyppighet, og som kan ha mange negative konsekvenser både for den enkelte som er rammet og for omgivelsene. Viktige konsekvenser av depresjon er knyttet til tap av motivasjon for aktiviteter, ofte også for aktiviteter som har et allment akseptert helsefremmende potensial. Kielhofners forståelse av samvirkende faktorer med betydning for aktivitetsmotivasjon er kort sammenfattet ovenfor (Kielhofner, 2008).

Teorier om motivasjon relatert til helseatferd har ofte hatt personens oppfatninger om resultatet av handlingen (Ajzen, 1988) og kontroll over dette resultatet (Rotter, 1966) som det sentrale temaet. Dette gjelder eksempelvis en mye anvendt teori som Ajzens *Theory of Planned Behavior* (1988) om planlagt atferd, hvor holdninger, normer og oppfatninger om personlig kontroll influerer på intensjonen om å gjøre noe – som igjen influerer på om personen faktisk gjør det. Banduras begrep *mestringsforventning* retter seg mot personens opplevde handlingskompetanse snarere enn mot forventninger om hva resultatet av handlingen vil være (Bandura, 1997). I tråd med Banduras teori kan en spesiell vekt legges på dette begrepet, også når det gjelder forståelsen av depresjon (Bandura, 1997). Dersom det oppstår et misforhold mellom forventninger som personen stiller til seg selv, og personens opplevde evne til å leve opp til forventningene, kan det lede til depressive reaksjoner i form av selvbebreidelser og misnot. I særlig grad kan dette gjelde aktiviteter som for personen har en sterk verdiladning. Å følge opp barna i deres aktiviteter kan være en spesielt sterk forventning som en far har til seg selv, og nederlaget kan oppleves sterkt om han ikke kjenner seg i stand til å mestre dette. Dersom slike nederlag i sin tur attribueres til varige mangler ved en selv, kan dette forsterke en depressiv tilstand – «jeg får det ikke til, derfor er jeg udugelig, og det er min egen skyld». Med Kielhofners (2008) terminologi vil den samme situasjonen kunne beskrives som konflikt innad i viljesystemet hos personen: Verdiane trekker ham mot aktiviteten, mens forventningen om manglende mestring trekker ham vekk fra den.

Mestringsforventning handler om spesifikke aktiviteter under spesifikke omstendigheter, og i hvilken grad personen opplever at han eller hun kan utføre disse. Slike forvent-



Figur 1. Forholdet mellom mestringsforventning og forventning om utfall. Bearbeidet etter Bandura (1997) og Takahashi (2007).

ninger beskrives gjerne med spesifikke utsagn som begynner med «jeg kan» – eksempelvis «jeg er helt sikker på at jeg kan gjennomføre en times sykkeltur med familien i helgen selv om jeg er sliten etter ukas arbeid». Det forventede resultatet av denne aktiviteten, eksempelvis at barna blir glade og fornøyde, er naturligvis viktig for om personen vil gjennomføre den. Vi utfører helst aktiviteter som vi tror kan medføre noe positivt for oss selv eller for andre. I ergoterapilitteraturen er denne dimensjonen rettet mot konsekvens ofte gitt navn som viser til det meningsbærende eller målrettede ved aktiviteter (Gage & Polatajko, 1994; Takahashi, 2007). Forventning om et positivt resultat er likevel utilstrekkelig som motivasjon, siden personen også må oppfatte seg som i stand til å utføre aktiviteten under gitte betingelser. Det er dette siste som fokuseres med begrepet mestringsforventning. Figur 1 illustrerer forholdet mellom mestringsforventninger og forventninger om resultatet av handlingen.

Eksempelutsagnet ovenfor: «Jeg er helt sikker på at jeg kan gjennomføre en times sykkeltur med familien i helgen selv om jeg er sliten etter ukas arbeid» illustrerer ulike dimensjoner ved forventninger om mestring. Det forteller noe om kravnivået i den aktuelle aktiviteten (en times tur), samtidig som det forteller hvor sterkt personen tror på egen mestring (jeg er helt sikker). Sammen med nivået av krav som stilles i aktiviteten og styrken på forventningen er generaliserbarhet et sentralt aspekt ved mestringsforventninger (Bandura, 1997). Det er imidlertid usikkert i hvilken grad et slikt utsagn lar seg generalisere, slik at det har gyldighet i flere situasjoner enn den aktuelle. Det er likevel en slik antakelse som ligger til grunn for mye klinisk praksis og vitenskapelig forskning i ergoterapi – at utføring av aktiviteter leder til mestringsopplevelser som igjen lar seg omsette i forventning om mestring av nye aktiviteter, eller om mestring i nye omgivelser (Dickerson & Fisher, 1997; Ferguson & Trombly, 1997; Takahashi, 2007).

Likevel viser klinisk erfaring at det ikke alltid er slik. Forskningsstudier har også pekt på hvordan mestring av aktiviteter mens behandlingen pågår i noen tilfeller ikke får positive ringvirkninger etter behandling. Manglende forventning om mestring av disse aktivitetene i det nye miljøet har vært pekt på som en viktig forklaringsfaktor (Gage &

Polatajko, 1994; Gage, Noh, Polatajko, & Kaspar, 1994). Erfaring med fysisk aktivitet i klinisk praksis med klienter med depresjon har vist at om personen har innarbeidet en rutine med fysisk aktivitet i behandlingen, så bør mulighetene og utfordringene i hjemmemiljøet kartlegges, dersom målet er å opprettholde aktivitet. Slik vil barrierer reduseres og utfordringer bekjempes lettere. Samhandling mellom ulike nivåer i helsetjenesten og ettervern som oppmuntrer til og legger til rette for fysisk aktivitet er viktige tiltak videre i rehabiliteringsprosessen for personer som trenger hjelp til å opprettholde tro på egen mestring og øke sin deltakelse i aktiviteter i sitt lokalmiljø. Betydningen av støtte fra andre personer kan være stor. Støtte kan øke personens forventning om mestring både i form av *verbal overtalelse* fra andre, og ved at personen lærer ved å se andre utføre og mestre aktiviteten (*modellering*) (Bandura, 1997). Spesielt i faser preget av stor forandring, slik som i situasjonen beskrevet ovenfor, kan det synes som om støttende bidrag fra andre er viktige for å øke mestringsforventninger. Faktorer som i ulik grad bidrar til personens forventning om mestring, er illustrert i Figur 2.

Mestringforventning og resultatforventning

Kombinasjonen av ulike forventninger om mestring og resultat av aktivitet gir grunnlag for ulike typer av responser. Lav mestringsforventning i kombinasjon med negative forventninger om resultat vil ofte gi seg utslag i resignasjon og apati, mens kombinasjonen av lav mestringsforventning og positiv forventning om resultatet av aktiviteten kan lede mot selvforakt og håpløshetsfølelse. I tråd med Bandura er dette å betrakte som en kombinasjon av oppfatninger som er nært forbundet med en depressiv innstilling. Høy mestringsforventning i sammenheng med negativ forventning om resultat kan vise seg ved personens protest eller ulike former for aktivisme, mens kombinasjonen av høy mestringsforventning og positiv forventning om resultat av aktiviteten gir optimal motivasjon for aktiviteten: Personen deltar med et produktivt engasjement, viser ambisjoner og oppfatter aktiviteten som meningsfull og tilfredsstillende (Bandura, 1997). Figur 3 illustrerer de ulike kombinasjonene av mestringsforventning og forventning om resultat.

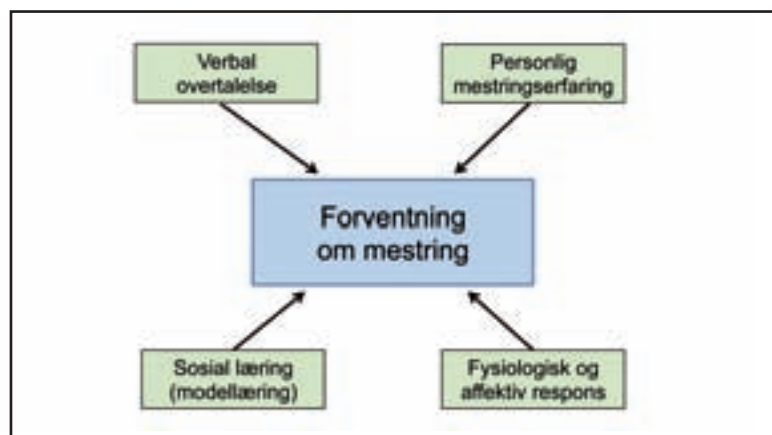
I Banduras fremstilling er altså depresjon forbundet med kombinasjonen av lav mestringsforventning og positiv forventning om resultat – personen har en forståelse av at noe vil være bra å gjøre, men oppfatter seg ikke i stand til å gjøre det. Teoretisk kan det utledes at det i en slik situasjon vil være hensiktsmessig å rette en innsats mot å øke personens mestringsforventning. Dette vil kunne bidra til produktivt engasjement og større grad av tilfredsstillende – i ergoterapifagets terminologi vil påstanden om «glede og tilfredshet gjennom aktivitet og deltakelse» relatere til samme fenomen. En forutsetning for at høyere mestringsforventning skal gi seg slike utslag, er imidlertid at aktiviteten faktisk leder til mestring og måloppnåelse (suksess), og at personen relaterer sin mestring til seg selv og sin egen innsats, og ikke utenforliggende faktorer (Bonsaksen, Lerdal, & Fagermoen, 2012; Henry & Coster, 1997).

Det er belegg for en påstand om sammenheng mellom aktivitet, mestringstro og psykisk helse, også med utgangspunkt i ergoterapeutisk forskning. En bredt anlagt studie av australske ungdommer fant at deltakelse i krevende, utfordrende fritidsaktiviteter og i sosiale fritidsaktiviteter var direkte forbundet med bedre selvfølelse og bedre psykisk helse. Forbindelsene mellom aktivitetsdeltakelse og psykisk helse var delvis også formidlet gjennom bedre mestringstro og større kompetanse på ulike livsområder (Passmore, 2003). Studiedesign uten kontrollgrupper og oppfølging over tid gir likevel ikke mulighet for å si noe konkluderende om årsakssammenhenger. Derfor er det mulig at de som har høyere selvfølelse og bedre psykisk helse er de som velger seg til både krevende og sosiale former for fritidsaktivitet. En forståelse som vektlegger et dynamisk og selvforsterkende samspill mellom mestringstro, aktivitetskompetanse, selvfølelse og psykisk helse, synes også nærliggende (Bandura, 1997; Henry & Coster, 1997; Kielhofner, 2008).

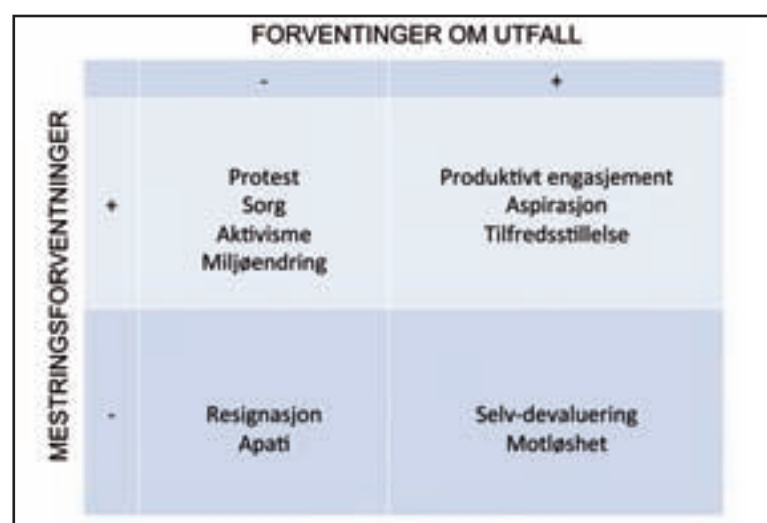
Eksempler fra klinisk praksis

Over nitti prosent av den voksne befolkningen vet om de norske anbefalingene om tretti minutters fysisk aktivitet hver dag (Ommundsen & Aadland, 2010). Anbefalingene om fysisk aktivitet er et toegget sverd som kan gi dårlig samvittighet og inaktivitet eller økt motivasjon og aktivitet. Det vil si, de fleste vet at tretti minutter med aktivitet hver dag er bra for helsen, men hvordan kan man gå fram for å finne og forme en aktivitet som vil være med på å gi mestring og måloppnåelse? Videre følger eksempler fra klinisk praksis som viser noen måter å gjøre det på.

På Modum Bad er det god erfaring med å bruke pulsklokker under enkelte treningsøkter. Pasientene blir ofte overrasket over at trening ikke nødvendigvis er blodsmak i munnen, hjertet i halsen og ben fulle av melkesyre. De ser hva som er riktig trening for seg selv, noe som kan være med på å senke barrierer for å gå i gang med fysisk aktivitet og øke opplevelsen av mestring. Et eksempel fra virkeligheten: en pasient med depresjon slet nettopp med denne dårlige samvittigheten og hadde derfor gjennomført trening i ny og ne «for samvittighetens skyld», uten å oppleve verken glede eller mestring. Etter en treningsøkt med veiledning og bruk av pulsklokke, oppdaget pasienten at hun kunne holde et lavere tempo enn antatt, og meddelte at hun for første gang på lenge opplevde glede og mestring under treningen! Disse erfaringene kan vi knytte til Banduras begrep *personlige mestringserfaringer* (Figur 2). I følge Bandura (1997) er dette den viktigste kilden til informasjon om hva en person kan få til, og dermed til tro på egen mestring. I eksemplet ovenfor ser vi at tidligere negative erfaringer kan lede til lav mestringstro og lav motivasjon for fysisk aktivitet, mens nye positive erfaringer med mestring i fysisk aktivitet kan lede til sterkere motivasjon for videre deltakelse. En annen viktig kilde til tro på egen mestring er *verbal overtalelse*; dette innebærer oppmuntring fra andre om at man innehar den nødvendige kapasiteten for å mestre den aktuelle aktiviteten. Derfor kan undervisning og individuell veiledning om trening og fysisk aktivitet være viktig for å gi personer riktig kunn-



Figur 2. Kilder til mestringstro. Mestringstro dannes med utgangspunkt i fire ulike kilder: Personlig mestringserfaring, verbal overtalelse, sosial læring og personens egen fysiologiske og affektive tilstand. Figuren er bearbejdet etter Bandura (1997).



Figur 3. Holdninger forbundet med kombinasjoner av ulike mestringstro og forventninger om utfall. Bearbejdet etter Bandura (1997) og Takahashi (2007).

skap og inspirasjon. Samtaler med pasienter gir også mulighet for å utforske hva fysisk aktivitet betyr for den enkelte, og i mange tilfeller har fysisk aktivitet stor verdi (Helsedirektoratet, 2010; Reynolds, 2001). Erfaringsmessig gir lystbetont fysisk aktivitet gjennom lek, styrke, koordinasjon og utholdenhet personer med depresjon en opplevelse av at de ofte klarer mer enn de forventet.

For mange personer i dagens samfunn kan presset om å være veltrent og å bruke «riktige» klær være en barriere mot å gjennomføre fysisk aktivitet innenfor en sosial sammenheng. Det impliserer at det som skal mestres, ikke er aktiviteten alene, men kanskje like mye den sosiale og den kulturelle konteksten som aktiviteten skjer i. Personen skal mestre en aktivitet, men skal også ta vare på sitt selvbilde i møte med en kultur som stiller krav om sosial vellykkethet. Alternativer til fysisk aktivitet på treningsstudio – som kan representere en arena hvor nettopp denne typen krav kommer til uttrykk – kan være å bruke naturen som arena med for eksempel hinderløyper, styrketrening på stubber, steiner og med strikk, eller å gå en tur i skogen. Når det gjelder bekledding, er det viktig at man som helsepersonell er klar



Sosial støtte, undervisning og informasjonsarbeid, gode rollemodeller, utforskning av barrierer for aktivitet og mulighet for mestringserfaringer i lavterskelaktivitet er tiltak som kan redusere barrierer og gi motivasjon til å drive fysisk aktivitet. (Illustrasjonsfoto)

over at man blir en rollemodell. To aspekter ved bekledning synes viktige å understreke: Aktivitetslederen vil gjennom veiledning og gjennom sin egen bekledning kunne gi hjelp til å velge hensiktsmessige klær for personer som er uvante med å kle seg riktig for fysisk aktivitet. Samtidig vil han eller hun ha mulighet til å korrigere det som kan oppleves som et kulturelt press mot å ha «riktige» klær, slik dette kan være definert gjennom mote og reklame. Vanlige, bevegelige klær fungerer fint – helt uten fordyrende merkevaresymboler.

Implikasjoner for praksis

Sosial støtte, undervisning og informasjonsarbeid, gode rollemodeller, utforskning av barrierer for aktivitet og mulighet for mestringserfaringer i lavterskelaktivitet er tiltak som kan redusere barrierer og gi motivasjon til å drive fysisk aktivitet (Ommundsen & Aadland, 2010; Reynolds, 2001). Trivsel i kroppøvingstimene på skolen har vist seg å påvirke aktivitetsnivået i senere år, der de som trivdes dårlig i kroppøvingstimene i større grad er inaktive som voksne. Derfor anbefales det at personell som leder aktivitet bør ha en høy faglig kompetanse for å kunne legge til rette for fysisk aktivitet blant personer som har negative erfaringer med dette fra tidligere. I over 150 kommuner er det nå opprettet Frisklivssentraler, som har fokus på oppfølging, lavterskelaktivitet og sosial tilhørighet. Den psykiatriske helsetjenesten i kommunen kan også ha tilbud om fysisk aktivitet både som gruppetilbud (eksempelvis gågrupper og turgrupper) og individuelle tilbud (treningskontakt). Dette er lokalt baserte tiltak som kan være spesielt godt egnet til å bidra til aktivitet blant personer med psykiske helseproblemer som depresjon, ved at de bygger

på kunnskap om aktivitet, om ofte erfarte barrierer mot deltakelse i aktivitet, og om hvordan barrierer knyttet til forventninger om ikke å mestre, kan endres. Når en plan for fysisk aktivitet utarbeides, bør den bygges rundt individets viljesystem og mestringserforventning. □

Reference List

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- 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. doi:10.1111/j.1467-9450.2012.00959.x.
- Borge, L., Martinsen, E. W., & Moe, T. (2011). *Psykisk helsearbeid: Mer enn medisiner og samtalerapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dickerson, A. E., & Fisher, A. G. (1997). Effects of familiarity of task and choice on the functional performance of younger and older adults. *Psychology and Aging*, 12, 247-254.
- Ferguson, J. M., & Trombly, C. A. (1997). The effect of added-purpose and meaningful occupation on motor learning. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 508-515.
- Gage, M., Noh, S., Polatajko, H., & Kaspar, V. (1994). Measuring perceived self-efficacy in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(9), 783-790.
- Gage, M., & Polatajko, H. (1994). Enhancing occupational performance through an understanding of perceived self-efficacy. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(5), 452-461.
- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. Oslo: Helsedirektoratet.