



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**NOR:Fysisk aktivitet som behandlingstilnærming ved depresjon.**

**ENG:Physical Activity as a treatment approach towards depression.**

**Malin Torhaug Grydeland**

Totalt antall sider inkludert forsiden: 48

Molde, 30.05.2014

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

# Publiseringsavtale

Norsk tittel: Fysisk aktivitet som behandlingstilnærming ved depresjon.

Engelsk tittel: Physical Activity as a treatment approach towards depression.

Forfatter: Malin Torhaug Grydeland

Studiepoeng: 15

Veileder: Atle Ødegård

## 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 godkjennelse.

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

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

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

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

Dato: 30.05.2014

Antall ord: 11 815

## Forord

*«Jeg har alltid trodd at fysisk aktivitet er en nøkkel ikke bare til fysisk helse, men også til sinnsro. Mange ganger lot jeg mitt sinne og frustrasjon gå utover en boksesekk istedenfor å ta det utover en kamerat eller endatil en politimann. Trening løser opp spenninger, og spenninger ødelegger sinnsroen. Jeg fant ut at jeg arbeidet bedre og tenkte klarere når jeg var i god fysisk form, så fysisk aktivitet ble en av de ting i mitt liv som jeg aldri gir avkall på.»*

(Nelson Mandela 1995)

## Sammendrag

Jeg vil starte denne oppgaven med kapittel 1.0 som vil inneholde en presentasjon av tema samt bakgrunn for mitt valg av tema og relevansen det har for vernepleieryrket. I kapittel 2.0 vil jeg ta for meg problemstilling med avgrensning, etterfulgt av en definisjon av de begreper som fremkommer av problemstillingen. Kapittel 3.0 omhandler valg av metode og oppgavens disposisjon. Jeg vil her gå nærmere inn på innhenting av informasjon, samt kildekritikk og relevans. Jeg vil deretter gjøre rede for utvelgelsesprosessen og hvordan jeg har valgt å løse oppgaven. Til slutt i kapittel 3.0 vil jeg gjøre rede for min forforståelse knyttet opp mot oppgavens tema.

Kapittel 4.0 omhandler teori og empiri og der vil jeg gjøre rede for mine funn. Kapittel 4.1 inneholder en bredere definisjon av depresjon, samt symptomer og utviklingsmodeller, der jeg i tillegg tar for meg ulike behandlingsmetoder. Kapittel 4.2 tar for seg fysisk aktivitet og dens virkning på kroppen, fysisk aktivitet knyttet opp mot behandling av depresjon, samt mestringsfølelse og selvoppfatning. Jeg avslutter dette kapittelet ved å se nærmere på ulike aktivitetstyper. I kapittel 4.3 gjør jeg rede for motivasjon, og ulike motivasjonsstrategier. I avsluttende kapittel 4.4 vil gå jeg nærmere inn på vernepleieren sin rolle og knytter dette opp mot fysisk aktivitet som behandlingstilnærming.

Kapittel 5.0 består av drøfting av teori og empiriske funn knyttet opp mot problemstilling. Jeg gir først et kort sammendrag av funn i kapittel 5.1 før jeg kommer med en visuell fremstilling i kapittel 5.2. Deretter drøfter jeg opp mot min visuelle fremstilling i underkapittel 5.2.1-5.2.4, som omhandler årsaksforhold, behandlingsmetoder og individualitet. I kapittel 5.3 drøftes min problemstilling, før jeg i kapittel 5.4 går nærmere inn på vernepleierens rolle. Jeg vil til slutt komme med en oppsummering og avslutning i kapittel 6.0, med oversikt over litteratur som er brukt i oppgaven i kapittel 7.0. I kapittel 8.0 vil det finnes en oversikt over vedlegg knyttet til oppgaven. Disse vedleggene vil det henvises til i oppgaveteksten.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Presentasjon av tema .....	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.3	Relevans for vernepleieryrket .....	2
<b>2.0</b>	<b>Problemformulering og avgrensing av tema.....</b>	<b>4</b>
2.1	Problemstilling.....	4
2.2	Avgrensing.....	4
2.3	Begrepsdefinering.....	5
<b>3.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>6</b>
3.1	Innhenting av informasjon .....	6
3.2	Kildekritikk/ relevans.....	7
3.2.1	Utvelgelse.....	8
3.3	Oppgavens disposisjon / hvordan jeg har løst oppgaven .....	9
3.4	Forforståelse.....	9
<b>4.0</b>	<b>Teori og Empiri .....</b>	<b>10</b>
4.1	Depresjon .....	10
4.1.1	Hva er depresjon .....	10
4.1.2	Symptomer på depresjon .....	11
4.1.3	Utvikling av depresjon.....	14
4.1.4	Behandling av depresjon .....	16
4.2	Fysisk aktivitet.....	20
4.2.1	Fysisk aktivitet og dens virkning på kroppen .....	20
4.2.2	Fysisk aktivitet i behandling av depresjon .....	20
4.2.3	Fysisk aktivitet, mestring og selvpoppfatning. ....	23
4.2.4	Valg av aktivitet .....	24
4.3	Motivasjon .....	25
4.3.1	Viktigheten av motivasjon .....	25
4.3.2	Indre og ytre motivasjon.....	25
4.3.3	Hvordan motivere .....	25
4.4	Vernepleierens rolle i arbeid med personer med depresjon.....	26
<b>5.0</b>	<b>Drøft .....</b>	<b>28</b>
5.1	Kort sammendrag av funn.....	28
5.2	En visuell fremstilling .....	28
5.2.1	Forklaring til visuell fremstilling .....	29
5.2.2	Årsaksforhold.....	29
5.2.3	Behandlingsmetoder .....	30
5.2.4	Individualitet .....	30
5.3	Effekten av fysisk aktivitet som behandling av depresjon.....	31
5.4	Vernepleierens rolle .....	34
<b>6.0</b>	<b>Oppsummering og avslutning .....</b>	<b>36</b>
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>38</b>
<b>8.0</b>	<b>Vedlegg.....</b>	<b>41</b>
8.1	Vedlegg 1. ....	41
8.2	Vedlegg 2 .....	42

## 1.0 Innledning

### 1.1 Presentasjon av tema

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) retter søkelyset mot folkehelsearbeidet i Norge.

Folkehelsearbeid innebærer å forholde seg til faktorer som påvirker helsen.

Stortingsmeldingen «*Resept for et sunnere Norge*» forholder seg til de mange påvirkningsfaktorene som bidrar til å skape helseproblemer, og faktorer som bidrar til å beskytte mot sykdom. Det fremkommer her at fysisk inaktivitet kan være i ferd med å bli framtidens store helseproblem.

I følge Aktivitetshåndboken (2008) er fysisk inaktivitet en økende utfordring, og inaktiviteten øker i alle aldersgrupper. Samfunnet vårt har de siste tiårene blitt tilrettelagt for inaktivitet, og man skal i dag være bevisst for å få fysisk aktivitet som del av hverdagen. Det står videre at en økning av den fysiske aktiviteten er ett av de tiltak som vil ha størst positiv effekt på folkehelsen (Bahr, 2008).

I denne oppgaven har jeg sett på fysisk aktivitet knyttet opp mot psykisk helse.

Jeg mener at dette området ikke bare er relevant for kommende vernepleiere, men også for alle andre som arbeider innenfor helse- og omsorg. Vi bor i et land der det til stadighet deles ut medisiner mot psykiske lidelser og andre sykdommer. Kanskje er det slik at en økt kompetanse når det gjelder bruk av fysisk aktivitet for å bedre psykisk helse, vil kunne ha en stor verdi både i forhold til vår kompetanse og for de vi arbeider med?

Jeg mener også at som samfunn er det viktig med et større fokus på fysisk aktivitet, fremfor økt medisinbruk og inaktivitet. Dette gjelder innenfor ulike felt som blant annet innenfor rusomsorg, miljøarbeid og psykiatri. Jeg synes at det burde være et større fokus på og en dypere bevissthet rundt fysisk aktivitet og måter det kan brukes på i behandling. Derfor ønsker jeg å vite mer om hvilken effekt fysisk aktivitet vil ha, både når det gjelder fysisk helse men også kognitivt. Jeg tror selv at en god fysisk helse kan ha en svært stor betydning for både tankesett, selvoppfatning og livskvalitet.

## ***1.2 Bakgrunn for valg av tema***

Jeg har i flere år interessert meg for psykisk helse og hvordan det påvirker enkeltindividet, men også hvordan det rammer samfunnet. Det virker for meg som at mennesker blir sykere og at det vedvarer over lengre tid. Etter at jeg for to år siden selv startet å trene aktivt, begynte jeg å tenke mye på fysisk aktivitet knyttet opp mot psykisk helse, rehabilitering og livskvalitet. Jeg ble mer bevisst på hvordan det å bruke kroppen kunne medføre mestringsfølelse, gode rutiner og en økt livskvalitet. Jeg oppdaget også hvordan det styrket mentaliteten i positiv grad og medførte en økt følelse av glede.

Etter hvert ble dette en naturlig retning for meg i forhold til denne oppgaven. Grunnen er at jeg ønsker å vite mer om hvordan jeg som vernepleier kan bruke fysisk aktivitet i arbeid med klienter, både når det gjelder relasjonsbygging, mestring og behandling.

## ***1.3 Relevans for vernepleieryrket***

I vårt samfunn har det lenge vært et fokus på psykisk helse, og problemene det medfører for enkelt individer. Mennesker blir oftere syke som følge av ulike årsaker, og flere trenger hjelp. Medisinering har lenge vært et diskutert tema, og det samme har forebygging og rehabilitering. Jeg mener at fysisk aktivitet og dens effekt på psykisk helse burde komme langt mer i fokus enn hva det har vært, tatt i betraktning den forskning som allerede foreligger på området.

Dersom man ser på FO sitt hefte som «Om vernepleieryrket» kan man lese at vernepleieres faglige tilnærming for å endre rammefaktorer og individuelle forutsetninger, er miljøarbeid. Måltrettet miljøarbeid defineres som en systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå bedret livskvalitet og personlig vekst og utvikling hos den enkelte tjenestemottaker. Det betyr at vernepleiere tilrettelegger og systematiserer ulike faktorer i miljøet rundt den enkelte for å skape trygghet og variasjon (FO, 2008).

Dersom man leser videre i FO sitt hefte kan man se at vernepleierutdanningen har som mål å utdanne individorienterte og reflekterte yrkesutøvere med handlingskompetanse basert på oppdatert kunnskap. Yrkesutøvelsen skal fremme tjenestemottakers muligheter for både



selvbestemmelse og deltakelse. Tjenesteyting skal være basert på respekt for menneskes integritet, samt nærhet, engasjement og gode relasjonsferdigheter i forhold til den enkelte.

Greta Marie Skau (2006) skriver i sin bok «Gode fagfolk vokser», om kompetansetrekanten. Dette er en trekant bestående av tre deler; teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse (se vedlegg 1).

De tre aspektene kommer til uttrykk samtidig, i alle yrkesrelaterte handlinger og samhandling. De utgjør en helhet, ved at de påvirker hverandre og er avhengige av hverandre. Teoretisk kunnskap vil bestå av faktakunnskaper og allmenn, forskningsbasert vitenskap. Her inngår både kunnskaper av faglig art samt kunnskaper som er relevante for utøvelsen av dem. Dette kan for eksempel gjelde helseproblemer i befolkningen, deriblant psykiske lidelser.

De yrkesspesifikke ferdighetene omfatter de praktiske ferdigheter, og teknikker som hører til et bestemt yrke, og som blir brukt i utøvelsen av det. For eksempel kan dette være når en vernepleier skal kartlegge i forhold til en klient, og deretter tilrettelegge.

Den tredje siden i kompetansetrekanten kalles personlig kompetanse. I yrker der sosiale relasjoner og samarbeid mennesker imellom er viktig, er det spesielt viktig at profesjonsutøvere bruker seg selv som person i yrkesutøvelsen. I vernepleieryrket er derfor den personlige kompetansen av stor betydning. Ofte vil det være den som bestemmer hvor langt vi vil kunne nå med våre teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter. Dette kan for eksempel handle om ens evne til å vise forståelse, bygge relasjon og hvordan en kommuniserer og opparbeider seg tillit (Skau 2006:57f).

Kompetanse trekanten er svært relevant for vernepleieren, så vel som mitt tema for oppgaven. Dersom man vet mer om fysisk aktivitet, og hvordan det kan benyttes i forhold til psykisk helse, så kan man bruke det aktivt i sin yrkesutøvelse når man arbeider med klienter. Man kan for eksempel knytte den kunnskapen man allerede sitter inne med opp mot fysisk aktivitet, og bruke det innad i kartlegging og tilrettelegging, dersom et av målene eksempelvis er bedre helse.

Jeg ønsker med denne oppgaven å skape en ny forståelse og økt kunnskap, om hvordan man som vernepleier og helsepersonell kan bruke fysisk aktivitet i arbeid med mennesker som lider av psykiske problemer.

## **2.0 Problemformulering og avgrensning av tema**

Jeg vil nå beskrive problemstillingen, samtidig som jeg vil gå litt i dybden og forklare hvorfor jeg har valgt den.

### **2.1 Problemstilling**

*Hvilken effekt har fysisk aktivitet som behandlingstilnærming på mild til moderat depresjon?*

### **2.2 Avgrensning**

Psykisk helse og fysisk aktivitet er et bredt tema. Jeg måtte på grunnlag av dette foreta en avgrensning, og velge å sette mitt fokus mot et bestemt område. Jeg bestemte meg derfor for å skrive om fysisk aktivitet knyttet opp mot mild til moderat depresjon. Deretter avgrenset jeg ytterligere til hvilken effekt fysisk aktivitet kan ha som behandlingstilnærming på mild til moderat depresjon. Mitt valg er en konsekvens av min interesse for trening og aktivitet, og hvordan det kan påvirke enkeltindividets helsetilstand.

Jeg ønsket å ta utgangspunkt i en lidelse som er merkbart tilstede og som utgjør et hinder i hverdagen. Grunnen til at jeg valgte depresjon er økningen av den i dagens samfunn. I følge regjeringen kan man lese at verdens helseorganisasjon i forbindelse med prosjektet «Global Burden of Disease» har beregnet at mentale og nevrologiske lidelser er årsaken til 31 % av all uførhet på verdensbasis. Depresjon er den sykdom som forårsaker mest uførhet (WHO 2001).

Jeg kunne i oppgaven valgt å vektlegge negative virkninger av fysisk aktivitet, men jeg kom frem til at det ville bli for bredt i forhold til oppgavens disposisjon og omfang. Jeg valgte derfor å prioritere de områder som jeg mente var mest relevant for min problemstilling.

## **2.3 Begrepsdefinering**

De to begrepene som vil være av størst betydning i problemstillingen min, er fysisk aktivitet og depresjon. Begge begrepene vil utdypes ytterligere i teoridelen.

**Fysisk aktivitet:** Espenes & Smedslund (2009) sier i følge Borge og Martinsen (2011) at fysisk aktivitet er alle kroppslige bevegelser som vil resultere i økt energi-forbruk, mens fysisk trening er planlagte, strukturerte og gjentatte aktiviteter som har til hensikt og forbedre eller oppretthold fysisk form eller prestasjonsnivå (Borge og Martinsen 2011:76).

**Depresjon:** I følge Egil W. Martinsen (2004) brukes begrepet depresjon for å beskrive en sinnstilstand på linje med å være litt nedpå, sliten, og som substantiv for å betegne en gruppe psykiske lidelser. Depresjonssykdommene, som også omtales som affektive lidelser eller stemningslidelser, kan deles inn i to hovedgrupper. Den ene er *bipolar lidelse*, og her varierer sykdomsfasene mellom nedstemthet/depresjon og oppstemthet/mani. Dette er en sjelden lidelse, og den er heller ikke særlig relevant for min oppgave, derfor vil jeg ikke gå nærmere innpå den. Den andre typen gruppe er de rene *depresjonslidelsene*, også kalt *unipolare depresjoner* (Martinsen 2004:65f).

### **3.0 Metode**

I følge Dalland (2000) så beskriver Tranøy en metode som en fremgangsmåte når man skal løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder. Dalland skriver videre at metoden er redskapet vårt i møtet med noe vi vil undersøke og at metoden vil hjelpe oss til å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland 2000:71).

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteratur studium som metode. Jeg vil hovedsakelig benytte meg av allerede eksisterende teori i denne oppgaven, i tillegg til noen forskningsresultater.

Dalland (2000) vektlegger at litteratur er et viktig grunnlag for nær sagt alle studentoppgaver. Det er den kunnskapen en oppgave tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til. Det må av den grunn komme tydelig frem hvorfor en har valgt en bestemt type litteratur, samt begrunnelser av hvordan valget er gjort (Dalland 2000:59).

Mitt valg vedrørende å bruke litteratur studium er en beslutning jeg har tatt som følge av begrensninger på lengde og tid. Deler av litteraturen jeg vil benytte meg av er fra pensumlisten på vernepleierutdanningen, i tillegg vil jeg bruke annen teori som jeg selv har skaffet meg via biblioteket og bokhandelen, samt fagartikler og forskningsresultat som jeg har funnet på BIBSYS.

#### ***3.1 Innhenting av informasjon***

For å finne relevant litteratur til denne oppgaven har jeg benyttet meg av høgskolens søkemonitor BIBSYS. Her har jeg søkt på ordene depresjon, fysisk aktivitet, psykisk helse og psykiske lidelser. Jeg har også søkt på setninger som «fysisk aktivitet og depresjon» og «Fysisk aktivitet i behandling av depresjon». Jeg fant svært mye litteratur vedrørende psykiske lidelser, fysisk aktivitet og fysisk aktivitet som behandlingsmetode.

En av de forfatterne som utmerket seg, var Egil W. Martinsen. Han har lang erfaring innenfor psykiatri, og har skrevet flere gode bøker. Bøkene «Kropp og sinn» og «Psykisk

helsearbeid-mer enn medisiner og samtaleterapi» er meget relevante da de i stor grad tar for seg sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykiske lidelser. Disse to bøkene har vært en god kilde i forhold til oppgaven.

Jeg har også innhentet informasjon til oppgaven ved hjelp av egen litteratur som omhandler psykisk helse og fysisk aktivitet. Jeg har blant annet tatt i bruk boken «Psykisk helsearbeid i nye sko», skrevet av Arve Almvik og Lisbet Borge. Denne boken har mye god teori vedrørende fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser, og ble derfor en nyttig kilde for meg. Jeg har også i stor grad benyttet meg av boken «Helt- ikke stykkevis og delt», skrevet av Jan Kåre Hummelvoll. Når det gjelder teori som spesifikt omhandler depresjon, fant jeg en bok av Jarle Eknes som heter «Depresjon og mani». Den har jeg hatt god nytte av i forhold til kapittelet i oppgaven, der jeg har gått mer i dybden når det gjelder depresjon.

I tillegg har jeg brukt noen artikler som jeg har funnet, blant annet Aktivitetshåndboken (Bahr, 2009) som jeg fant på helsedirektoratets hjemmeside. Jeg har også hatt god nytte av statsmelding nr. 16 ved navn «Resept for et sunnere Norge», som jeg fant på regjeringens sine sider.

Foruten om dette har jeg også søkt etter forskningsresultater via BIBSYS, og funnet to gode internasjonale Forskningsartikler som jeg har valgt å bruke i oppgaven.

### **3.2 Kildekritikk/ relevans**

I følge Dalland (2000)

må metoder gi troverdig kunnskap, noe som betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt. Validitet står for relevans og gyldighet. Det som måles må ha relevans og være gyldig for det problemet som undersøkes. Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland 2000:50).

Jeg har forsøkt å sette fokus på å finne relevante og sikre kilder til oppgaven. Dette har jeg gjort ved å velge gyldige data som er relevante for min problemstilling. Jeg har forsøkt å

sørge for pålitelige kilder ved å være nøyaktig rundt den teorien jeg har tatt utgangspunkt i, og sørget for at den er valid ved å finne oppdatert litteratur og nyere forskning. Ved å benytte meg av gamle forskningsresultater kunne jeg ha risikert at den ikke hadde vært valid grunnet nyere forskning med andre resultater. Det er også derfor jeg har valgt å bruke mye litteratur fra vernepleierstudiets pensumliste under arbeidet med oppgaven, da denne både er oppdatert og pålitelig. Jeg har forsøkt å være kritisk i forhold til mine funn i forhold til relevansen opp mot tema og problemstilling.

Dalland (2000) skriver at kildekritikk omhandler å vurdere å karakterisere den litteraturen som er benyttet, og at kritikken må sees i lys av hva kildene skal belyse. Det er vår oppgave å vurdere i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet, lar seg bruke til å beskrive vår problemstilling. Kildekritikken skal vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet man bruker i oppgaven (Dalland 2000:69).

### **3.2.1 Utvelgelse**

Ut i fra avgrensingen er det noen inklusjons og eksklusjons kriterier i forhold til oppgaven. Som nevnt tidligere valgte jeg og la være å gå innpå negative virkninger av fysisk aktivitet, da jeg mener at det ville blitt for bredt i forhold til oppgavens omfang.

Jeg har også forsøkt å finne mest mulig norsk litteratur, fremfor internasjonal litteratur. Språk kan være en barriere da man må være meget nøyaktig i sine oversettelser. Jeg landet allikevel på to internasjonale artikler som jeg valgte å bruke i oppgaven.

Siden jeg har valgt å sette fokus på fysisk aktivitet som behandlingstilnærming på mild til moderat depresjon har jeg lett meget spesifikt etter teori innenfor dette området. Det har ført til at jeg i utvelgelse prosessen satt med svært mye relevant stoff. Jeg brukte derfor mye tid på å finne ut hvilken litteratur som passet best opp mot problemstillingen, samtidig som jeg måtte sørge for at teorien var faglig forankret. Jeg opplevde flere ganger under arbeidet med oppgaven å måtte fjerne relevant teori, til fordel for annen teori som i større grad var valid og i tråd med problemstillingen.

### ***3.3 Oppgavens disposisjon / hvordan jeg har løst oppgaven***

Jeg har i denne oppgaven valgt å dele opp teori delen i tre hovedkapitler. Jeg vil ta for meg depresjon, fysisk aktivitet og motivasjon hver for seg, med underkapitler, før jeg til slutt vil drøfte mine funn i et nytt hovedkapittel. Jeg har gjort det på denne måten fordi jeg ønsker at det skal være en god flyt i oppgaven og at den som leser den skal føle at det er oversiktlig. Når det gjelder min drøftings del vil det utforme seg som en egen analyse av tidligere funn, derfor vil jeg gå nærmere inn på dette i kapittel 5.

### ***3.4 Forforståelse***

I følge Aadland (2004) vil man møte en tekst, så vel som andre mennesker, med et sett av forutinntatte holdninger og meninger. Det er de forutsetninger vi bringer med oss, selve forforståelsen som avgjør om vi finner mening i en tekst eller i en handling (Aadland 2004: 184).

Min forforståelse i forhold til oppgavens tema er at jeg tror fysisk aktivitet kan ha en positiv innvirkning på psykisk helse. Dette er en forforståelse skapt gjennom en barndom med mye fysisk aktivitet, men også grunnet erfaring fra fordypningspraksis der jeg lærte om fysisk fostring og hvordan det kan bidra til bedre helse, mestring og økt livskvalitet. Etter denne perioden i praksis ønsket jeg å lære mer om fysisk aktivitet og hvordan jeg kan bruke det i arbeid med klienter. I tillegg brenner jeg for trening, og jeg tror at det er nedvurdert hvor mye positive goder aktivitet kan føre med seg på forskjellige arenaer i livet. Som det kommer frem her så er mine holdninger til fysisk aktivitet nesten utelukkende positive, men jeg er også åpen for at det kan finnes negative konsekvenser som følge av fysisk aktivitet.

Bie (2010) skriver at forforståelsen er personlig, og at den bygges opp gjennom hele livet på grunn omgang med familie, forskjellige venner og lærere i løpet av skoletiden, bøker man leser, og erfaringer man gjør seg. Hva man forstår henger sammen med ens erfaring, og erfaringer forandrer seg hele tiden, derfor kan også forforståelsen endre seg (Bie, 2010:62).

## 4.0 Teori og Empiri

Jeg vil nå gjøre rede for depresjon, før jeg deretter vil ta for meg fysisk aktivitet og tilslutt motivasjon.

### 4.1 Depresjon

*«Det er tydelig at depresjon ikke er en kraft eller en makt inni meg selv, men noe som møter meg utenfra – et stoff eller kanskje i virkeligheten et vesen, noe som ligner på et rovdyr, den er som et åndelig, fremmed vesen som er like på kanten av å anta form i kjøtt og blod. Jeg kunne nesten kalle den for «ham». Han sitter der, når jeg våkner, og jeg vet at jeg ikke er alene. Det er et annet levende vesen i rommet»*

(Hentet fra Bjørnebo 1996).

I følge St.meld. nr. 16 (2002-2003) «Resept for et sunnere Norge» kan man lese at mye tyder på at psykiske problemer og lidelser ikke vil bli mindre viktige i framtiden. Det antas for eksempel at den samlede belastningen (uførhet og for tidlig død) på grunn av depresjon vil øke.

#### 4.1.1 Hva er depresjon

Jeg vil nå definere begrepene mild og moderat depresjon ytterligere, da disse er en del av min problemstilling.

**Mild depresjon:** I følge Hummelvold (2012) vil en ved en mild depresjon ha en intakt realitetsorientering. Man vil oppleve tristhet, men stemningsleiet vil ikke påvirke dømmekraften i forhold til seg selv eller andres motiver. En stabil selvfølelse beholdes, på tross av at selvaktelsen kan være noe redusert og personen ofte vil ha et økt behov for ytre bekreftelse på seg selv. Drifter og impulser vil være noe forminsket. Tristheten og nedtryktheten samsvarer med realitetene i personens aktuelle situasjon, men følelsene vedvarer ikke og skaper heller ikke funksjonssvikt. Personen vil kunne trekke seg tilbake fra mennesker og sosiale aktiviteter, og kan bli ekstra følsom for reelle eller antatte



avvisninger fra andre. Tankeprosesser kan bli påvirket slik at evnen til konsentrasjon og oppmerksomhet blir forstyrret (Hummelvold 2012:198).

**Moderat depresjon:** Ved moderat depresjon er det en større tendens til å fordreie virkelighetsoppfatningen. Dømmekraften er dårlig da andres intensjoner ofte mistolkes, og ens egne evner blir undervurdert. Virkelighetsfølelsen er forstyrret og personen kan føle tomhet, eller at det er noe galt med hjerterytmen, pusten, fordøyelsen eller eliminasjonen. Selvbildet er negativt preget og depresjonsfølelsen er fremtredende. Evnen til å føle glede er også markert redusert. Impulskontrollen kan enten være overkontrollert eller mangelfull og det kan forekomme aggressive gjennombrudd. Kvaliteten av objektrelasjoner er dårlig, og betydningsfulle andre er ikke internalisert godt nok. Dette skaper en tilbøyelighet til ekstra sterke reaksjoner ved tapsopplevelser eller separasjon. Det er også her en tendens til å trekke seg tilbake fra sosial deltagelse. Tankeprosessen vil være langsom, og personen blir lett distraheret når noe krever konsentrasjon. Det er også vanskelig å fokusere oppmerksomheten og tanker på hverdagslivets gjøremål. Kommunikasjonsmåten vil være karakterisert av tvil og blokkering (Hummelvold 2012:199f).

I følge Aktivitetshåndboken (2008) vil en depresjon resultere i mye lidelse for den som rammes og for de nærmeste. Det fører også til nedsatt funksjonsnivå både i arbeidsliv og sosialt. Depresjon er en dominerende diagnose når det gjelder sykemeldinger og utbetaling av sykepenger for psykisk sykdom, og det er den viktigste årsaken til fullbyrdet selvmord (Bahr, 2008).

#### **4.1.2 Symptomer på depresjon**

Snoek og Engedal (2008) hevder at det kan være svært vanskelig å fange opp en depresjon på et tidlig stadium. Både enkeltpersoners ulike temperament og miljøers ulike toleranse for følelsesuttrykk kan gjøre det vanskelig for utenforstående å skille mellom en begynnende depresjon og «normale humørsvingninger» (Snoek og Engedal 2008:80).

I følge Eknes (2006) vil en depresjon ha individuelle uttrykk da den er et syndrom som rammer personers tankegang og følelsesliv. (Eknes 2006:29f). Videre tar han for seg ulike symptomer på depresjon, som jeg nå vil gjøre rede for.

**Kognitive symptomer:** I følge Eknes (2006) vil personen kjenne på en markert deprimeret tilstand og *følelse* knyttet til depresjon, og mange vil også oppleve å *miste interessen* for sine omgivelser og oppleve å *føle likegyldighet* i forhold til ting som før ville betydd noe for dem. Man vil også kunne oppleve en merkbar endring når det gjelder måten man fortolker og oppfatter verden på, for eksempel når det gjelder hva ens nærmeste sier og gjør. Den triste stemningen man kommer i, vil bidra til at det kognitive filteret med letthet slipper inn i *negative tanker*, mens positive tanker ikke får slippe ordentlig til. Under en depresjon vil man også ofte oppleve vanskeligheter med å se det hele bildet i sin egen tilværelse, samt utfordringer i forhold til å se løsninger og å skille mellom hva som er bagateller, og hva som er betydningsfullt. Med andre ord vil kunne oppleve vanskeligheter med å holde *fokus*. Da en depresjon fører ofte til at man har en større tendens til negativ tenkning, vil det også påvirke hvordan individet tenker om seg selv. *Selvbildet* vil derfor ofte svekkes under en depresjon, og gjøre at man har en negativ oppfatning av seg selv. Dette vil igjen kunne gjøre at tanker om fremtiden vil påvirkes i negativ retning. Man vil kunne oppleve *mørke framtidstanker*, og vanskeligheter med å forestille seg at det kommer til å bli bedre.

Eknes (2006) framhever at evnen til å oppleve negative følelser kan øke, og at mens noen uttrykker sinnet og irritasjonen vil andre brenner inne med det, slik at de får mer sublim og indirekte utslag. Eksempelvis kan man kjeft på og kritisere nære relasjoner grunnet ting man vanligvis ikke ville brydd seg om. En depresjon kan også føre til nedsatt kognitiv funksjon. Når man opplever *konsentrasjonsvansker* vil dette kunne gjøre at man for eksempel ikke klarer å lese bøker med samme konsentrasjon som tidligere. Man kan også oppleve vanskeligheter med å huske navn, handlelister og ulike gjøremål. Personer som lider av depresjon vil også ofte oppleve vanskeligheter med å ta stilling til det som normalt ville vært uproblematisk avgjørelser for dem. Hverdagsbeslutninger kan plutselig oppleves krevende og betydningsfulle avgjørelser kan fremstå som overveldende. Depresjon påvirker også *motivasjonen* i form av at man kan føle seg apatisk og oppleve tap av energi og interesse. Man vil ofte være uengasjert og aktivitetsnivået vil ofte reduseres. For mange som lider av depresjon er tendensen til å *tenke negativt* svært sentral. De vil ofte fortolke alt i verste mening, og i en tvetydig situasjon vil en ofte velge den mest negative fortolkningen. Man vil også oppleve å bli mer *sårbar* og la ting gå innpå seg i større grad enn tidligere. Denne sårbarheten man føler i kombinasjon med økt tendens til

negativ tenkning, vil også bidra til andre typer negativ tenkning som tristhet, skyldfølelse, skam, misunnelse, bitterhet og sjalusi (Eknes 2006:35f).

**Kroppslige symptomer på depresjon:** Eknes (2006) skriver at det er normalt og oppleve *appetittforandring* når man lider av depresjon. Ved lettere depresjoner vil noen øke matinntaket, mens ved større depresjoner vil man derimot kunne oppleve redusert appetitt. En del av de som lider av depresjon vil også erfare kroppslig stress og muskelspenninger. Samtidig vil man erfare tap av *energi*, og mange vil kunne oppleve å bli mer *passive* under en depresjon. Hos noen kan kroppsbevegelsene bli betydelig redusert i både kraft og hastighet, og noen vil oppleve at talen rammes ved at den blir mer langsom og kortfattet. Andre kan derimot oppleve *rastløshet og uro* innad i kroppen. Det vil også under en depresjon dannes unormalt lite spytt i munnen, slik at personen vil oppleve plagsom uttørring. Det vil også være for lite syre i magesekken, som igjen vil gjøre fordøyelsen dårlig, det er derfor vanlig med forstoppelse. Det er også kjent at kvinner kan oppleve menstruasjonsforstyrrelser, og begge kjønn får ofte nedsatt seksuell lyst. En annen kroppslig utfordring under en depresjon er forstyrrelser av søvn. Det er vanlig med innsovningsvansker, at søvnen blir urolig og oppdelt, og at man våkner svært tidlig om morgenen (Eknes 2006:39f).

**Atferdsmessige symptomer:** I følge Eknes (2006) kan kroppsholdningen påvirkes av en depresjon, ved at personer kan få en noe sammensunken og slapp kroppspostur. Andre vil i stedet få en stiv og anspent kroppsholdning. Man vil også kunne merke endring i personen *aktivitetsnivå*, ved at det blir betydelig nedsatt. Personer som lider av depresjon vil også kunne ha en større sjanse for å oppleve tanker rundt *selvmord*, da en depresjon vil øke sannsynligheten for slike tanker, og forsterke intensiteten og alvorlighetsgraden i innholdet.

Ved milde og moderate depresjoner vil det kunne veksles mellom passivitet og aggresjon, eksempelvis når man opplever at omgivelsene stiller krav man ikke kan eller vil leve opp til. Når graden av irritasjon øker, vil det ofte gi utslag i negative utfall mot andre. Dette gjør at konflikter kan bli ett av de ytre, atferdsmessige symptomer på depresjon. I tillegg vil personer med depresjon ofte kunne føle at de ikke har overskudd til andre, og at de har

manglende evne til å føle glede. Dette vil igjen kunne føre til at de føler seg overveldet av stimuli og krav i sosiale situasjoner, og at man kan reagere med å trekke seg tilbake fra det sosiale. Man får også en økt tilbøyelighet til å si «nei» og fremstå som avvisende og negativ til forespørsler og forslag nærpersoner har (Eknes 2006:40f).

### **4.1.3 Utvikling av depresjon**

Eknes (2006) påpeker i sin bok «Depresjon og mani» at en depresjon kan utvikle seg hurtig, eksempelvis over noen dager eller uker. Men det vanligste er at symptomene kommer snikende over mange måneder og med så svake, men økende, symptomer at personen gjerne oppfatter dem som normale. Så kan det i løpet av kort tid utvikles slik at det fremstår som belastende og vanskelig. Han skriver videre at en klinisk depresjon kan vare i 3-8 måneder før den ofte helt eller delvis forsvinner av seg selv, men påpeker at varigheten kan være både kortere og betydelig lengre (Eknes 2006:26).

I følge Snoek og Engedal (2008) vil en depressiv tilstand kunne gi en tydelig redusert livskvalitet uten nødvendigvis å skape merkbare funksjonsnedsettelse i hverdagen. De hevder at mange tilfeller at «utbrenthet» sannsynligvis er lettere depresjoner (Snoek og Engedal 2008:86).

#### **4.1.3.1 Forklaringsmodeller til utvikling av depresjon**

I følge Aktivitetshåndboken (2008) finnes det ingen enkelt årsakssammenheng, og det er ingen spesielt klar genetisk disposisjon i forhold til hvorfor noen opplever en depresjon. Det fremkommer videre at negativt stress, slik som tapsopplevelser, kan utløse depresjon, men den individuelle sårbarheten er vekslende. Risikofaktorer som kan gi økt sårbarhet, er for eksempel separasjoner i barndommen, psykiske traumer, krenkelser og en rekke somatiske faktorer (Bahr, 2008).

Jeg vil her ta for meg noen av de mest sentrale teoriene, med det grunnlag at jeg vil gi leseren en større forståelse av hvordan en depresjon kan utvikles.

**Genetisk betinget depresjon:** Hummelvoll (2012) tar utgangspunkt i at både arv og miljøfaktorer spiller en avgjørende rolle ved en depresjon. Når det gjelder arvelighet, virker det som det vil være en større sjans for at en depresjon skal opptre dersom ens familie har en forhistorie med depresjoner. Men det fremkommer at mye er ennå uavklart når det gjelder arvets betydning for utvikling av depresjoner (Hummelvoll 2012:202).

**Biokjemisk teori:** Det er ulike biokjemiske teorier som er benyttet for å forklare hvordan stress i en livssituasjon kan tolkes som nevrokjemiske forandringer som karakteriserer depressive tilstander. Monoamine nevrotransmittorer inngår i reguleringen av kroppens reaksjoner på stress og modifierer og forandrer atferden slik den viser seg i depressive lidelser. Denne teorien tar utgangspunkt i at både ytre hendelser og genetiske predisposisjon til sammen skaper forandringene i monoaminfunksjonen i hjernen hos deprimerte (Hummelvoll 2012:202).

**Objekttap:** I følge denne teorien vil depresjon skapes i tilknytning til traumatisk atskillelse av personer som står individet nært. To vesentlige aspekter her er at separasjon hos voksne vil være en utløsende faktor for utvikling av depresjon, og at opplevelse at tap knyttet til barndommen også er en disponerende faktor for forekomst av depresjon senere i livet (Hummelvoll 2012:202).

**Kognitiv teori:** Denne teorien tar utgangspunkt i at mennesker opplever symptomer på depresjon fordi deres tankeprosesser er forstyrret. I følge Hummelvoll (2012) hevder Beck (1976) at en depresjon er et kognitivt problem som er dominert av pasientens negative vurdering av seg selv, sin verden og sin fremtid. Han hevder at hvert menneske har et skjema – et tankemønster eller en ramme for sine tanker – som preger dets måte og møte livet på. Egenskapene til dette skjemaet, og dets natur vil ha betydning for individets reaksjoner (Hummelvoll 2012:202).

**Lært hjelpeløshet:** Seligman (1975) har i følge Hummelvoll (2012) en teori om at den deprimerte person forventer negative resultater av den situasjonen han er i. Den som lider av depresjon tror at respons ikke vil forhindre forekomsten av negative hendelser, og derfor vil den deprimerte ha liten motivasjon for å gjøre noe aktivt selv. De kognitive

funksjoner er nedsatt, det emosjonelle engasjementet er redusert og selvaktelsen er lav. Teorien tar utgangspunkt i at det ikke er traumene i seg selv som forårsaker depresjonen, men tanker om at ingen har kontroll over traumet. (Hummelvoll 2012:203).

**Innadrettet aggresjon:** Hummelvoll (2012) skriver at Freud ser på depresjon som et resultat av at det aggressive instinkt blir rettet mot individet selv. Han mener at aggresjon ikke kan rettes mot den utløsende årsak og at personen som følge av dette vil oppleve skyld. Freud mener at den situasjonen som skaper denne reaksjonen er tap av en person som individet både hater og elsker på samme tid (ambivalens). Individet er imidlertid ute av stand til å uttrykke de aggressive følelsene, fordi de oppleves som upassende og derfor er noe som må undertrykkes (Hummelvoll 2012:203).

**Kjønnsperspektiv:** Heifner (1996) har i følge Hummelvoll (2012) en teori vedrørende hvorfor det er nesten dobbelt så mange kvinner som menn som blir diagnostisert som deprimerte. Forskjellen knyttes til sosiale og kulturelle faktorer (Hummelvoll 2012:203).

#### **4.1.4 Behandling av depresjon**

I følge Helsedirektoratet (2010) kan en depresjon fremstå på forskjellig vis fra person til person. Derfor må behandlingen tilpasses den enkelte. Noen vil ha få og avgrensede problemer, mens for andre kan det være et bredt spekter med vansker som for eksempel med økonomi, familie, arbeid eller somatisk sykdom. Det står videre at en depressiv lidelse kan berøre alle sider ved det å være menneske, som biologiske, psykiske, eksistensielle, sosiale og kulturelle forhold. Det vektlegges at god behandling ofte krever kombinasjoner av flere ulike former for tiltak.

Jeg har valgt og gå kort inn på noen av de mest kjente behandlingsformene i forhold til mild og moderat depresjon, for å skape en større forståelse rundt dette. Jeg vil først gjøre rede for de psykoterapeutiske retningene, før jeg tar for meg medikamentell behandling.

**Kognitiv terapi:** Denne typen terapi ble utviklet av Aaron T. Beck tidlig på 1960 tallet, og hovedsakelig for å behandle depresjon. De gode resultatene man kan oppnå har bidratt til at kognitiv terapi i dag er mye brukt. Utgangspunktet for behandlingen er at man ikke blir deprimerte bare på grunn av hendelser i seg selv, men også ut ifra tankene og fortolkningen en gjør seg om hendelsene. Ved denne typen behandling er man opptatt av måter å tenke på, forholdet mellom hendelser/atferd, følelser og kognisjoner, og hvordan de påvirker hverandre (Eknes 2006:76).

**Kognitiv atferdsterapi:** De kognitive teknikkene som blant annet er utviklet av Albert Ellis og Aron T. Beck har etter hvert blitt blandet med atferds terapeutiske teknikker av enda eldre opprinnelse. Denne blandingen omtales som kognitiv atferdsterapi og omhandler å vektlegge strategier som kan motvirke passiviteten til individet, ved at man forsøker å forsterke initiativ og positive aktiviteter (Eknes 2006:76f).

**Interpersonlig psykoterapi:** I følge Eknes (2006) ble denne metoden utviklet på 1970 tallet av Klerman mfl. Som et tidsbegrenset behandlingsprogram for depresjon. I behandlingen tar man utgangspunkt i sammenhengene mellom stemningsleiet og de mellommenneskelige relasjonene. Behandlingen er manualisert, å gjennomføres gjerne med ukentlige samtaler over 12-20 uker. I denne metoden arbeider man mye med hvordan symptomer spiller seg ut i mellommenneskelige relasjoner, og legger tilsvarende mindre vekt på intrapsykiske forhold (Eknes 2006:77).

**Psykodynamisk terapi:** Målene i denne behandlingsmetoden er i følge Eknes (2006) økt affektbevissthet og evne til å gjenkjenne og uttrykke følelser og behov. Metoden skiller seg eksempelvis ut fra kognitiv atferdsterapi ved å ha en målsetting som er mer beskrevet i relasjons- eller personlighetstermer enn i endring av spesifikke dysfunksjonelle tankemønstre og avgrensede symptomer (Eknes 2006:77).

## **Medikamentell behandling.**

I følge Helsedirektoratet (2010) viser forskning at for mange pasienter med mild og moderat depresjon er det beskjedne forskjeller i virkning mellom antidepressive medikamenter, og såkalt placebo medikamenter. Dette gjelder spesielt ved de lettere formene for depresjon. Antidepressive medikamenter anbefales vanligvis ikke som førstevalg ved milde former for depresjon, da ulempene ved slik behandling her er større enn fordelene.

Antidepressive medikamenter burde i følge Helsedirektoratet (2010) vurderes som et tilbud for personer med mild depresjon, dersom depresjonen vedvarer etter at andre tiltak er forsøkt. De kan også være et tilbud til personer som tidligere har hatt episoder med moderat eller alvorlig depresjon. Det finnes ulike medikamenter mot depresjon, jeg vil her nevne noen av de eldre typene medikamenter, før jeg vil gjøre rede for de mer «moderne» preparatene.

**Trisykliske antidepressiva (TCA):** Disse medikamentene, av den eldre typen, er generelt like effektive som nyere typer, men det er ulempene ved at de har flere bivirkninger og at overdosering kan være livstruende. De vanligste bivirkningene er munntørrehet, tåkesyn, forstoppelse, vannlatingsforstyrrelser og vektøkning (Eknes 2006:130f).

**Monoaminoxidasehemmere (MAO-hemmere):**Innenfor denne gruppen er det den korttidsvirkende og nyere typen moclobemide som viser færrest og mindre alvorlige bivirkninger. De gamle typene, kjent som irreversible MAO-hemmere, har vist seg og ha alvorlige bivirkninger. Fordelen med disse medikamentene er at de ikke gir tretthet, og at seksuell lyst og evne sjelden blir påvirket. Bivirkninger som kan være aktuelle er først og fremst uro, hodepine, søvnproblemer, kvalme og løs mage. Moclobemid er et nyere medikament i denne gruppen, som har færre og mindre alvorlige bivirkninger. Dette er den eneste monoaminoxidase-hemmer som er godkjent brukt overfor depresjon i Norge. Dette preparatet er en reversibel MAO-hemmer (Eknes 2006:133).



**SSRI – preparater (Spesifikke serotonin-reopptakshemmere):** Serotonin er et nødvendig signalstoff for hjernens daglige kontroll av stemningsleiet, og spiller dermed en vesentlig rolle i hjernens fungering under depresjon. Serotonin benyttes i kommunikasjon mellom nerveceller. Når signalstoffet har gitt beskjed videre til neste nerve, fraktes det tilbake til nervecellen det kom fra og nedbrytes der. SSRI gir ønsket virkning ved at serotoninets tilbakeføring til nervecellen hemmes, og dermed ikke brytes ned så raskt. De mest vanlige bivirkningene er kvalme, diaré, uvelhet, hodeverk, tretthet, irritasjon, nedsatt seksuell lyst eller evne, og forsinket orgasmerefleks både hos kvinner og menn (Eknes 2006:134f).

**Serotonin-noradrenalin-reopptakshemmere (SNRI):** Denne typen medikament gir ønsket virkning gjennom å hemme gjenopptagelsen av både signalstoffet serotonin og noradrenalin i hjernen. Dermed øker nivået av serotonin og noradrenalin. Denne typen serotonin-noradrenalin-reopptakshemmere har ingen hemmende effekt på seksuelle funksjoner, men kan gi betydelig tretthet (Eknes 2006:140).

**Noradrenalin-reopptakshemmere (NARI):** Ved bruk av dette medikamentet skjer den terapeutiske virkningen via en spesifikk hemming av gjenopptaket av signalstoffet noradrenalin fra synapsespalten. Dermed øker nivået av noradrenalin. Bivirkninger knyttet til seksualitet forekommer sjeldnere enn ved SSRI-preparater, mens andre bivirkninger forekommer oftere (Eknes 2006:141).

**Tolvon og Remeron:** Dette er to atypiske medikamenter som skiller seg fra de andre nyere antidepressiva ved at de ikke hemmer gjenopptagelsesmekanismen, men indirekte fremmer serotonin- og noradrenalinvirkingen. I motsetning til de andre nyere antidepressiva medfører de gjerne økt tretthet. Andre bivirkninger er økt appetitt, vektøkning og munntørrehet (Eknes 2006:141).

**Benzodiazepiner:** Dette medikamentet brukes ofte ovenfor angst og søvnvansker, som begge deler ofte er knyttet til depresjon. Problemer med Benzodiazepiner er faren for avhengighet, og at man kan utvikle økt toleranse (Eknes 2006:141f).

## **4.2 Fysisk aktivitet**

*«Det som brukes utvikles, det som ikke brukes, forfaller» (Hippokrates, 300 år f.Kr.).*

I følge Martinsen (2004) dekker begrepet fysisk aktivitet alle former for muskelarbeid, og fysisk trening for systematiske treningsopplegg. Det har i senere tid blitt mer vanlig å bruke betegnelsen fysisk aktivitet om mosjonsaktiviteter, der målet er glede, helse og rekreasjon (Martinsen 2004:36).

### **4.2.1 Fysisk aktivitet og dens virkning på kroppen**

I følge Martinsen, Borge og Moe (2011) er det godt dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet medfører bedre regulering av blodsukker og vekt, redusert risiko for visse kreftsykdommer og hjerte- og kar sykdommer, bedre søvnkvalitet og mage- og tarmfunksjon og mindre ryggbesvær. Man kan videre lese at god fysisk helse er gunstig for sinnets helse, og at regelmessig fysisk aktivitet medfører økt velvære og bedret selvfølelse, mindre tretthet og mer energi, samt et bedre forhold til egen kropp (Martinsen m. fler 2011:77).

St. meld. Nr. 16 (2002-2003) « Resept på et sunnere Norge» påpeker at levestillet er avgjørende for folks helse. Et riktig sammensatt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet kan minske forekomsten av hjerte- og karsykdommer i betydelig grad, minske forekomsten av kreft med en tredjepart og forhindre økningen i overvekt og diabetes. Man kan videre lese at mye tyder på at fysisk inaktivitet er i ferd med å bli framtidens store helseproblem. Det står videre at fysisk aktivitet er viktig for muskel-, skjelett- og leddhelse og for psykisk helse, og har også en plass i behandling og rehabilitering av en rekke sykdommer og tilstander.

### **4.2.2 Fysisk aktivitet i behandling av depresjon**

Allerede i 1905 kom den første artikkelen som omtalte fysiske aktiviteter som behandlingsmetode ved depresjon. Det var i følge Martinsen (2004), Franz og Hamilton (1905) som beskrev i dette tidsskriftet hvordan moderat fysisk aktivitet medførte betydelig

endring i tankemessige, kroppslige og følelsesmessige problemer for to deprimerte pasienter (Martinsen 2004:71).

Det er ulike syn vedrørende bruk av fysisk aktivitet i behandling av depresjon, og i følge Eknes (2011) er det flere momenter som kan styrkes ved bruk av aktivitet. Han skriver om at økt fysisk mestring vil gi en økt tro på at man også vil kunne mestre andre forhold. Erfaringene ved fysisk trening kan også gi økt toleranse for fysiologisk aktivering, noe som er nyttig for dem som reagerer med utfordrende atferd ved kroppslige symptomer som har sammenheng med angst, bivirkninger fra medisiner, nevrologiske tilstander eller stress. I følge Eknes (2006) sier Moe (1998) at rastløse personer som sliter med store stressproblemer og mye aggresjon har erfart at fysisk aktivitet har gjort det lettere å kanalisere spenning og aggresjon til noe meningsfullt. Dette har resultert i mindre uro og en opplevelse av lettelse og kontroll (Eknes 2011:235f).

Aktivitetshåndboken (2008) forsterker funnene ytterligere ved å fremheve at det er godt dokumentert at bruk av fysisk aktivitet er svært effektivt i behandling av en rekke sykdommer og tilstander. I en del tilfeller kan fysisk aktivitet erstatte legemidler og i andre redusere behovet for medisiner. Det står videre at resultatet av fysisk aktive levevaner er at forskjellige funksjoner i kroppen blir bedre, for eksempel kondisjon og styrke. Det samme gjelder den mentale helsen, der både depresjon og angst kan reduseres gjennom fysisk aktivitet (Bahr, 2008).

Hummelvoll (2012) påpeker i sin bok «Helt- ikke stykkevis og delt» at det foreligger solid dokumentasjon for at fysisk aktivitet og trening kan forebygge depresjon, og at fysisk aktivitet har en egenverdi i seg selv – særlig i forhold til milde og moderate former for depresjon. Han skriver videre at fysiske aktiviteter burde gå inn som en fast del av ukeprogrammet til mennesker som lider av en depresjon, fordi de opplever kontroll over egen kropp og større velvære (Hummelvoll 2012:210).

Jeg har i tillegg funnet relevant stoff i en artikkel ved navn «Physical Activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients» (Harris, Cronkite og Moos 2006).

Her ble det utført en kvalitativ undersøkelse som strakk seg over en 10 års periode. Pasientene som var med i undersøkelsen var over 18 år, og undersøkelsen ble gjennomført ved målinger over 1 år, 4 år og 10 år. Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken sammenheng det var mellom fysisk aktivitet, treningsmestring og depresjon. Resultatet av dette studiet var at fysisk aktivitet er en effektiv behandlingsform for pasienter som lider av mild til moderat depresjon. Det kom frem at mer fysisk aktivitet ga lavere depresjon, uavhengig av alder, medikamentelle problemer og negative livshendelser. Det kom også frem at det ikke var etterfølgende depresjon etter fysisk aktivitet, og de funn som fremkom vedrørende treningsmestring var sammenlignbare med resultater om fysisk aktivitet. Konklusjonen på undersøkelsen er at ved økt form for fysisk aktivitet så reduseres faren for etterfølgende depresjoner. Det fremkom også av undersøkelsen at det har en spesielt god virkning på personer med medisinske problemer, og som opplever livskriser.

I artikkelen “Effect of Exercise Training on Depressive Symptoms Among Patients With a Chronic Illness – A Systematic Review and Meta-analysis of randomized Controlled Trials” (Herring, Puetz, O`Connoer og Dishman 2011), fremkom det flere relevante funn.

Bakgrunnen for studiet var at fysisk inaktivitet samtidig med depressive symptomer er utbredt blant pasienter som lider av en kronisk sykdom. De estimerte befolkningens effekt av fysisk aktivitet og dens virkning på depressive symptomer, og bestemte om effekten varierte i forhold til pasient karakteristika og modifiserbare funksjoner for eksponering av trening og kliniske innstillinger. Metoden som ble brukt, var en utvelgelse av nitti artikler som involverte 10 534 stillesittende pasienter med en kronisk sykdom.

Disse artiklene krevde (1) en randomisert allokering til en intervensjon av øvelser eller en inaktiv sammenlignbar tilstand, og (2) en depresjon der utfallet vurderes ved baseline, og ved middels- og/ eller post intervensjon. Effektstørrelser ble beregnet, det ble foretatt en evaluering av studie kvaliteten, og tilfeldige effekt modeller ble brukt for å estimere feil under innsamlingen av data samt populasjonsvariansen av de observerte effekter.

Resultatene som kom frem av studiet var at fysisk aktivitet hadde en betydelig reduserende effekt på depressive symptomer av en heterogen gjennomsnittlig effektstørrelse. Den største antidepressive effekten ble oppnådd når (1) baseline depressive symptomer var

høyere, (2) pasientene møtte de anbefalte nivåene av fysisk aktivitet, og (3) utprøvingen av det primære utfallet, hovedsakelig funksjons relatert, ble betydelig forbedret blant de pasienter med depressive symptomer som tyder på mild til moderat depresjon.

Konklusjonen på studiet var at fysisk aktivitet reduserer depressive symptomer blant pasienter med en kronisk sykdom. Det fremkom også at pasienter som har mild til moderat depresjon, og pasienter der fysisk aktivitet forbedrer funksjonsrelaterte problemer, vil oppnå de største antidepressive effektene.

Som det fremkommer her er det mye som tilsier at fysisk aktivitet som behandlingstilnærming på mild til moderat depresjon vil gi en god effekt. Jeg mener at det er flere faktorer som vil spille inn og vil derfor videre ta for meg mestring og selvoppfatning knyttet opp mot fysisk aktivitet.

### **4.2.3 Fysisk aktivitet, mestring og selvoppfatning.**

Martinsen (2004) skriver i sin bok om *mestringstro*. Dette omhandler det å ha troen på at man har de nødvendige ferdigheter til å kunne gjennomføre en oppgave med ønskelig utfall. Ens egen mestringstro vil i følge Bandura (1977) i Martinsen (2004) bestemme valg av atferd, hvilke mål som velges, utholdenhet i oppgaven, motivasjon og anstrengelse, forventninger om å lykkes og hvordan man følelsesmessig reagerer. Når mennesker øker sin fysiske kapasitet og ferdigheter, så kan denne opplevelsen av mestring overføres til andre livsområder. En persons evne til å kontrollere en belastende situasjon betyr mye for hvordan utfallet blir (Martinsen 2004:190).

Den beste kilden til informasjon om mestring kommer fra egne mestringsopplevelser. Martinsen (2004) beskriver hvordan et individ gjennom å gjentatte ganger kunne utlede et handlingsforløp, følge en plan og nå sine mål når han eller hun møter ulike situasjoner og hindringer, vil oppleve å mestre. På den andre siden vil gjentatte mislykkede mestringsforsøk medføre at mestringstroen svekkes. Han fremhever at fysisk aktivitet kan være en effektiv metode for å øke egen mestringstro, fordi den gir gode muligheter til å skape meningsfulle mestringsopplevelser (Martinsen 2004:190f).

Når det gjelder begrepet selvoppfatning beskriver Bunkholdt (2000) dette som de oppfatninger, forestillinger og holdninger en person har om og til seg selv. Selvoppfatning kan derfor best forstås som en fellesbetegnelse på ulike aspekter ved en persons tanker, følelser, vurderinger og forventninger i forhold til seg selv (Bunkholdt 2000:164).

Sigmundsson og Ingebrigtsen (2006) støtter opp dette ved å vektlegge at erfaringer med å mestre bestemte oppgaver eller aktiviteter regnes som en av de viktigste kildene til selvoppfatning. Slike erfaringer regnes som den absolutt viktigste kilden til utvikling og endring av mestringsforventning (Sigmundsson og Ingebrigtsen 2006:72).

Som man kan se her, vil selvoppfatning, og følelsen av mestring trolig kunne påvirke hverandre i stor grad, og spille en vesentlig rolle for andre områder som motivasjon og tankemønstre.

#### **4.2.4 Valg av aktivitet**

I følge Martinsen (2004) vil det være viktig med lystbetonte aktiviteter for mennesker som sliter psykisk. Disse skal være morsomme og gi en god følelse, og skal kunne gjøres sammen med andre, gjerne i en gruppesammenheng der sjansen for å mestre er god

Aktiviteter kan for eksempel være å *gå tur*, noe som er en enkel og god startaktivitet. Det er også en type aktivitet som kan gjøres hvor som helst, samtidig som man kan påvirke progresjonen ved valg av terreng, intensitet, varighet og frekvens. En annen aktivitet er *ballspill*, som krever tilstedeværelse, struktur og samarbeid. Det er også en type aktivitet som gir rom for å være sosial. *Vannaktivitet* er også en aktivitet som kan gi gode muligheter for sosialt samspill og samtidig ufarliggjøre nærkontakt og berøring. Vannets bæreevne vil også utfordre kroppen uten å overbelaste den. Andre typer aktiviteter er lek og allsidig trim. Dette kan være enkle aktiviteter som krever lite utstyr, og hvor man kan tilpasse oppleggene på ulike nivåer, både individuelt og gruppevis (Martinsen 2004:208f).

### **4.3 Motivasjon**

Motivasjon handler om hvordan følelser, tanker, fornuft og ny kunnskap kan gi farge og glød til de handlingene vi utfører.

(Dalland 2011:92).

#### **4.3.1 Viktigheten av motivasjon**

Martinsen (2004) skriver at de fleste mennesker med psykiske lidelser er fysisk inaktive. Det er forhold ved psykiske lidelser som kan gjøre det utfordrende å starte med fysisk aktivitet, og mange sliter med for eksempel depresjon. Dette vil kunne gjøre at små krav føles store i forhold til hva de orker. Gjennom at noen ser og stimulerer deres resurser, ved at de får oppfølging og hjelp, kan de etter hvert oppleve en indre drivkraft til å være fysisk aktive, og når de kommer dit så har aktiviteten blitt selvforsterkende, og ytre påvirkninger vil ikke være nødvendig i like stor grad lenger (Martinsen 2004:197f).

#### **4.3.2 Indre og ytre motivasjon**

I følge Martinsen, Borge og Moe (2011) er det vanlig å skille mellom ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon vil styres av forhold utenfor personen, i form av ulike belønningsmetoder. Kilden til motivasjonen vil med andre ord ligge utenfor det å utføre aktiviteten, og er i stedet knyttet til konsekvensene av utførelsen. Indre motivasjon er motsatt, og basert på indre belønning som tilfredshet, interesse og glede knyttet til aktiviteten som utføres. Egne positive opplevelser, erfaringer, forventninger og kunnskaper blir styrende faktorer. I følge Deci & Ryan (1985) i Martinsen m. fler (2011) vil indre motivasjon er mer stabil og varig, og øker sannsynligheten for at personen fortsetter med fysisk aktivitet også på egenhånd (Martinsen m. fler 2011:81).

#### **4.3.3 Hvordan motivere**

Manglende motivasjon er en utfordring forbundet med fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Mange som sliter psykisk er trette og utladet. Det kan begrense interessen for og gleden ved å delta i fysisk aktivitet. En motivasjons samtale er en av flere

motivasjonsstrategier som kan benyttes. Når man utfører en motivasjonssamtale kartlegger man hva den enkelte vil og kan ha glede av, samt krefter og ressurser, som personen ikke alltid er klar over selv. Med bakgrunn i personens ønsker, interesseområder og forutsetninger, samt behandlingsmål og økonomiske rammer, kan aktivitetstilbud tilrettelegges med mulighet for justering etter behov (Martinsen m. fler 2011:82).

Det er allikevel ikke gitt at man vil lykkes med en slik strategi, da depresjon ofte fører til mangel på glede og lyst. I følge Eknes (2006) vil en deprimert person oppleve mindre glede i livet enn det som før har vært vanlig for han eller henne. Det er derfor ofte ikke å forvente at personen under en markert depresjon skal kunne gjøre ting han eller hun opplever at gir glede. Men det er likevel riktig å jobbe med det som mål. Det vektlegges at man burde gripe fatt i opplevelser eller aktiviteter som gir en viss tilfredsstillelse (Eknes 2006:111). Andre strategier som kan være av betydning er god planlegging og tett oppfølging. Dette vil øke forutsigbarheten og motivasjonen for fysisk aktivitet. For mange bør deltakelse fremheves fremfor prestasjon, og følelse av medbestemmelse og medansvar burde stå sentralt (Martinsen, Borge og Moe 2011:81).

Jeg vil nå ta for meg vernepleierens rolle knyttet opp mot fysisk aktivitet som behandlingstilnærming, depresjon og motivasjon.

#### ***4.4 Vernepleierens rolle i arbeid med personer med depresjon.***

Gjennom utdanningsforløpet i vernepleierstudiet tilegner man seg kunnskap rundt bruk av forskjellige arbeidsmetoder. Jeg vil ta forsøke å skape en bredere forståelse rundt dette for å demonstrere hvordan vernepleieren kan ha en rolle i arbeid med fysisk aktivitet og depresjon.

Linde og Nordlund (2006) skriver i sin bok «Innføring i profesjonelt miljøarbeid» om at vernepleiere arbeider ut ifra en helhetlig arbeidsmodell ved navn AHA (se vedlegg 2). Denne modellen kjennetegnes ved at den har et brukerorientert utgangspunkt og kan anvendes uavhengig av fagområde eller utfordring, dersom man står ovenfor et problem som krever en løsning.



Modellen kan benyttes både på individ og systemnivå, og den er egnet i forhold til ulike typer arbeid. Den helhetlige arbeidsmodellen har en systematisk fremgangsmåte og består av fem faser som står i et gjensidig forhold til hverandre: kartlegging/datainnsamling, analyse, målvalg, tiltak og evaluering (Linde og Nordlund 2006:74f).

Ved bruk av denne modellen går man som vernepleier inn og tenker helhetlig, ved å se på alle livsaspekter til en klient, fremfor kun et bestemt område. Det vektlegges at man i alle faser av arbeidet fokuserer på klientens ressurser, og at valg foretas i samhandling med klienten. Man kan kartlegge en klients hverdags aktiviteter, ressurser og interesser ved bruk av kartleggings skjema, eller samtaler. Dette gjøres i samarbeid med klienten, og gjerne pårørende samt andre faggrupper. Man kan videre analysere spesifikke områder opp mot teori og empiri, og deretter skape målsettinger i samarbeid med klienten som er i tråd med klientens ønsker og behov. Ut i fra dette kan man tilrettelegge for og iverksette tiltak, og deretter evaluere dem i etterkant for å se om de har medført ønsket virkning.

I forhold til fysisk aktivitet kan man gjennom observasjoner og registreringer, for eksempel et spørreskjema, kartlegge hvilke aktiviteter klienten interesserer seg for. Deretter kan man analysere ønskede områder, og sammen med klienten utforme målområder. Et mål kan i denne sammenheng være bedre fysisk helse. Videre kan man utforme tiltak som retter seg mot det spesifikke området samt tilrettelegge for gjennomføring. Dette kan for eksempel være en ukentlig aktivitet, dersom målet er bedre fysisk helse som nevnt ovenfor. Etter gjennomføring av tiltak vil man evaluere for å undersøke om man har nådd målsettinger eller om man eventuelt må foreta justeringer. Man vektlegger i stor grad viktigheten av brukermedvirkning og medbestemmelse ved bruk av denne modellen.

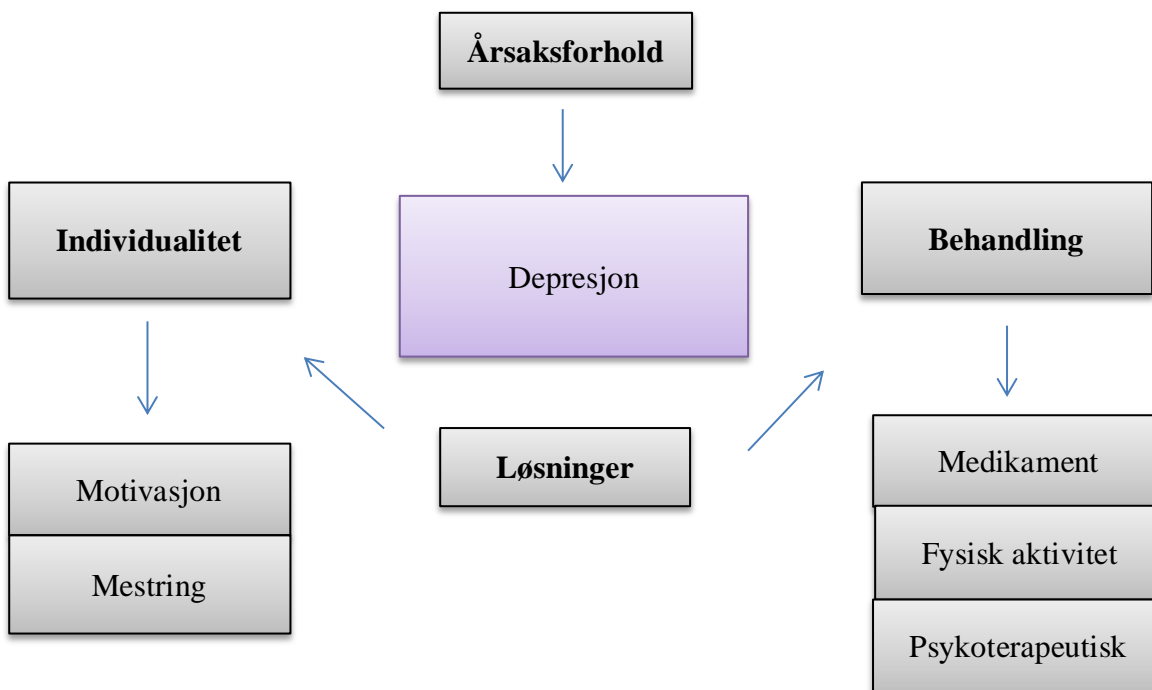
Som vernepleier kan man i tillegg benytte seg av andre strategier som for eksempel en motivasjonssamtale (jfr. kap 4.3). Denne strategien kan eksempelvis benyttes under kartleggingsfasen ved bruk av AHA modellen. Som jeg har nevnt tidligere i oppgaven er dette en samtale der man kartlegger man hva den enkelte ønsker, samt hvilke ressurser som er tilgjengelig. Med bakgrunn i personens interesseområder og forutsetninger, samt behandlingsmål kan man tilrettelegge aktivitetstilbud (Martinsen m. fler 2011:82).

## 5.0 Drøft

### 5.1 Kort sammendrag av funn

Ut i fra det kunnskapsgrunnlaget (jfr. kap 4.0) fremkommer det at en depresjon kan ha mange ulike forklaringer og årsaksforhold, og at det og lide av en mild til moderat depresjon kan ha en markant effekt på hverdagen. Ut i fra den litteraturen jeg har funnet ser man at det er ulike behandlingstilnærminger som kan brukes for å hjelpe mennesker som opplever en depresjon. Jeg har i denne oppgaven lagt mye vekt på fysisk aktivitet, og hvordan virkninger det medfører for både kropp og sinn. Jeg har gått innpå ulike områder i forhold til fysisk aktivitet, og jeg har forsøkt og knytte dette opp mot depresjon. Nedenfor har jeg forsøkt å lage en illustrasjon (figur 1) som viser hvordan ulike faktorene kan inngå i en større helhet. Jeg vil nå presentere noen sider ved denne illustrasjonen og deretter drøfte noen sentrale aspekter ved den opp mot problemstillingen: Hvilken effekt har fysisk aktivitet som behandlingstilnærming på mild til moderat depresjon?

### 5.2 En visuell fremstilling



**Figur 1:** Visuell fremstilling av sentrale faktorer som kan ha betydning for forståelsen av depresjon.

### 5.2.1 Forklaring til visuell fremstilling

Det jeg forsøker å forklare ved denne fremstillingen, er at kunnskapen om mild til moderat depresjon er kompleks og sammensatt. Det betyr også at det ikke er gitt at en depresjon kan løses på en enkel måte, som for eksempel med medisiner alene. Jeg har fått en langt større forståelse for nettopp dette under arbeidet med denne oppgaven. Det er mange ulike faktorer som spiller inn under en depresjon, samtidig som det er flere måter man kan behandle den på. Jeg vil nå gå kort innpå de ulike faktorene.

### 5.2.2 Årsaksforhold

Som man kan se via fremstillingen kan det være ulike årsaksfaktorer som fører til den depressive tilstanden man befinner seg i. Det finnes ulike forklaringsmodeller i forhold til hvorfor en depresjon utløses, og dette bidrar til at en depresjon kan være en kompleks tilstand.

Dersom man ser på den *biokjemiske* forklaringsmodellen tar den utgangspunkt i at depresjonen kommer som følge av både ytre hendelser og genetiske predisposisjon, mens forklaringsmodellen *objekttap* mener at en depresjon skapes i tilknytning til traumatisk atskillelse av personer som står individet nært, og det kan gjelde både fra barndom så vel som i voksenlivet. Modellen som kalles *lært hjelpeløshet* mener på sin side at det ikke er traumer i seg selv som frembringer en depressiv tilstand, men tankene om at ingen har kontroll over traumet. En annen forklaringsmodell, *genetisk betinget*, mener at depresjoner kan gå i arv.

Freud ser på depresjon som et resultat av at det aggressive instinkt blir rettet mot individet selv. Han mener at aggresjon ikke kan rettes mot den utløsende årsak og at personen som følge av dette vil oppleve skyld. Denne modellen kalles *innadrettet aggresjon*. En annen forklaringsmodell kalles *kognitiv teori*, og her mener man at en depresjon oppstår som følge av at ens tankeprosesser er forstyrret. Dette fører igjen til en negativ og depressiv tilstand. Den siste forklaringsmodellen kalles *kjønnsperspektiv*, og denne teorien handler om at det er flere kvinner som lider av depresjon, enn menn. Modellen tar utgangspunkt i at dette skyldes sosiale og kulturelle faktorer (Hummelvoll 2012:202f).

Som det fremkommer, er det ulike årsaker til at man befinner seg i en depressiv tilstand, og i følge Eknes (2006) vil ikke nødvendigvis en depresjon utvikle seg hurtig. En depresjon kan utvikle seg over lang tid, og derfor oppfattes symptomene ofte som normale (Eknes 2006:26).

### 5.2.3 Behandlingsmetoder

Det er flere synspunkter på behandling av depresjon, så vel som ulike behandlingsmetoder. Noen mener at ulike behandlingsmetoder innenfor *psykoterapeutiske retninger* har best effekt, mens andre mener at *medikamentell behandling*, eller gjerne en kombinasjon av disse, vil være det som har best effekt. Det er også mange som mener at *fysisk aktivitet* er en virkningsfull behandlingsmetode. Forskning tyder i stor grad på at fysisk aktivitet har en positiv effekt på mild til moderat depresjon, som man også kan se ut ifra mine funn i teori kapittelet. Men det som er riktig for en person, trenger ikke være riktig for alle?

Jeg har skrevet «løsninger» som et av punktene ved min visuelle fremstilling. I loddrett linje, helt øverst, står det «årsaksforhold». Jeg har gjort det på denne måten fordi jeg ønsker å markere at på samme måte som en depresjon kan ha ulike årsaksforhold, vil det også kunne være ulike løsninger for å bli frisk. Dersom en depresjon kommer som følge av et traume, kan psykoterapeutisk behandling være best løsning da det vil innebære mye samtalebehandling, mens for noen som er genetisk disponert og kanskje opplever kronisk depresjon, kan medikamenter være riktig. Dette er og forblir meget individuelt, men jeg mener at uavhengig av årsaksforhold, så vil fysisk aktivitet i større eller mindre grad kunne ha en positiv effekt i behandling av depresjon.

### 5.2.4 Individualitet

I fremstillingen har jeg skrevet opp *individualitet, mestring og motivasjon*. Jeg mener dette er tre ord av stor betydning, som burde vektlegges. Alle tre vil spille en signifikant rolle i hvilken løsning som blir valgt, og om den vil ha ønsket virkning. Vi mennesker er forskjellige, om som nevnt tidligere vil også en depresjon utløse seg og oppleves ulikt (Eknes 2006:29f).

Det er derfor viktig å se hvert enkelt individ. Hva motiverer enkeltindividet? Hvilke forutsetninger har individet for å mestre? Spørsmål som dette vil kunne spille en rolle med hensyn til hvilken behandlingsmetode som vil egne seg. For eksempel vil en person som tidligere har positiv erfaring fra å være fysisk aktiv sannsynligvis være mer motivert for å benytte seg av fysisk aktivitet i behandling, fremfor en person som ikke har noen positive mestringsopplevelser på gitt område. Som det fremkommer av mine teoretiske funn i oppgaven er det viktig og ta utgangspunkt i interesser den deprimerte har hatt på tidligere tidspunkt, når man skal forsøke å aktivisere vedkommende. I noen tilfeller kan det kanskje være aktuelt med medikamentell behandling inntil personen føler seg bedre, og eventuelt ønsker og starte med fysisk aktivitet?

Et annet eksempel kan være at man sliter med traumer, og at samtale terapi derfor burde prioriteres først i behandlingssammenheng, fremfor en annen metode. Det jeg forsøker og vise er at disse ulike faktorene vil ha en innvirkning på hverandre. Hvordan man er som individ og hvordan man opplever ens egen depresjon vil være av betydning. Derfor burde også behandlingsmetoden tilpasses ut ifra ens syn, holdninger og ønsker.

Jeg har nå brukt disse momentene for å forsøke å forklare helheten av faktorer som kan spille inn i forhold til en depresjon. Jeg vil nå bevege meg videre og drøfte fysisk aktivitet som behandlingstilnærming.

### ***5.3 Effekten av fysisk aktivitet som behandling av depresjon***

Dersom man ser på de empiriske funn jeg har gjort i oppgaven, ser man at fysisk aktivitet i følge forskning ofte viser seg og ha en positiv effekt i behandling av mild til moderat depresjon (jfr. kap 4.2). I følge artikkelen «Physical Activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients», fremkommer det at fysisk aktivitet over tid vil bidra til å lette depressive symptomer og at ved økt form for fysisk aktivitet så reduseres faren for etterfølgende depresjoner (Harris m. fler. 2006).

Fysisk aktivitet kan medføre flere virkninger som kan være av betydning for en person som befinner seg i en depressiv tilstand. I tillegg til en generelt bedre fysisk form kan man

oppleve økt følelse av velvære og trivsel, og en bedre selvfølelse. At man bedriver fysisk aktivitet vil også kunne gjøre at man opplever bedring i forhold til søvnproblemer, som ofte er et kjent problem under en depresjon. Jeg erfarte selv fra mitt arbeid med ungdommer i fordypningspraksis, at fysisk aktivitet kan starte en kjede av positive helsegevinster når man gjør det til en rutine og bruker kroppen aktivt. Under praksisen hadde jeg mange samtaler med en klient som slet med søvnproblemer, tunge tanker og liten matlyst som følge av rusproblematikk. Denne personen ga uttrykk for at det hjalp å være fysisk aktiv, da det både bedret humøret, matinntaket og økt tretthet. Han opplevde også en mindre trang til og ruse seg, og erfarte at negative tanker ble mindre tilstedeværende.

Når man skal knytte behandlingsmetoder opp mot fysisk aktivitet, og hvordan effekt det kan ha som behandlingen av depresjon, er det flere momenter man må se på. Dersom man tar utgangspunkt i forklaringsmodellen kognitiv teori (jfr. kap 4.1) så vil mennesker oppleve symptomer på depresjon fordi deres tankeprosesser er forstyrret. Depresjonen blir ansett som et kognitivt problem, som vil domineres av enkeltindividets negative vurdering av seg selv og alt rundt seg. En av de mest kjente psykoterapeutiske behandlingsmetodene, kalt kognitiv atferdsterapi, har fokus på vektlegging av strategier som kan motvirke denne passiviteten som individet føler på. Dette gjør man ved å forsøke en forsterkning av initiativ og positive aktiviteter (Eknes 2006:76). Kan det her gi en positiv effekt å bruke fysisk aktivitet som en strategi som man igjen forsterker?

Eksempelvis kan man ta utgangspunkt i at fjellturer gjør at «Ola» opplever mestringsfølelse og glede. Kan det da gi gode resultater dersom man tilrettelegger for at Ola skal gå tre faste turer til fjellet per uke, for å forsterke den mestringsfølelsen det skaper? Ola vil da på sikt kunne bruke denne strategien selv for å lette sine depressive symptomer, og han kan utføre strategien hyppigere dersom han ønsker det, ved å øke antall fjellturer per uke.

Som det fremkommer i oppgaven (jfr. kap 4.1) vil man under en depresjon ofte oppleve ulike utfordringer. For eksempel kan det å møte til riktig tid være en krevende oppgave dersom man har søvnproblemer. I fordypningspraksis opplevde jeg at min klient syntes det var meget utfordrende å komme seg opp om morgenen for å delta i aktivitet. Dette var på grunn av hans søvnvansker som følge av depresjon. I mitt samarbeid med denne personen,

erfarte jeg at tilrettelegging i forhold til tidspunkt for aktivitet spilte en stor rolle. Det var lettere for han og møte en time senere, og jo flere ganger han kom seg til trenings tidsnok, så var det en mestringsopplevelse i seg selv. Dette motiverte han i enda større grad til å opprettholde den fysiske aktiviteten, som igjen ga resultater og økt motivasjon.

Dersom en som helsepersonell klarer å motivere klientene til å ønske endring i sin livssituasjon og kan tilrettelegge for gjennomføring av tilpasset aktivitet, så vil dette på sikt kunne ha en enorm betydning for utfallet. Den klienten jeg nevnte ovenfor, gikk ned 10 kilo under perioden vi samarbeidet, og han fortalte meg at han ble i bedre humør etter gjennomført aktivitet. Dette eksempelet kan knyttes til mitt punkt i den visuelle fremstillingen, kalt individualitet. Alle er forskjellige, med ulike holdninger, interesser og behov. Som det kommer frem tidligere i oppgaven vil også en depresjon oppleves forskjellig, grunnet at individene er ulike. Jeg tror det er uhyre viktig og se an den man skal arbeide med samtidig som man gir rom for brukermedvirkning og deltakelse.

Dette gjelder også ulike aktivitetstyper, som må tilpasses den enkelte for at det skal kunne fremme trivsel, motivasjon og progresjon. Her vil eventuelle medikamenter kunne spille en rolle. Hva slags bivirkninger opplever klienten, og vil de medføre begrensinger for valg av aktivitet, eller tidspunkt for aktivitet? Alt dette er momenter som kan være med på å påvirke hvilken effekt fysisk aktivitet vil ha i behandlingen. Dersom disse faktorene blir tatt hensyn til og pasienten selv er delaktig i prosessen, vil det å bruke fysisk aktivitet som behandlingstilnærming kunne medbringe gode resultater.

I følge Aktivitetshåndboken (2008) vil fysisk aktivitet ha en positiv effekt ved depresjon både for å hindre depresjonsepisoder og for å behandle dem, så vel akutt som på lengre sikt. Det står videre at det er en fordel at den fysiske treningen skjer parallelt med vanlig behandling med medisiner og samtale (Bahr, 2008).

Jeg vil også vektlegge viktigheten av samtaler og evaluering underveis i behandlingsprosessen. Dette grunnet at man da vet mer om hvilken effekt det har på klienten, og deretter eventuelt kan tilpasse og individualisere ytterligere. Det vil også kunne hjelpe vedkommende til å reflektere over egen situasjon og progresjon. Jeg opplevde i fordypningspraksis at min klient ble ytterligere motivert når jeg målte varigheten på kondisjon treningen hans per treningsøkt. Mine registreringer viste at han

syklet tjuefem minutter per økt, fremfor fem minutter per økt som han gjorde kun to uker tidligere. Dette gjorde at min klient både opplevde økt motivasjon og fikk en ny mestringsopplevelse. Under treningen syklet jeg ved siden av, og vi hadde samtaler om hans situasjon samt hva han ønsket å endre. Dette skapte både en trygg og god relasjon, samt at jeg var der som en støttespiller under selve aktiviteten.

Dersom fysisk aktivitet skal kunne bidra til å lette de depressive symptomene, vil man i hjelperollen ha et signifikant ansvar, spesielt i startfasen. Martinsen (2004) tar for seg dette og vektlegger at de som skal tilrettelegge for fysisk aktivitet burde inneha kunnskaper om ulike måter å motivere på. Han påpeker at aktiviteter som av klienten oppleves som normale og trygge ofte vil bidra til at man både føler seg sett og hørt, noe som vil gjøre at grenser flyttes og en skaper en følelse av tilhørighet (Martinsen 2004:199). Man må allikevel huske at det er svært individuelt hvilken behandlingsmetode som egner seg best, og viktigheten av å inkludere klienten i behandlingsprosessen.

Tidligere funn i oppgaven (jfr. kap 4.2) tilsier at det er mye inaktivitet blant deprimerte. Når det gjelder valg av fysisk aktivitet i forhold til personer som lider av depresjon mener jeg det kan være et godt utgangspunkt å starte med spaserter. Dette er en aktivitet der man kan velge varighet og intensitet selv, og en aktivitet man kan utføre alene eller sammen med andre. Som nevnt tidligere i oppgaven, vil ofte en depresjon føre til at man trekker seg tilbake fra det sosiale (Eknes 2006:40f). En aktivitet som fremmer sosial deltagelse vil derfor være positivt i forhold til tilfriskningsprosessen. Andre aktiviteter som kan være gode i startfasen er svømming, der man ikke belaster kroppen i for stor grad, og som også gir rom for å være i relasjon med andre, dersom man ønsker det. Andre aktiviteter kan være ballspill, styrketrening, ridning m. mer. Det som er viktig er at aktiviteten gir rom for mestring, tilpassede utfordringer og motivasjon. Dersom man opplever en aktivitet som noe positivt, vil det gjøre at man ønsker og delta igjen (Martinsen 2004:208f).

#### **5.4 Vernepleierens rolle**

I følge st. meld. 34 «Folkehelsemelding» (2012-2013) er deres mål at mennesker med psykiske helseproblemer skal kunne leve et verdig og mest mulig vanlig liv. Målet er å



skape en mest mulig sammenhengende og helhetlig tjeneste tilpasset den enkeltes behov. For å oppnå dette må tjenesten være tilgjengelig, den må fremme uavhengighet og selvstendighet for den enkelte og legge til rette for størst mulig grad av mestring av eget liv.

Som vernepleier lærer man å arbeide etter en helhetlig arbeidsmodell (jfr. kap 4.4) som omhandler kartleggingsarbeid, analyse, målvalg, tiltaksarbeid og evaluering. Under dette arbeidet tar en utgangspunkt i individet, og ser nøye på hele situasjonen. En foretar en kartlegging basert på klientens interesser, ressurser, miljøfaktorer, rammebetingelser, utfordringer og ønsker/behov. Videre velger man ut spesifikke områder som en analyserer opp mot teoretiske funn og empiri, før man utarbeider målvalg og deretter utformer tiltak (se vedlegg 2). I slutfasen evaluerer man grundig, for å undersøke om tiltaket har gitt ønsket effekt. Ved bruk av den helhetlige arbeidsmodellen vektlegges brukermedvirkning og man samarbeider tett med både klienten, pårørende samt andre faggrupper.

Dette gjør at vernepleieren kan hjelpe enkelt individet på flere områder, med sikte på å gjøre hverdagens hinder mindre. Med en helhetlig tenkemåte og tilnæringsmetode vil vernepleieren kunne ha en merkbar rolle innenfor arbeid med depresjon og fysisk aktivitet, da en arbeider med alle aspekter rundt individet. En vernepleier innehar i tillegg kompetanse på områder som omhandler relasjonsbygging, mestring og kommunikasjon. Disse områdene vil spille en markant rolle i arbeid med fysisk aktivitet som behandlingstilnærming ved at de har betydning innenfor blant annet motivasjonsarbeid.

Her kan man se relevansen av kompetansetrekanten (se vedlegg 1) som jeg har gjort rede for tidligere i oppgaven (jfr. kap 2.0). Dette er en trekant bestående av tre deler; teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. De tre aspektene kommer til uttrykk samtidig, i alle yrkesrelaterte handlinger og samhandling (Skau 2006:57f).

I forhold til fysisk aktivitet som behandlingstilnærming vil det å inneha personlig kompetanse innenfor fysisk aktivitet spille en betydelig rolle. Dersom en sitter med gode yrkesrelaterte ferdigheter og faglig kunnskap i tillegg, vil dette være av stor betydning i forhold til arbeid med klienter og de resultater en vil oppnå.

## 6.0 Oppsummering og avslutning

Jeg har lagt frem teoretiske funn hovedsakelig innenfor områdene depresjon og fysisk aktivitet. Jeg har sett på årsaksforklaringer, behandlingsmetoder, effekter og faktorer som er av betydning. I forhold til problemstillingen er det intet fasitsvar, men forskning og litterære funn tilsier at fysisk aktivitet vil ha en positiv og helsefrembringende effekt som behandlingstilnærming på mild til moderat depresjon.

Det fremkommer at det å være fysisk aktiv kan føre med seg mange goder både i forhold til psykisk og fysisk helse. Jeg tror ut i fra mine funn at fysisk aktivitet vil ha best effekt kombinert med en annen behandlingstype, kanskje spesielt innenfor de psykoterapeutiske behandlingsformene. Dersom en kan arbeide aktivt med tankemønstre og følelser både ved samtale og fysisk aktivitet, kan dette bidra til å skape gode endringer.

Når jeg ser på de funn jeg har gjort både litterært og forskningsmessig, så anser jeg det som nødvendig at fysisk aktivitet blir mer inkludert som behandling av mild til moderat depresjon. Og jeg stiller meg undrende til hvorfor dette ikke er mer utbredt? Det er en forholdsvis «enkel» behandlingsmetode, som ikke behøver å medføre store økonomiske kostnader. Et steg i riktig retning hadde vært å berike flere helsepersonell med økt kunnskap og kompetanse om hvordan en kan bruke fysisk aktivitet i sammenheng med behandling. Jeg sitter igjen med spørsmål på tampen av denne oppgaven. Jeg undrer på om det i år 2014 har blitt en «lettvinnt løsning» å utføre medikamentell behandling? Om det er tilfellet, skyldes det mangel på kompetanse, eller mangel på nytenkning?

Som kommende vernepleier vil jeg fortsette å benytte meg av min kompetanse innenfor fysisk aktivitet der jeg kan. Jeg vil bruke mine kunnskaper og ferdigheter både i forhold til psykisk helse, og også innenfor rusomsorgen, der jeg allerede benytter meg av fysisk aktivitet i forhold til oppfølging. Jeg mener at for mange vil det ha en nesten utelukkende positiv effekt, mentalt og fysisk – og at det er en effektiv relasjonsbygger. Selv om jeg har et positivt syn på fysisk aktivitet er jeg også klar over de negative konsekvenser som kan oppstå, selv om jeg valgte å utelukke dem fra oppgaven. Dette er noe man som helsepersonell må ha integrert i sitt tankesett når man skal inkludere fysisk aktivitet i en behandlings prosess. Dette er en metode, som i likhet med andre metoder, ikke passer til

alle og enhver. Jeg tror allikevel at fysisk aktivitet kan hjelpe langt flere enn vi er klar over. Jeg ønsker derfor å fortsette å tilegne meg personlig kompetanse på dette området, samt økt kunnskap vedrørende motivasjons strategier og relasjonskompetanser.

## 7.0 Litteraturliste

(\* = pensum på vernepleierstudiet)

\*Aadland, Einar (2004). «Og eg ser på deg...». *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

\*Bie, Kristin (2010). *Refleksjonshåndboken*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

\*Bunkholdt, Vigdis (2000). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

\*Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Dalland, Olav (2010) 2011). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Eknes, Jarle (2006). *Depresjon og Mani*. Oslo: Universitetsforlaget.

\*Eknes, Jarle (2011). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvold, Jan K (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, Egil W (2004/2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse og kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sigmundsson, Hermundur og Jan. E Ingebrigtsen (2006). *Idrettspedagogikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

\*Skau, Greta M (2005). *Gode fagfolk vokser*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

\*Snoek, Jannike E. og Knut Engedal (2008). *Psykiatri: kunnskap, forståelse og utfordringer*. Oslo: Akribe Forlag.

#### Nettkilder:

Aktivitetshåndboken (2008). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. På internett: (<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf>) (Lest 20.05.2014)

Helsedirektoratet (2010). *Veiviser i møte med helsepersonell. Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon*. På internett:

(<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiviser-i-mote-med-helsepersonell---informasjon-til-brukere-og-paerørende-om-anbefalt-behandling-av-depresjon/Publikasjoner/veiviser-i-mote-med-helsepersonell-informasjon-til-brukere-og-paerørende-om-anbefalt-behandling-av-depresjon.pdf>) (Lest 23.05.2014).

Regjeringen: Stortingsmelding nr. 16. «*Resept for et sunnere Norge*» (2002-2003). På internett:

(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-/14/3/3.html?id=328758>) (Lest 16.04.2014).

Fellesorganisasjonen: «Om vernepleieryrket». På internett:

([https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/\\_Om%20Overnepleieryrket\\_A5.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20Overnepleieryrket_A5.pdf)) (lest 08.04.2014).

Regjeringen: Stortingsmelding nr. 34. «Folkehelsemelding» (2012–2013). På internett:

(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013/5/4/2.html?id=723892>) (Lest 20.05.2014)

WHO (2001) « The global Burden of Disease» På internett:

(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606687709>) (Lest 24.05.2014)

#### Forsknings artikler:

Harris, Alex H. S.; Cronkite, Ruth; Moos, Rudolf (2006). *Physical Activity, exercise coping and depression in a 10 year cohort study of depressed patients. Journal of Affective disorders Vol. 93(1-3,) ss. 79 -85.* [Online].

Tilgjengelig fra URL: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032706000905>) (Nedlastet 21.04.2014).

Herring, Matthew P.; Puetz, Timothy W.; O`Connoer, Patrick J.; Dishman, Rodney K. (2011). *Effect of Exercise Training on Depressive Symptoms among Patients with a Chronic Illness – A systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials.* [Online].

Tilgjengelig fra URL: (<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1108677>) (Nedlastet 21.04.2014).

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1.

Kompetansetrekant (Skau 2006)

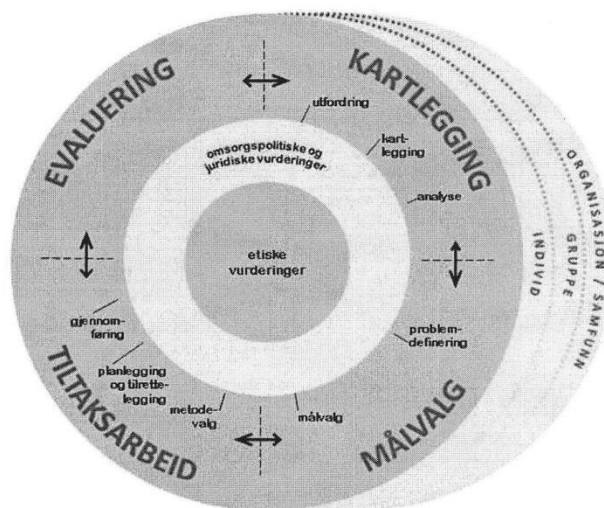
*Samlet profesjonell kompetanse*



## 8.2 Vedlegg 2

### Helhetlig arbeidsmodell (Fagplan 2012)

Vedlegg 1 Helhetlig arbeidsmodell



Modellen illustrerer at vernepleieres arbeidsmåte kan forstås som en prosess og at de ulike fasene står i et gjensidig forhold til hverandre. I alle faser må vernepleiere samarbeide med og være lydhøre overfor tjenestemottaker og pårørende. Etiske dilemmaer og avveininger, samt omsorgsideologiske og juridiske vurderinger fokuseres det på i alle faser. Utpeking av satsingsområder og påfølgende prioriteringer skal ha sammenheng med hvilke mål som er sentrale for tjenestemottaker (fra FO's brosjyre "Om vernepleieryrket", s. 16). Høgskolen i Molde – Fagplan 2012