



De tewerkstelling van personen met ernstige psychische aandoeningen in het regulier arbeidscircuit is laag. De integratie van psychomotorische en mentale training in de arbeidsrehabilitatie verhoogt de tewerkstelling. Een verbeterde fysieke en mentale gezondheid, veerkracht en cognitief functioneren faciliteren immers het rehabilitatieproces en de tewerkstelling. Personen met psychische aandoeningen cumuleren meerdere barrières ten aanzien van deelname aan bewegingsprogramma's. Om die hindernissen te overwinnen hebben ze nood aan motivationele ondersteuning. Patiënten motiveren tot bewegen is een van de kernopdrachten van de psychomotorisch therapeut. In deze bijdrage worden enkele theoretische modellen rond motiveren tot bewegen besproken. Tevens geven we concrete handvatten voor de klinische praktijk.

MOTIVEREN TOT BEWEGEN

PSYCHOMOTORISCHE TRAINING IN DE ARBEIDSREHABILITATIE BIJ PSYCHISCHE AANDOENINGEN



**Jan Knapen, Annick Mysza,
Yves Moriën**
AZERTIE, Zonhoven

Psychische aandoeningen, zoals depressie, autismespectrum-, angst-, persoonlijkheids-, en somatisch-symptoomstoornissen gaan vaak gepaard met werkverzuim. Psychische aandoeningen zijn volgens het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) (1) de belangrijkste oorzaak van invaliditeit, namelijk in 34,83% van de gevallen.

Werk hebben is voor mensen met een psychische aandoening niet alleen noodzakelijk om in hun levensonderhoud te voorzien, maar het bepaalt ook hun sociale status, identiteit en zelfbeeld. Echter, voor hen is werk zoeken, vinden en behouden geen sinecure. In de geestelijke gezondheidszorg werd in het verleden relatief weinig aandacht besteed

aan werkhervatting. De laatste jaren is er vanuit de vermaatschappelijking van de zorg bijzondere aandacht voor arbeidsrehabilitatie (2). Re-integratie in het (regulier) arbeidscircuit is voor deze doelgroep een essentiële factor in het herstelproces.

Teneinde de arbeidskansen van deze kwetsbare groep te verhogen ontwikkelde AZERTIE, een centrum voor arbeidsrehabilitatie, in 2010 het *I Care*-concept, een combinatie van psychomotorische en mentale training, als additionele ondersteuning tijdens de arbeidstrajectbegeleiding voor personen met een psychische aandoening. Het *I Care*-programma is bestemd voor werkzoekenden met psychische aandoeningen, vaak in combinatie met (psycho)somatische gezondheidsproblemen, die na een lange inactiviteitsperiode op zoek zijn naar werk in het regulier arbeidscircuit. Het *I Care*-concept is gebaseerd op de wetenschappelijke evidentie van psychomotorische en mentale training op de psychische en somatische gezondheid van deze kwetsbare groep (3-6). Het *I Care*-programma focust op de belangrijkste persoonsgebonden succesfactoren in de arbeidsrehabilitatie.

Een tekort aan lichaamsbeweging is naast andere ongezonde leefstijlfactoren een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van welvaartziektes zoals obesitas, diabetes type 2, metabool syndroom en cardiovasculaire aandoeningen. Gezien de wederzijdse beïnvloeding tussen psychische en somatische aandoeningen dreigen deze personen in een vicieuze cirkel terecht te komen. Een belangrijk argument voor het integreren van psychomotorische training in de arbeidsrehabilitatie is het contrast tussen enerzijds de voordelen van fysieke activiteit op de mentale en somatische gezondheid en anderzijds de problematiek van fysieke inactiviteit van personen met psychische aandoeningen.

Personen met psychische aandoeningen cumuleren meerdere barrières ten aanzien van deelname aan bewegingsactiviteiten, zoals een laag zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen, sociale angst en angst om te bewegen (kinesiofobie), weinig energie en motivatie, een zwakke fitheid, somatische gezondheidsproblemen, overgewicht, hulpeloosheid en hopeloosheid (7). Om die hindernissen te overwinnen hebben ze nood aan motivationele ondersteuning.

Werk hebben is voor mensen met een psychische aandoening niet alleen noodzakelijk om in hun levensonderhoud te voorzien, maar het bepaalt ook hun sociale status, identiteit en zelfbeeld.

Het *I Care*-team rapporteert over de tewerkstellingsresultaten in medische tijdschriften. Daarvoor verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar twee recente publicaties (7, 8). Samengevat kunnen we stellen dat de integratie van psychomotorische en mentale training in de arbeidsrehabilitatie de tewerkstelling sterk verhoogt.

Personen die lijden aan psychische aandoeningen zijn over het algemeen fysiek minder actief dan de algemene populatie (3).

Daarom is patiënten motiveren tot bewegen een van de kernopdrachten van de psychomotorisch therapeut. In dit artikel komen enkele theoretische modellen rond motiveren tot bewegen en concrete handvatten voor de klinische praktijk aan bod.

Niets is zo praktisch als een goede theorie

Gezondheids promotie en leefstijl interventies zijn gebaseerd op verschillende theoretische

modellen. Die modellen zijn ontstaan vanuit de behoefte om de onderliggende psychologische processen van het gezondheidsgedrag (o.a. bewegingsgedrag, eetgewoonten, roken en alcoholgebruik) wetenschappelijk te onderbouwen. Verandering van het gezondheids- en bewegingsgedrag wordt verklaard door processen op individueel en maatschappelijk niveau.

Modellen op individueel niveau

Het Health Belief Model

De basiscomponenten van het *Health Belief Model* werden ontleend aan verschillende psychologische theorieën die veronderstellen dat gedrag afhankelijk is van het verwachte effect van het gedrag en de waarde die de persoon hecht aan het effect. Bijvoorbeeld, Brecht gelooft dat regelmatig joggen zal leiden tot gewichtsverlies, maar hij hecht niet zoveel belang aan gewichtsccontrole, dus jogg hij niet. Sofie verwacht ook dat beweging leidt tot gewichtsverlies, maar zij vindt het wel belangrijk om er slank uit te zien. Daarom besluit ze om lid te worden van een joggingclub.

Het *Health Belief Model* gaat ervan uit dat mensen slechts zullen overwegen hun gedrag aan te passen als ze hun gezondheid bedreigd zien (9). Met het vooruitzicht op ziekte maken ze een kosten-batenanalyse. Volgens het model zijn mensen bereid tot gedragsverandering indien:

- ze geloven dat ze vatbaar zijn voor de ziekte;
- ze geloven dat de ziekte ernstige gevolgen heeft;
- ze geloven dat gedragsverandering de vatbaarheid voor de ziekte zal verminderen;
- ze geloven dat de voordelen van gedragsverandering groter zijn dan de nadelen;
- ze prikkel ervaren die gedragsverandering uitlokken. Die kunnen zowel intern zijn (bv. het waarnemen van lichamelijke symptomen) als extern (bv. het overlijden van iemand uit de naaste omgeving of het zien van een gezondheids campagne);
- ze erop vertrouwen dat ze het gezondheidsbevorderende gedrag succesvol kunnen uitvoeren.

Mogelijke veranderingsstrategieën volgens het *Health Belief Model*:

- vatbaarheid: geef informatie op maat van het individu, help het persoonlijke risico in te schatten;
- ernst: specificeer de gevolgen van een ziekte;
- voordelen: leg uit wat de te verwachten positieve effecten zijn;
- nadelen: stel gerust, corrigeer foutieve percepties of informatie;
- actieprikkels: herinner aan het gezonde gedrag;
- zelfeffectiviteit: formuleer progressieve doelstellingen op basis van de individuele mogelijkheden en beperkingen.

Theory of Planned Behavior

Volgens dit model wordt de intentie tot gedragsverandering gedetermineerd door de attitude ten aanzien van het gedrag, de sociale norm en de gepercipieerde controle (10). De attitude wordt beïnvloed door de opvattingen van een persoon over de consequenties van het gedrag, de zogenaamde *beliefs* (overtuigingen), en door de persoonlijke evaluatie van die consequenties. Een voorbeeld van een overtuiging of *belief* is: “beweging is goed voor je hart.” Een voorbeeld van een evaluatie is: “een goed hart hebben is voor mij belangrijk.”

De sociale norm wordt bepaald door de opvattingen van anderen (is de persoon van mening dat significante anderen vinden dat hij/zij het gedrag moet stellen?) en de mate van instemming met die meningen. Een voorbeeld van een normatieve opvatting is: “mijn partner vindt dat ik meer moet bewegen”, terwijl “ik trek me veel aan van wat mijn partner zegt” een voorbeeld is van de mate van instemming met de opvatting van een significante andere.

De gepercipieerde controle is de overtuiging omtrent hoe moeilijk of gemakkelijk het uitvoeren van het gedrag is. Gepercipieerde controle wordt geoperationaliseerd door zowel vroegere ervaringen die ervoor zorgen dat een bepaald gedrag evolueert tot gewoontegedrag als door de aan- of afwezigheid van barrières.

Het Stages of Change Model

Het *Stages of Change Model*, ontwikkeld door Prochaska en DiClemente, beschouwt gedragsverandering als een proces van zes opeenvolgende stadia: de voorbeschouwingsfase, de beschouwingsfase, de voorbereidingsfase, de actiefase, de behoudsfase en tot slot de eindfase (11). In elk stadium zijn specifieke ervaringsprocessen – bewustwording, emotionele beroering, zelfevaluatie, evaluatie door anderen – dominant werkzaam. Elk stadium vereist specifieke therapeutische interventies.

De fasespecifieke aanpak hanteert de meest efficiënte interventies in functie van de noden en het motivationele stadium van het individu. Het uitgangspunt is de dialoog met de cliënt met als doelstelling de overgang naar een volgende fase te faciliteren.

Stadium 1: de voorbeschouwingsfase. In dit stadium hebben de mensen niet de bedoeling om in de nabije toekomst actie te ondernemen. De voornaamste reden is meestal gebrek aan kennis en vandaar weinig of geen motivatie. In deze fase zijn

mensen niet op de hoogte van de positieve effecten van lichaamsbeweging. Kennistoename is een noodzakelijke maar geen doorslaggevende voorwaarde. Zonder voorlichting geen verandering, maar ‘weten’ is niet gelijk aan ‘doen’.

Stadium 2: de beschouwingfase of overwegingsfase. In dit stadium hebben mensen de intentie om hun gedrag in de nabije toekomst te veranderen. Het afwegen van de voor- en nadelen van beweging is essentieel. Zodra de kosten-batenanalyse positief uitvalt, zal de bereidheid tot actie groeien.

Stadium 3: de beslissings- en voorbereidingsfase. In deze fase wordt de knoop doorgehakt. De persoon neemt de beslissing iets aan zijn sedentair gedrag te doen en maakt concrete plannen om in de nabije toekomst actie te ondernemen.

Patiënten motiveren tot bewegen is een van de kernopdrachten van de psychomotorisch therapeut.



TIPS VOOR HET INDIVIDU

- Kies een activiteit waar u plezier aan beleeft; ga na welke activiteit u vroeger als aangenaam ervaren hebt.
- Het groepsaspect is belangrijk omdat depressieve mensen de neiging hebben zich sociaal te isoleren. Sluit u aan bij een wandel- of badmintonclub.
- Leer luisteren naar de signalen van uw lichaam. Het is niet nodig om steeds uw grenzen te verleggen. Te zware inspanningen kunnen immers negatieve gevoelens versterken.
- Vermijd competitie en prestatiedruk, in het bijzonder wanneer u zeer onzeker bent. Vergelijk u niet met anderen, maar evalueer uw persoonlijke psychische en lichamelijke vooruitgang. Het is vooral belangrijk dat u ervaart dat u zelf uw geestelijke en lichamelijke gezondheid kunt verbeteren.
- Bij aanvang van nieuwe bewegingsactiviteiten kunnen tijdelijk lichamelijke en psychische ongemakken optreden, zoals spierpijn of angst voor bepaalde lichamelijke sensaties (verhoogde hartfrequentie, versnelde ademhaling). Zorg daarom voor een goede opwarming en stretching na de activiteit en bouw uw inspanningen vooral rustig op.
- Vraag advies aan uw arts indien u lichamelijke problemen hebt en/of medicatie neemt.

Zelfeffectiviteit, het geloof in eigen mogelijkheden, is een noodzakelijke voorwaarde om tot actie over te gaan. Bepaalde hindernissen kunnen echter de actiebereidheid afremmen. Barrières exploreren en zoeken naar oplossingen zijn effectieve strategieën in de voorbereidingsfase.

Stadium 4: de actiefase. In dit stadium veranderen mensen hun gezondheidsgedrag nadat ze bepaalde barrières hebben overwonnen. De persoon werkt samen met de hulpverlener een concreet actieplan uit. De doelstellingen moeten specifiek en realistisch zijn om de kans op succes te vergroten. Streefdata, korte- en langetermijndoelen noteren, werkt motiverend (contractformule).

Stadium 5: de consolidatiefase of de fase van het volhouden. Wie het gezonde gedrag al zes maanden volhoudt, zit in de consolidatiefase. Mensen hervallen echter vaak in oude en ongezonde gewoontes, vooral in moeilijke situaties. Herval is eerder regel dan uitzondering. Bij fysieke activiteit haakt meer dan de helft van de mensen die aan een oefenprogramma beginnen af binnen de drie maanden. Vermijden van en leren uit herval staan in deze fase centraal.

Stadium 6: de eindfase. Dit is het stadium waarin personen geen enkele neiging

meer vertonen om in het oude gedrag te hervallen. Zij hebben een sterk geloof in de eigen effectiviteit om het gezonde gedrag vol te houden, zelfs in moeilijke omstandigheden. Dit stadium is voor velen een utopie. Voor fysieke activiteit is het realistischer om de consolidatiefase als einddoel voorop te stellen.

De Zelfdeterminatietheorie

De Zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci legt de nadruk op de kwaliteit van de motivatie en de bevrediging van drie psychologische basisbehoeften: autonomie,

verbondenheid en competentie (12). De theorie stelt dat hulpverleners moeten inspelen op de psychologische basisbehoeften:

- behoefte aan autonomie verwijst naar de behoefte van mensen om te handelen met een gevoel van psychologische vrijheid, namelijk persoonlijke keuzes maken of zelf kunnen kiezen welke activiteiten ze doen;
- behoefte aan competentie verwijst naar de behoefte van mensen om activiteiten te doen waarbij ze hun doelstellingen realiseren en ze hun vaardigheden ontwikkelen;
- behoefte aan verbondenheid verwijst naar de behoefte om relaties op te bouwen die voldoening geven en ondersteunend zijn, en waarbij de persoon zich gerespecteerd en aanvaard voelt.

Het basisprincipe is dat mensen zelf hun doelen bepalen (autonomie) en dat opgedrongen doelen minder effectief zijn. Daarnaast is het gerespecteerd en aanvaard worden door anderen een belangrijke behoefte. Tot slot willen mensen zich competent voelen. Dat houdt in dat de persoon over de nodige vaardigheden moet beschikken om realistische doelen na te streven. De kwaliteit van de motivatie wordt uitgedrukt op een schaal gaande van gecontroleerde motieven (externe, geïntrojecteerde) tot autonome motieven

ADVIEZEN VOOR HULPVERLENERS

- Onderzoek de bewegingservaring en de motivatie tot bewegen (specifieke vragenlijsten kunnen bij de eerste auteur van dit artikel worden opgevraagd). Stel vragen naar de voorkeursactiviteiten.
- Ga na in welke mate en hoe psychische en lichamelijke problemen de deelname aan bewegingsactiviteiten hebben beïnvloed.
- Bespreek vroegere faalervaringen. Faalervaringen hebben een negatieve impact op de motivatie, het zelfbeeld en zelfvertrouwen.
- Houd rekening met het niveau van fysieke activiteit, persoonlijke doelstellingen en verwachtingen, en nevenwerkingen van psychofarmaca.
- Focus op de onmiddellijke effecten van bewegen, namelijk een verlaging van de toestandangst en het stressniveau, een verhoging van het energieniveau, afleiding van negatieve denkpatronen, een verbeterd concentratievermogen en een verbeterde slaapkwaliteit.
- Zoek naar mogelijkheden om fysieke activiteiten in het dagelijks leven in te bouwen.
- Zoek naar facilitators op emotioneel, gedragsmatig, interpersoonlijk vlak.
- Herval of afhaken is eerder regel dan uitzondering. Benadruk dat actiever worden een proces is van vallen en opstaan. Bespreek schuldgevoelens, zoek eventueel naar een alternatieve bewegingsactiviteit en benadruk het belang van sociale steun om opnieuw te starten.

(geïdentificeerde, geïntegreerde, intrinsieke motieven). Het effect van gecontroleerde motieven is meestal van kortere duur: zodra de druk wegvalt, verkleint de kans dat het gedrag blijft duren. Bij autonome motieven is er sprake van een vrijwillige keuze. Dat effect blijft langer doorwerken en houdt ook stand zonder externe druk of controle. Autonome motivatie wordt bevorderd door in te spelen op de drie psychologische basisbehoeften.

Modellen op individueel niveau: conclusies en concrete toepassingen

Verskillende modellen verklaren de verandering van het bewegingsgedrag. De theorieën zijn complementair en bieden concrete handvatten voor de praktijk:

- geef op maat van de persoon informatie over het risico op aandoeningen ten gevolge van te weinig beweging;
- houd rekening met de graad van bereidheid tot verandering en stem de motiverende strategieën daarop af;
- bespreek de positieve effecten van regelmatige lichaamsbeweging. Ga na welke drempels en negatieve opvattingen er bestaan. Corrigeer verkeerde informatie, motiveer en bied geruststelling.

Succeservaringen verhogen het gevoel van competentie (zelfeffectiviteit). Formuleer dus haalbare doelstellingen en voorzie in voldoende begeleiding en ondersteuning. Om positieve effecten te bekomen, moet een doel aan bepaalde voorwaarden voldoen. Die worden vaak voorgesteld aan de hand van de zogenaamde SMART-criteria:

- specifiek: het doel is concreet geformuleerd;
- meetbaar: het gedrag is meetbaar zodat feedback over het al dan niet halen van het doel mogelijk is;
- aanvaardbaar: het doel is aanvaardbaar voor de persoon zelf. Van buitenaf opgelegde doelen die niet persoonlijk ondersteund worden, hebben veel minder positieve effecten op de motivatie;
- realistisch maar uitdagend: de kans op succes, het bereiken van het doel is hoog, maar blijft wel uitdagend. Een doel dat zeer moeilijk haalbaar is, lokt hopeloosheid uit; een doel dat te

gemakkelijk bereikbaar is, leidt niet tot een toename van de motivatie;

- tijdsgebonden: als een doel te complex is of veraf ligt in de tijd is het aangewezen te werken met tussendoelen op korte, middellange en lange termijn. Een tijdsgebonden focus geeft meer kans op succes, wat de motivatie en gedragsverandering ondersteunt.

Fysieke inactiviteit leidt tot een verslechtering van de fysieke fitheid en is één van de risicofactoren van diabetes type 2, cardiovasculaire aandoeningen en obesitas die frequent geassocieerd zijn met depressie.

Model op maatschappelijk niveau

Groepen mensen worden vaak omschreven in geografische termen of volgens bepaalde leeftijdscategorieën maar kunnen ook ondergebracht worden in specifieke groepen zoals personen met een psychische aandoening.

Bewegingsgedrag is een samenspel van individuele en groepsspecifieke factoren. Personen met psychische aandoeningen ervaren specifieke barrières ten aanzien van deelname aan bewegingsactiviteiten. Bij mensen die lijden aan depressie is een lager fysiek activiteitsniveau inherent aan symptomen zoals verlies van energie, interesse en motivatie, gevoelens van waardeloosheid, continue vermoeidheid en in sommige gevallen gewichtstoename. Fysieke inactiviteit leidt tot een verslechtering van de fysieke fitheid en is één van de risicofactoren van diabetes type 2, cardiovasculaire aandoeningen en obesitas die frequent geassocieerd zijn met depressie. Die gezondheidsproblemen versterken op hun beurt de ernst van de depressie waardoor de persoon in een neerwaartse spiraal terechtkomt (3).

Personen met angststoornissen vermijden vaak fysieke inspanningen vanwege de

fysiologische reacties die ermee gepaard gaan, zoals een verhoogde hartfrequentie, hyperventilatie, kortademigheid en transpireren. Dat vermijdingsgedrag (kinesiofobie) leidt tot fysieke deconditionering, versterkt de angstproblematiek en heeft een negatieve impact op de somatische gezondheid.

Concrete toepassingen voor de psychomotorische training

Verduidelijk in groepsverband dat psychomotorische training een goede interventie is om uit de vicieuze cirkel te geraken:

- goed gedoseerde en geplande fysieke activiteit kan leiden tot stemmingsverbetering en angstvermindering. Een persoon die zichzelf activeert ondanks depressie en/of angst kan opnieuw een gevoel van controle over het leven krijgen. Het is mogelijk dat sommige activiteiten niet als prettig ervaren worden. Toch kunnen ze de persoon in dat geval een gevoel geven dat hij iets bereikt heeft of dat een angst overwonnen werd;
- geplande fysieke activiteit kan ertoe leiden dat een persoon meer zin of motivatie krijgt om te bewegen. Veel mensen die depressief of angstig zijn, denken dat ze eerst 'gewoon meer zin moeten krijgen' of 'minder angstig moeten zijn' vooraleer ze iets kunnen ondernemen. De symptomen van depressie en angst blokkeren echter het gevoel van motivatie tot bewegen. Wachten leidt dus tot niets. Door geleidelijk aan activiteiten te ondernemen, kan een persoon meer zin krijgen;
- bij angstige personen doorbreekt bewegen de vicieuze cirkel van vermijdingsgedrag;

- mindful bewegen: ontspannen bewegen zorgt voor een emotionele ontspanning en doorbreekt de negatieve gedachtestroom;
- goed opgebouwde lichaamsbeweging verbetert het zelfbeeld en zelfvertrouwen;
- bewegen is een goed medium om uit sociaal isolement te geraken;
- bewegen verbetert de fitheid en gezondheid;
- fysieke activiteit gaat vaak gepaard met een gezondere levensstijl (minder roken en alcohol drinken, een gezonder eetpatroon) en een verbetering van de slaapkwaliteit;

- psychomotorische training verbetert de tewerkstellingskansen en het volhouden van werk dankzij een verbeterde mentale en lichamelijke gezondheid, veerkracht en cognitief functioneren.

Referenties

1. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Jaarverslag 2013. RIZIV, Brussel, 2013.
2. Van Audenhove, C, Knaeps, J. Begeleiding van personen met een psychische kwetsbaarheid naar regulier werk. Aanbevelingen. LUCAS KU Leuven, Leuven, 2012.
3. Knapen, J, Vancampfort, D, Moriën, Y, Marchal, Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disabil Rehabil* 2015;37(16):1490-5.
4. Knapen, J, Moriën, Y, Vancampfort, D. Evidentie voor lichaamsbeweging in de preventie en behandeling van burn-out. *Neuron* 2017;21(4):6-10.
5. Van Wezep M, Dijkman, O, Kroon H. Cognitieve fitness in de GGz: Landelijke implementatie en kwaliteitsborging. Trimbos-instituut, Utrecht, 2015.
6. Reme, S, Grasdal, A, Løvvik, C, Lie S, Øverland, S. Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occup Environ Med* 2015;72(10):745-52.
7. Knapen, J, Mysztka, A, Moriën, Y. Integration of mental and psychomotor training in vocational rehabilitation for persons with mental illness improves employment. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 2016;20(2):34-8.
8. Knapen, J, Mysztka, A, Moriën, Y. Integratie van mentale en psychomotorische training in de arbeidsrehabilitatie van personen met psychische aandoeningen verbetert de tewerkstelling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, in press.
9. Glanz, K, Rimer, B, Lewis, F. Health behavior and health education. Theory, research and practice. Wiley & Sons, San Fransisco, 2002.
10. Ajzen, I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology* 2002;32:665-8.
11. Prochaska, J, Velicer, W. The transtheoretical model of health behavior changes. *American Journal of Health Promotion* 1997;12:38-45.
12. Ryan, R, Deci, E. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55(1):68-78.