



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Tittel: Kognitiv terapi som tilnæringsmetode til mennesker med depresjon

Forfatter: Sigrid Tønnesen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 20

Molde, 4.4.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Tor-Johan Ekeland

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

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

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

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: 4.4.12

Antall ord: 7752

Sammendrag

Som sykepleier i kommunehelsetjenesten møter man pasienter som sliter med depresjon. Til tider kan det være vanskelig å motivere disse menneskene til å se fremover og til å se lysere på fremtiden. I denne oppgaven har jeg undersøkt og drøftet hvordan man kan anvende kognitiv terapi på pasienter som har denne typen lidelser. Det kan være vanskelig å gjennomføre hele terapiformen på min arbeidsplass, både med tanke på det tidspresset vi har der og på motivasjonen til pasientene. Likevel vil det å dra nytte av elementer fra kognitiv terapi kunne være til stor hjelp i vår samhandling med pasientene. I oppgaven blir det fokusert på Becks kognitive depresjonsmodell. Beck hevdet at tidlige opplevelser i livet kan virke inn på utviklingen vi har av negative leveregler og at visse situasjoner som oppstår, kan utløse negative automatiske tanker i oss. Dersom disse tankene og levereglene blir svært negative, kan dette igjen medføre at man utvikler depresjon. I sitt arbeid brukte Beck en ABC- modell. Her kan vedkommende registrere hendelser, tanker rundt hendelsen og følelser knyttet til hendelsen. I teoridelen finnes en utdypning om hva denne modellen går ut på.

I oppgaven blir det brukt et narrativ fra min praksis ved DPS. Diskusjonsdelen forklarer og drøfter nærmere hvordan man kan anvende deler av kognitiv terapi til en av pasientene ved DPS. I tillegg brukes det eksempler fra mitt daglige arbeid, der elementer fra terapiformen kan brukes til mennesker med depresjon. Depresjon og bruken av antidepressiva har ellers økt betraktelig de senere årene, og også mulige årsaker til dette blir drøftet i diskusjonsdelen. Konklusjonen viser hvordan kognitiv terapi kan anvendes for å hjelpe pasienter med depresjon til en bedre hverdag, samtidig som den påpeker at denne terapiformen også har sine begrensninger.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Begrunnelse av temavalg	1
1.2	Problemstilling	2
1.2.1	Presisering og avgrensing av tema og problemstilling	2
1.3	Narrativ	2
1.3.1	En kort karakteristikk av Arne	2
2.0	Depresjon	3
2.1	Årsaker til depresjon	3
2.2	Kognitiv terapi	4
2.2.1	Becks depresjonsmodell.....	5
2.2.2	Kognitiv terapi ved depresjon	7
2.2.3	Kognitive mestringsstrategier	8
2.3	Etiske prinsipper.....	8
3.0	Diskusjon	9
4.0	Oppsummering og konklusjon	13
	Litteratur	14

1.0 Introduksjon

1.1 Begrunnelse av temavalg

I mitt daglige arbeid som sykepleier møter jeg mennesker som sliter med depresjon. Jeg ser også hvordan dette kan hemme livskvaliteten til disse menneskene. Det er heller ikke lett å være vitne til at noen mennesker sliter så inderlig i sin hverdag. Noen av pasientene har i tillegg problemer med å sette ord på de følelsene de har knyttet til depresjonen sin. Dersom de skal forklare hvordan det føles å være deprimert, sier de at det er en følelse av tomhet, likegyldighet. De ser ikke lyst på fremtiden eller gleden i noe lenger. I faglitteraturen ser man også at denne typen problemer vokser i den vestlige verden: "WHO, Verdens helse-organisasjon, har anslått at årlig sliter 300 millioner mennesker med depressive lidelser." (Berge og Repål 2004:52). Depresjonssykdommer er blant de hurtigst voksende sykdommer i verden (Kringlen 2000). Vi kan stille oss spørsmålet hvorfor depresjon har blitt et økende problem i vestlige land? Kan dette skyldes mer produktivitetskrav til individet i det moderne samfunnet? Kan økt bruk av medisiner fremfor terapi ha noen innvirkning? Dette er spørsmål som jeg i denne oppgaven vil prøve å belyse. Likevel er det kognitiv terapi som behandlings-form for personer som lider av depresjon, som vil stå i hovedfokus i oppgaven.

"Jeg ser svart på fremtiden, jeg har ikke lenger noe lykkefølelse i livet mitt. Jeg er redd for å møte mennesker, jeg tror faktisk døden kan være bedre enn dette..." Disse ordene, som ble uttalt av en pasient jeg ble godt kjent med i min praksis ved DPS, ble for meg et sterkt møte med et menneske med depresjon. Berge og Repål (2004) omtaler depresjon som en felles betegnelse på en rekke tilstander der de mest fremtredende symptomer er en overdrevet negativ tenkning, manglende overskudd og initiativ, søvnevansker, irritabilitet, motorisk uro og angst. Gjennom ulike møter, terapitimer og personlige samtaler med pasienten, fikk jeg sett hvordan kognitiv terapi kan bidra til å hjelpe og snu et negativt tankemønster. I denne oppgaven har jeg derfor valgt kognitiv terapi som psykoterapeutisk perspektiv.

Kognitiv terapi er først og fremst en behandling som bygger på hjelp til selvhjelp, der målet er at pasienten skal bli sin egen terapeut. Dette perspektivet retter oppmerksomheten mot å finne pasientens interesser, ressurser og sterke sider. Finnes det ressurser i nettverket? Hva er han eller hun god til? Hvordan kan dette brukes i behandlingen? (Berge og Repål 2010). Jeg ønsker å belyse hvordan vi som arbeider med deprimerte personer, kan dra nytte av elementer fra kognitiv terapi til å bedre hverdagen til disse pasientene.

I kognitiv terapi er det viktig å være bevisst den rollen en har som terapeut. Som i alle andre terapiformer vil en også her trenge empati for å oppnå allianse med pasienten. Det er viktig at terapeut og pasient har en felles forståelse for hvilke problemer de arbeider med å løse. Pasient og terapeut drøfter muligheten for ulike tanker og handlingsmåter. I kognitiv terapi er terapeuten ekspert på metoden, og i det første møtet forklarer han hva terapiformen går ut på, slik at pasienten kan forstå hva de skal arbeide med fremover. Det er likevel pasientens opplevelse av situasjonen som står i sentrum. En hermeneutisk tilnærming til pasienten er viktig her. Hermeneutikken påpeker at menneskelige handlinger har en hensikt og vil derfor forstå handlingens subjektive meningsinnhold. I motsetning til naturvitenskapen vil hermeneutikken fokusere på forståelse på menneskelig erkjennelse fremfor å forklare. Haugsgjerd m.fl (2010). I denne oppgaven vil jeg gi eksempler på en

situasjon fra min praksis ved DPS hvor jeg selv har forsøkt å bruke elementer fra kognitiv terapi til å bedre hverdagen til et menneske med depresjon.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan psykisk helsearbeidere dra nytte av elementer fra kognitiv terapi til å bedre hverdagen til mennesker som sliter med depresjon?

1.2.1 Presisering og avgrensning av tema og problemstilling

Jeg vil i oppgaven ta utgangspunkt i Becks ”kognitive depresjonsmodell”. I denne modellen er depresjon beskrevet som en ond sirkel preget av negative tankemønstre og følelser (Berge, Axelsen, Nielsen, Nordhus og Ommundsen 2003). Jeg vil undersøke om og i tilfelle hvordan jeg kan bruke elementer fra kognitiv terapi for å tilnærme meg ulike pasienter med depresjon. Grunnen til at jeg har valgt å undersøke denne terapiformen, er at det er den formen for psykologisk behandling av depresjon som er mest undersøkt, og at resultatene viser at kognitiv terapi hjelper mot depresjon og bidrar til å forebygge tilbakefall (Helsedirektoratet 2009). I forbindelse med undersøkelsen vil jeg dra inn eksempler både fra min praksis ved DPS og fra mitt daglige arbeid i kommunehelsetjenesten, der jeg muligens kan nyttiggjøre meg av denne terapiformen. Selv om det er forsket mye på kognitiv terapi og resultatene er gode, vil jeg presisere at behandlingen ikke passer for alle da det krever en del selvstendig arbeid fra pasienten. I en hektisk hverdag på jobb ser vi at tiden ofte ikke strekker til. Det er derfor viktig å være bevisst på hvilke elementer fra Becks depresjonsmodell som vil være mest relevant å bruke i mitt arbeid.

1.3 Narrativ

I denne oppgaven har jeg valgt å fremstille empiri gjennom et narrativ, dvs. å fortelle en historie. Valget av narrativ har jeg tatt fra min praksis ved DPS, delvis som observatør og delvis som deltaker. ”En narrativ fremstilling er en vinklet fremstilling av et handlings-/hendelsesforløp eller en årsakssammenheng med en form mer eller mindre tilnærmet en fortelling” (<http://no.wikipedia.org/wiki/Narrativ>). Narrativ kan derfor gi oss en god del informasjon og mulighet til refleksjon.

Litteraturen jeg har brukt knyttet til denne oppgaven har jeg hentet fra pensumlitteratur og via litteratur søk på Bibsys, samt egne forelesningsnotater. Jeg presiserer at narrativet er kamuflert gjennom bruken av navnet ”Arne”.

1.3.1 En kort karakteristikk av Arne

Arne er 40 år, skilt og har en sønn på 15 år som bor hos ham i helgene. De siste årene har Arne vært svært deprimert med mye angst og suicidale tanker. Han har siste årene vært flere ganger innlagt på sykehus for suicidal forsøk. Arne hadde en god oppvekst frem til 12-års-alderen, men etter denne tiden begynte moren å bli svært ustabil og ambivalent. Arne følte han ikke ble ”sett” eller ”hørt” av moren. Han gir henne skylden for depresjonen og angsten som han i dag sliter med. I tillegg til dette skilte foreldrene seg, noe som medførte at han ble en usikker og engstelig person. Arne er svært knyttet til sønnen sin som bor hos ham i helgene, men på grunn av sin egen depresjon og angst for å

møte mennesker, føler han at han ikke strekker til som far. Han har tidligere hatt en jobb som han trives med, men på grunn av mye nattearbeid, måtte han slutte i jobben da han merket at depresjonen og angsten som han sliter med ble større når han ikke sover på natten. Arne er utdannet kokk, men trives ikke i dette yrket. Han ønsker seg en ny utdanning, men på grunn av sine personlige problemer ser han mørkt på dette. Angsten for å gå i butikken eller delta på sosiale ting har blitt et stort problem i hverdagen. Han velger derfor ikke å gå ut, og sitter derfor inne i leiligheten. Søsteren har vært en god støttespiller for Arne. Hun har flere ganger fått ham innlagt på sykehus for suicidalforsøk. I den siste tiden har hun trukket seg mer tilbake fordi hun selv har blitt utslitt av å måtte ta seg av broren. Arne har litt kontakt med faren sin, men ingen kontakt med sin mor. Han har få venner og manglende sosialt nettverk. Han ønsker kontakt, men er redd for å virke påtrengende på andre. Arne sier han ikke lenger ser ”lys i tunnelen”, og at det er omtanken for sønnen som holder ham igjen for nye suicidalforsøk. Arne er en stor og kraftig mann som kan vise et noe ”tøft” ytre, men i samtale med psykolog gir han uttrykk for at han føler seg liten innvendig. Han har nå blitt innlagt på DPS for å prøve å få hjelp til depresjonen og sin sosiale angst.

2.0 Depresjon

Ordet depresjon kommer fra latin og betyr egentlig nedtrykking. Ifølge ICD-10 er det tre hovedkriterier som er vektlagt i forbindelse med diagnostisering av depresjon: 1) Nedstemthet, 2) Nedsatt evne til å glede seg og 3) Nedsatt initiativ. I tillegg til disse tre hovedkriteriene er det også i følge ICD-10 andre symptomer som: Nedsatt konsentrasjon, senket selvfølelse, skyldfølelse, pessimisme, tanker om selvskaide eller selvmord, forstyrret søvn og nedsatt appetitt. En mer utdypende definisjon av depresjon finnes nedfelt i Verdens Helseorganisasjons klassifikasjon av psykiske lidelser, ICD-10 (1996) under affektive lidelser (stemningslidelser).

Det er videre viktig å påpeke at depresjon kan ha ulike betydninger. Vi sier ofte at vi er deprimeret dersom vi føler oss litt triste og nedfor. Dette trenger ikke være synonymt med diagnosen depresjon. Depresjon i klinisk forstand er mer omfattende og inneholder foruten følelsesmessige, også fysiologiske og kognitive komponenter (Vindholmen 2007).

2.1 Årsaker til depresjon

Det finnes ulike årsaker til depresjon blant mennesker. Ved *psykogene reaksjoner* er det ofte en psykisk påkjenning eller konflikt som er den utløsende faktor. Plutselig dødsfall i nær familie kan ofte utløse en slik reaksjon. *Dystomi* er en betegnelse på en lettere depresjon som kan vare i litt lengre perioder, av og til livet ut. Kjernetegnet her er mer eller mindre konstant nedstemthet og manglende interesse og glede over forskjellige daglige aktiviteter. *Somatogene utløste depresjoner* er depresjoner som ofte er utløst av kroppen selv. Stressutløsende hormon-forandringer som for eksempel hypothyreose eller forskjellige lidelser i hjernen er eksempler på dette. *Vinterdepresjon* kan forekomme hos noen pasienter. Den utløsende årsaken kan være mangel på dagslys. Undersøkelser har vist at denne tilstanden opptrer hyppigere i nordligere strøk enn lenger sør. En teori går utpå at lite dagslys virker inn på døgnrytmen vår og muligens innpå ”natthormonet” melatonin i hjernen (Lindgjærde 2004).

Depresjoner som kommer ”innenfra” (primære depresjoner) kan være vanskelig å oppdage. At det kommer ”innenfra”, vil si at depresjonen ikke skyldes noen sterk ytre

psykisk påkjenning eller en somatisk sykdom, men heller beror på andre bakenforliggende forklaringer som barndom, arv, miljø etc. Slike typer depresjon blir ofte betegnet som *melankoli*, som er den depressive fasen av det som tidligere ble omtalt som *manisk-depressiv lidelse*. I dag blir det omtalt som bipolar lidelse. Sykdomsbildet svinger altså mellom en manisk og en depressiv fase. Om de depressive fasene vender ofte tilbake, blir det omtalt som en *unipolar lidelse*.

Tidlige livshendelser kan være med på å gi grobunn for depresjon senere i livet. Det kan være perfektionistiske, kritiske foreldre eller eldre begavede søsken. I pasienten kan dette føre til grunnleggende holdninger og levereregler om å være mislykket eller inkompetent. "Hvis jeg gjør en feil vil forferdelige ting skje". En strøm av negative automatiske tanker vil derfor kunne oppstå og medføre depresjon. Beck beskrev slike tanker som den *kognitive triade*: Personens negative syn på seg selv, negative syn på fremtiden og negative syn på verden. (Wilhelmsen 2008)

Noen mennesker er født med mer eller mindre *sårbarhet* enn andre. Disse menneskene er mer nervøse og sensitive enn andre. Tankegangen kan være preget av pessimisme, negativitet og selvkritikk. Selvfølelsen er lav og de reagerer ofte sterkere enn andre på negative hendelser i livet. (Berge og Repål 2002). I følge Stiles (2007) antar en at *genetiske* forhold kan spille en rolle i forhold til utviklingen av depresjon. Tvillingstudier har vist at vel halvdel av eneggete tvillinger får sykdommen.

Utover disse allmenne årsaksforklaringene, har det blitt hevdet at visse deler av den vestlige kulturens levemåter har ført til en økning av tilfeller av depresjon. Skilsmissestatistikken har økt betraktelig de seneste årene, og flere og flere lever alene. Dersom et menneske ufrivillig lever alene, kan dette medføre følelser som ubehag, tristhet, rastløshet, kjedsomhet og isolasjon. Innefor arbeidslivet blir det stilt stadig høyere prestasjonskrav. Et utbredt fenomen i dag er det som allment blir kalt utbrenthet. Denne tilstanden kan medføre søvnevansker, smerter, muskelspenninger og depresjon. Arbeidsledighet og økonomiske problem er også faktorer som kan føre til depresjon (Berge og Repål 2002).

Alt i alt har disse faktorene ført til stadig flere deprimerte mennesker. Et avgjørende spørsmål blir da hvilke type behandling man skal sette inn. I løpet av de senere år er det skjedd en betydelig økning i bruken av antidepressiva. Det hevdes at det er alt for mange mennesker som unødvendig settes på disse medikamentene. En aggressiv markedsføring fra legemiddelindustrien har ikke desto mindre vært med på å forsterke denne bruken. Det er heller ikke alltid slik at antidepressiva virker som en kunne ønsket. Studier viser at etter 6-8 ukers behandling er det maksimum 60-70% som har oppnådd full effekt. Til sammenligning oppnår 30-40% samme bedring ved placebo. Det viser seg at etter et års behandling av antidepressiva er det en del pasienter som ikke har kommet seg ut av depresjonen sin (Lindgjærde 2004).

2.2 Kognitiv terapi

"Våre liv er det tankene gjør det til" - Marcus Aurelius

Kognisjon er betegnelsen på menneskets kontinuerlige bearbeidelse av informasjon, for eksempel hvordan vi tenker på, forestiller oss eller minnes en bestemt hendelse (Berge og Repål 2004).

Måten vi tenker omkring en hendelse på vil altså påvirke de følelsene vi har omkring denne hendelsen. Vi ser ofte at ulike personer reagerer ulikt på samme type hendelse. Dette kan forklares ut fra tidligere erfaringer og vårt personlige tankemønster generelt. Den mentale aktiviteten i hjernen til noen som sliter med depresjon og angst kjennetegnes ofte med ubehagelige tanker om fortid, nåtid og fremtid. Ulike følelser er knyttet opp mot disse destruktive tankene og ofte er det følelsen av verdiløshet, håpløshet og meningsløshet (Berge og Repål 2004).

I kognitiv terapi er målet å styrke pasientens ferdighet til å identifisere slike vonde tanker og følelser. Terapeuten skal være ekte, empatisk og aksepterende. Som nevnt ovenfor, blir pasienten oppmerksom på terapiformen som brukes og hva den går ut på. Terapeut må forsikre seg om at alliansen mellom pasient og terapeut hele tiden er tilstede, og at de har en felles forståelse for de problemer de arbeider med å løse. Nielsen og von der Lippe (1993) hevder at terapeuten skal formidle sin kompetanse til å hjelpe pasienten med hans eller hennes problemer samtidig som han skal vise tålmodighet, ærlighet og varme.

I kognitiv terapi blir det stilt sokratiske spørsmål. Filosofen Sokrates (født ca. 470 f.kr) var kjent for å stille mye spørsmål. Måten han stilte de ulike spørsmålene på fikk mennesker til å tenke og reflektere. Dette gjelder også i kognitiv terapi, målet er å få pasienten til å reflektere rundt ulike måter å tenke på som kan være til hjelp for de problem som han sliter med (Berge og Repål 2004).

2.2.1 Becks depresjonsmodell

Det finnes ulike former for kognitiv terapi, men jeg har valgt å forholde meg til den amerikanske psykiateren Aaron T. Beck sin modell. Denne formen for terapi begynte rundt 1960-årene som et resultat av hans forskning på depresjon. Beck mente at tidligere livshendelser kan være med på å forme tankemønsteret vårt og hvordan vi tenker og handler i ulike situasjoner. Han utviklet derfor en modell han kalte ABC -modellen. Denne modellen skal hjelpe pasienten til å sortere de negative tankene og levereglene pasienten sliter med, og blir brukt som et redskap i terapien. Beck hadde psykoanalytisk utdanning og han bekreftet Freud sin påstand om at depresjon kunne komme av aggresjon som var vendt innover mot en selv, men han valgte som sagt å forske videre på andre grunner til at depresjon kan oppstå. Han begynte å studere ulike drømmer og tanker til deprimerte personer. Fellestrekket han kunne finne var at disse personene hadde en opplevelse av nederlag i motsetning til sinne. Han kunne også se et annet fellestrekk med deprimerte personer, de fleste hadde en negativ bearbeiding av informasjon. Med utgangspunkt i disse eksperimentene utviklet han en psykopatologimodell som hadde til hensikt å beskrive de forandringer som opptrer i vårt kognitive system når psykiske problemer utvikler seg (Nielsen og von der Lippe 1993).

Det er fire teoretiske tilnærminger som har påvirket denne modellen. Den fenomenologiske tilnærmingen som vektlegger at individets syn på seg selv og omverdenen i vesentlig grad bestemmer atferden. Den andre tilnærmingen er strukturell teori. Freuds hierarkiske inndeling i primære og sekundære prosesser er sentral her. Primær prosesstenking er analog, rigid og primitiv tenking, mens sekundær prosesstenking er bearbeiding av informasjon. Den tredje er kognitiv psykologi. Mange forskere vil teste holdbarheten av Becks modell ved hjelp av metoder og kunnskap hentet fra kognitiv eksperimentalpsykologi. Modellen til Beck blir hele tiden underlagt hypoteseprøving slik at den kan bevare en vitenskapelig kvalitet. Den fjerde er adferdsterapeutisk tenking og

behandling. Her blir det hevdet at atferdsterapi og kognitiv terapi har hatt en gjensidig påvirkning på hverandre (Nielsen og von der Lippe 1993).

På bakgrunn av sin forskning på deprimerte pasienter, oppdaget Beck at symptomene ikke skyldes innadvendt sinne, men heller en følelse av nederlag. Dette ble motivasjonen hans for å utvikle kognitiv terapi. Det handler om hvordan vi innhenter, bearbeider og anvender informasjon. I dette inngår også tanke (hukommelse), følelser og opplevelse (Nielsen og von der Lippe 2002).

ABC – modellen bruker Beck som et redskap for å hjelpe pasienten til å sortere tankene. Ut fra de automatiske tankene pasienten har forsøker man ved kognitive teknikker og finne årsaken til disse tankene. Terapeuten kan diskutere ulike tankefeil hos pasienten. Tankefeil blir betegnet som en uhensiktmessig måte å tolke verden på som å tenke negativt, trekke konklusjoner på sviktende grunnlag, overgeneralisere osv. (Wilhelmsen 2003).

A-Activating event: Hendelsen

B-Belief about: Tanker/tolkning omkring hendelsen

C-Consequences of belief: Følelser knyttet til tolkningen av hendelsen. Når det gjelder (B) kalles det også for tolknings skjema og leveregler.

Et eksempel på dette kan være som følger:

A (Hendelse): Anne hilste ikke på meg i dag.

B (Tanker/ Tolkning):Hun liker meg sikkert ikke.

C (Følelse): Jeg er lei meg og såret

Vi ser altså her at A er hendelsen. B er hvordan vi tolker hendelsen og C er følelsen som hendelsen gir oss. I modellen opererer Beck med tre kognitive begrep: Automatiske tanker, feiltolkninger og skjemaer (Berge m.fl. 2003).

Negative automatiske tanker utløses i en bestemt situasjon eller i alle situasjoner. Disse tankene strømmer ubevisst til oss i ulike situasjoner. For eksempel: ”Jeg er stygg”. Jeg er håpløs”. Disse tankene er en del av vår indre samtale, men er som regel kortvarige og ureflekterte. Disse tankene virker inn på hvilke følelser vi kjenner.

Feiltolkninger beskriver hvordan en person kan misoppfatte eller forvrengte informasjon når negative skjema aktiveres. Eksempel på dette er som følger:

Overgeneralisering, der man generaliserer fra en hendelse til alle hendelser. Dersom noe skjer en gang, vil dette alltid skje.

Tankelesing, der man tenker at andre skal vite hva man har lyst til uten å gi uttrykk for det. Individet har en oppfatning av å vite hva den andre tenker.

Svart/hvitt-tenking, som også kalt perfeksjonistisk tenking. Her tolker man ulike hendelser som et tegn på at man er smart, vellykket, dum eller verdiløs.

Negativ spådom, der man forutsetter at en hendelse alltid vil få et negativt utfall.

Personliggjøring, der man påtar seg ansvaret for alle hendelser. Dersom mor er sur etter jobben, tar barnet på seg skylda for dette.

Diskvalifisering av det positive, der positive erfaringer og opplevelser bortforklares.

Dersom du sier noe fint til en deprimert person vil han her tenke: ”Du sier det bare for å trøste meg” (Berge og Repål 2004 og Berge 2003).

Skjemaer er en viktig komponent i Becks depresjonsmodell. I dagligdags tale kaller vi ofte dette for *leveregler*, da dette er lettere å forstå. Når en hendelse inntreffer vil skjema som er relevant for hendelsen bli brukt til å analysere og tolke det som skjer. Innholdet i skjemaet har betydning for hvordan vi tenker, hukommelse og hvilken følelse og handlinger den spesifikke hendelsen gir oss. Beck mener at slike leveregler først og fremst blir etablert i barndommen som et resultat av de erfaringer vi gjør oss. Beck deler levereglene inn i to typer: *Primære(globale)* leveregler: Oppfatningen av seg selv og andre. ”Typisk meg og ikke klare dette”. ”Jeg er tjukk ” eller ”Jeg er bedre en alle andre i sport.” og *Sekundære leveregler*: Situasjonsavhengige tanker. ”Jeg blir deprimert av å gå i butikken”. ”Jeg er dårlig å kjøre når det er glatt ute”. Dess flere negative primære leveregler vi har med oss, dess flere negative sekundære leveregler blir aktivert. Mennesker som er deprimerte, har som oftest flere negative primær skjema som fører til at de ikke utvikler positive sekundær skjema (Nielsen og von der Lippe 1993).

2.2.2 Kognitiv terapi ved depresjon

I kognitiv terapi er det viktig med grundig diagnostisk vurdering av pasienten før behandlingen begynner. Når pasienten er deprimert, er det viktig å finne ut hvor deprimert han er med tanke på om kognitiv terapi er den rette behandlingsformen. Det gjøres også vurdering om pasienten trenger medisinsk behandling. I denne fasen er det viktig at terapeuten ser etter: A) Pasientens evne til å identifisere tanker og følelser. B) Pasientens redsel for å avsløre tanker og følelser. C) Pasientens villighet til å akseptere sine negative tanker og følelser. D) Pasientens behov for selvstendighet. E) Pasientens tendens til å overlate alt ansvar til terapeut. F) Pasientens evne og villighet til å etablere et gjensidig samarbeidsforhold til terapeuten. Når terapeuten har fått en oversikt over dette, kan han ta stilling til en realistisk tidsramme for behandlingen.

I følge Berge (2003) er kjernen i kognitiv terapi å bli kjent med sine negative tanker. Her informerer terapeuten om at man ikke kan hindre at de negative tankene dukker opp, men at man selv kan gjøre noe med det når tankene kommer. Etter hvert lærer pasienten seg selv å stille slike spørsmål. Beck opererte derfor i tillegg til ABC -modellen med en D (Dispute) Som står for alternative tanker. Et eksempel på dette kan være:

A- Hendelse: ”Lars sa ikke hei til meg i dag”

B -Tanker: ”Han liker meg ikke”

C -Følelse: ”Lei meg og såret”

D- Alternative tanker: ”Lars sa ikke hei til meg, men det betyr ikke at han ikke liker meg, han hadde sikkert dårlig tid”

Vi har følgende ulike faser i terapiforløpet:

Etablering av terapeutisk allianse: I denne fasen er det viktig å bruke tid på å bli kjent med pasienten og ufarliggjør terapisisuasjonen. Å unngå maktubalanse mellom pasient og terapeut står sentralt, samt det å skape en felles forståelse for det som skal jobbes med i terapien er viktig. I denne fasen er det viktig at terapeut unngår rett riktig – galt-konfrontasjoner, for dette skaper trygghet. Terapeut stiller spørsmål ved hjelp av sokratiske spørreteknikk, samt at man har korte og forutsigbare samtaler.

Ressurs og problemutredning: I denne fasen starter en med å finne interesser og ferdigheter til pasienten. Det er viktig å skaffe seg et overblikk over pasientens livshistorie, familie, jobbsituasjon og sosiale nettverk. Det er også sentralt å finne ut hvilke tanker som plager ham og hvilke kognitive eller adferdsmessige strategier han bruker når tankene er

som verst/best? Man bør også kartlegge hvilke primære og sekundære skjema (leveregler) pasienten har om seg selv og andre. Hva kan jobbes med?

Kasusformulering: Her setter man opp en hypotese på hva vanskene går utpå og hvordan en kan møte dem. Det er viktig å få en forståelse av hva som har ført personen inni den situasjonen han er kommet i og forstå sammenhengen mellom vanskene. I denne fasen velges også intervensjonsområde og strategi. Om personen ikke klarer å finne en måte å mestre sine problemer på, så bør en gå tilbake på det han før har mestret. I denne fasen går terapeuten også gjennom hele behandlingsforløpet sammen med pasient og forklarer hva den går ut på.

Intervensjonsfase: Denne fasen starter med gradvis kasusformulering og kartlegging. Målet er ikke å fjerne symptom, men å redusere ubehag og begrensninger knyttet til disse. Ulike mestringsstrategier og fokus på egen styrke og kapasitet blir bestemt sammen med pasient.

Etter en grundig kartlegging hvor terapeuten har fokus på affektiv inntoning, dvs. ”Å møte pasienten mest mulig hjemme” ved bruk av empati, kan man jobbe med videre med ulike mestringsstrategier (Berge og Repål 2004 og Stiles 2007).

2.2.3 Kognitive mestringsstrategier

Det finnes ulike former for kognitive mestringsstrategier. En av de mest vanlige er *oppmerksomhetsskifte*. Her settes det fokus på å skape en avledning fra negative tanker ved for eksempel å se på et bestemt punkt, telle eller nynne. Ved *oppmerksomhetsinnsnevring* settes søkelyset mot å unngå alt det vanskelige på en gang. Hvis man for eksempel er redd for å komme inn i klassen når det er fullt av mennesker, kan man sørge for å være den første som ankommer klasserommet. Ved *normalisering* fokuserer man på å normalisere automatiske negative tanker, slik at pasienten får en opplevelse av at det ikke bare er han som har det. *Adferdstrategier* er en annen vanlig metode. Her kan man for eksempel øke eller redusere aktivitetsnivået. Det å øke sosiale aktiviteter som å ringe noen eller gå på besøk kan være viktig for mennesker som sliter med depresjon. Adferdseksperiment blir også tatt i bruk her, som å gjøre noe man kjenner er ubehagelig eller det å gjenoppta kontakten med en gammel venn, for så å oppleve gradvis mestring. *Sensoriske og fysiologiske strategier* blir også mye brukt i behandlingen. Dersom man har mange negative tanker, kan man avlede tankene med å stimulere sansene, f.eks. ved å høre på musikk eller se en god film. Pusteteknikker og avspenningsteknikker kan også ha god virkning på angst og depresjon. Før behandlingen avsluttes diskuterer pasient og terapeut hva som vil være tegn på tilbakefall og hvilke ”Faresignaler” pasienten skal se etter. Terapeut kan sammen med pasienten utarbeide en kriseplan der pasienten kan ta i bruk ulike selvhjelpsteknikker. Flere studier har vist at kognitiv etterbehandling som er rettet mot restsymptomer etter medikamentell terapi reduserer hyppigheten av tilbakefall (Berge 2003).

2.3 Etiske prinsipper

Det å følge etiske prinsipper er et viktig moment i arbeidet med deprimerte mennesker. Det er nødvendig å ta hensyn til ulike kulturelle bakgrunner, alder, kjønn og pasientenes ønske om integritet. I følge Eide (2011) handler etikk blant annet om respekt. Å tiltale hverandre med respekt er begynnelsen på en gjensidig utviklingsprosess. Det er viktig å møte pasienten med å være lyttende og inkluderende. Åpenhet og tillit er viktige kriterier for godt samspill. I en relasjon med et annet menneske er det viktig å snakke sant og åpent og

si ting slik de er. Dette medfører at pasienten får et tillitsforhold til oss. Dersom vi ikke viser ærlighet og forståelse for pasientens ønsker og behov, kan tillitsforholdet bli brutt. I følge Eide (2011) kan etablering av tillit hindres ved at relasjonen til den andre preges av falskhet, mangel på personlig integritet og fordommer. Det å kunne sette seg inn i det andres mennesker følelser er en forutsetning for tillitt og gjensidig respekt i møte med pasienten. Å kunne vise empati er derfor grunnleggende viktig når en arbeider med mennesker. ”Empati blir definert som evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg, så konsekvent som mulig, i andres sko” Hartmann (2000:30).

3.0 Diskusjon

Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider dra nytte av elementer fra kognitiv terapi til å bedre hverdagen til mennesker som sliter med depresjon?

I følge Nielsen og Von de Lippe (2003) må terapeut forsikre seg om at alliansen mellom pasient og terapeut hele tiden er til stede, og at en har en felles forståelse for hvilke problemer og mål man sammen skal forsøke å jobbe med. Berge og Repål (2004) sier at en god forutsetning for bedring, er god allianse. I mitt daglige arbeid opplever jeg selv at pasientene åpner seg mye mer om vi har en åpen og god dialog.

Når det gjelder Arne, er det viktig å se på om hans livshistorie har årsaker som samsvarer med det man generelt anser kan føre til depresjon. Arne hadde en trygg og god oppvekst til han var 12 år. Etter dette begynte moren å bli ambivalent og ustabil. Han følte han ikke ble ”sett eller hørt” av henne. Som vi vet kan *tidlige livshendelser* føre til depresjon senere i livet. Arne følte seg mislykket og inkompetent. Han sier at han følte han aldri var bra nok for moren. I tillegg beskriver Arne seg selv som et menneske med mye følelser, noe som peker i retning av at han kanskje var et sårbart barn fra begynnelsen av? I følge seg selv har han reagert sterkere enn sin søster på morens ustabile svinginger og på foreldrenes skilsmisse. I følge Stiles (2007) har også genetiske forhold mye å si for utviklingen av depresjon. Arne beskriver selv sin egen mor som bipolar. Humøret hennes var ulikt fra dag til dag i oppveksten. Det er derfor ikke å utelukke at Arne også kanskje har en genetisk arvelighet i forhold til å utvikle depresjon? På den andre siden er det viktig og ikke være forhåndsinn tatt når det gjelder arvelighet, som vi vet er det slettes ikke alle depresjoner som skyldes arv. Det kan være andre årsaker i livet som har ført til at de er blitt deprimert. Arne har de senere årene jobbet mye nattskift. I følge Lingjærde (2004) virker lite dagslys inn på døgnrytmen vår, og produksjonen av natthormonet *melatonin* avtar. Dette kan også ha hatt en påvirkning på Arne. Dessuten kan det at han har måttet sove på dagtid, ha bidratt til at han har lite sosial omgang med venner.

Ifølge teorien kan mye i Arnes liv ha vært medvirkende årsaker til at han utviklet depresjon. I følge Nielsen (1993) blir det påpekt at dess flere *negative primære leveregler* vi har med oss dess flere *sekundære leveregler* blir aktivert. Arne har et negativt bilde av seg selv. Han føler han ikke er ”bra nok”, noe som igjen medfører at han unngår å oppsøke venner men heller blir sittende hjemme. Kanskje har alle de negative opplevelsene fra tenårene med en mor som var fraværende og kritisk, ha vært med på å utvikle mange negative tanker (skjemaer) hos Arne? Tankene han har omkring sønnen sin kan være et eksempel på dette. Ser vi tilbake på teorien, kan vi her se sammenheng mellom Becks kognitive begreper som omhandler *negative automatiske tanker, feiltolkninger og leveregler*. Det er jo ikke sikkert at det han tenker om sin sønn er rett? Vi ser i dette tilfelle at Arne raskt gir seg selv skylden for at sønnen vil være med sine venner. Han kunne jo

tenke motsatt: ” Gutten min er ungdom, og ungdommer bruker å være mye sammen med sine venner”. Altså en alternativ tanke, punkt (D) i Beck sin modell.

Det er mange likhetstrekk mellom utviklingen av Arnes depresjon og de ulike fasene i Beck sin depresjonsmodell. Vi har også sett at mye av de negative tankene han sliter med, er tanker fra barndommen. Modellen til Beck ble derfor et verktøy jeg hadde nytte av å kunne for å anvende i min praksis sammen med Arne. Det som var en forutsetning for meg i min praksis, var å bli godt kjent med Arne før jeg kunne forsøke å anvende kognitiv terapi til å bidra til å bedre hans hverdag. *Relasjon og alliansebygging* er viktige begreper her. Arne hadde fra før med seg mange negative tanker og skjemaer. Det ble derfor viktig for meg og ikke innta noen ”ovenfra-og-ned” -posisjon i forhold til han, men tvert imot fokusere på at vi var likestilte mennesker som sammen ville prøve å finne løsninger på hans de han sliter med. I følge Hartmann (2000) handler empati med å kunne sette seg inn i andres situasjon. De vil altså si å prøve å sette meg inn i hvordan det er å være Arne. Her fikk jeg meg en tankevekker i min praksis, da jeg en dag forsøkte å overtale Arne til en samtale med psykolog selv om han ikke var motivert for dette denne dagen. Han var trett, sliten og lite motivert denne dagen. Hvilken empati og forståelse viste jeg overfor han her? Hva kunne jeg ha gjort annerledes i denne situasjonen slik han ville føle seg bedre forstått av meg? Å vise empatisk forståelse er svært viktig i arbeid med mennesker. Det medfører at de føler seg bedre ivaretatt og at de blir tatt på alvor. Jeg burde derfor i denne situasjonen heller ha satt meg bedre inni hvordan han hadde det denne dagen, og tenke over hvordan jeg selv ville blitt møtt i hans situasjon.

Å innta en hermeneutisk tilnærming der pasienten ikke få en følelse av at noe er ”galt” av det han har å formidle, er viktig i alle terapiformer. Når jeg følte at kontakten og tilliten mellom Arne og meg var god, kunne vi begynne å jobbe litt mer strukturelt. *Ressurs og problemutredning* er viktig informasjon for å kunne vite hva man skal jobbe mot for å bedre hans hverdag. Hvilke interesser hadde han før han ble syk? Hva med familieforhold, jobb og tanker han gjør seg i forhold til dette? I samtalen vi hadde kunne han fortelle at han før likte å være sosial og være mye sammen med venner. I sitt nå voksne liv påpeker Arne at det sosiale nettverket hans ble betydelig redusert etter at han ble skilt. Dersom venner ikke tar kontakt med ham, tolker han det som at de ikke liker han. Isolasjonen har blitt en måte å beskytte seg på mot avvisning og nederlag. Dette er også noe vi forsøker å jobbe med i mitt daglige arbeid. Å motivere pasientene til å kunne nyttiggjør seg av tilbud som finnes i forhold til de interesseområdene de har hatt før i livet er noe jeg anser som svært viktig for å få en følelse av mestring.

Da jeg startet min praksis ved DPS hadde Arne allerede hatt mange timer med psykolog alene, slik at alliansen her allerede var trygg. Det hadde også blitt gjort en diagnostisk vurdering om kognitiv terapi kunne brukes i behandlingen av ham, og konklusjonen var positiv. Etter at Arne og jeg hadde fått en god relasjon og vi sammen hadde sortert hans tanker om fortid og fremtid, tenkte også jeg at kognitiv terapi kunne være en terapiform som passet for ham. Jeg forklarte ham hva kognitiv terapi gikk ut på, og jeg gikk gjennom ABC- modellen med ham. ABC- modellen er som tidligere nevnt et registreringsskjema der pasienten kan registrere A- hendelsen, B- tankene omkring hendelsen og C- følelsene knyttet til hendelsen. Videre hevder Berge og Repål (2010) at å skrive ned disse tankene er viktig for å få satt dem i fokus. Etter at dette var gjort, bestemte vi oss for å ha et møte med psykolog der vi sammen kan arbeide mot et felles mål. Arne fikk som hjemmeoppgave å skrive ned i hvilke situasjoner de vanskelige tankene dukket opp og hvor ofte de dukket opp. Når han så var blitt fortrolig med å registrere sine negative tanker, kunne han begynne

å tenke på alternative måter å håndtere situasjonen på. Som før nevnt, er dette et punkt D - alternative tanker - i ABC-modellen. I følge Berge (2003) er kjernen i kognitiv terapi å bli kjent med sine negative tanker. Ved neste møte hadde Arne skrevet ned noen av de negative tankene som han sliter med. Noen av disse tankene var som følger: Han var redd for å ta kontakt med sine venner fordi han ikke orket tanken på å bli avvist. Når sønnen ville være med venner, tenkte han at sønnen kjedet seg med ham og at han var en "mislykket" far. Å gå i butikken var vanskelig, han følte nemlig at folk snakket om han. Etter hvert som Arne ble fortrolig med å registrere de negative tankene sine, begynte arbeidet med å registrere de alternative tankene, punkt D i modellen til Beck. Han kunne på denne måten få oversikt over sine tenkemønstre og dermed selv komme med forslag om alternative måter å tenke på. Arne hadde deretter satt opp disse eksemplene på alternative tanker: "Kan det være en annen grunn til at de ikke ringer meg?" "Kanskje kan grunnen være at jeg selv ikke har vært flink å ta kontakt?" "Det behøver ikke bety at de ikke liker meg?" Ved å skrive det ned på denne måten kunne Arne registrere at de negative tankene han brukte å ha, ikke nødvendigvis var de rette.

I følge Stiles (2007) er mestringsstrategier til god hjelp for mennesker som sliter med depresjon og et negativt tankemønster. Hvilke av disse strategiene kunne Arne bruke for å bedre hverdagen sin? Her var det viktig at vi ikke satt for store mål, noe som igjen kunne medføre skuffelser og nederlag. Arne satte derfor sammen med meg opp noen forslag til hva han kunne gjøre i ulike situasjoner. Som sagt likte han ikke å gå til butikken, men ikke møte så mange mennesker. En mulig løsning på dette var at han kunne gå i butikken tidlig på morgenen før det ble mye folk der. I følge Berge (2003) er dette en form for *oppmerksomhetsinnsnevring*. Når tankene på den dystre fremtiden eller på å ta sitt eget liv var som verst, ble det bestemt at han skulle ringe til søsteren eller DPS. Her ser vi typiske eksempler på ulike *adferdsstrategier* som Arne brukte for å motarbeide negative tanker og isolasjon. Sammen med meg og psykolog kom vi frem til alternative ting han kunne gjøre når tankene var som verst. Her er noen eksempler på mestringsstrategier som ble tatt i bruk:

1. Ringe søsteren når han var svært enslig.
2. Ringe en venn. Ta kontakt med noen han følte seg trygg på.
3. Ringe DPS når han ble urolig/redd.
4. Møte opp i butikken tidlig på formiddag for å slippe så mye folk.
5. Komme til DPS hver fredag når det var aktivitetsdag og onsdag når det var bading.
6. Gå på Bowling eller annen aktivitet i lag med sønnen fremfor å sitte inne.
7. Gå en lang tur eller høre på musikk når tankene presser på.

Her ser vi altså at Arne brukte både *adferdsstrategi* (gå tur, delta på bading), *oppmerksomhetsinnsnevring* (gå tidlig i butikk) og *sensorisk/fysiologisk strategi* (høre på musikk, se film).

I mitt daglige arbeid som psykisk helsearbeider i kommunehelsetjenesten arbeider vi ikke med individuell terapi som gjennomgående behandlingsmetode. I en travel hverdag er det begrensinger for hva jeg som psykisk helsearbeider får tid til å gå igjennom. Det kan slik være vanskelig å bruke hele ABC-modellen med de deprimerte jeg jobber med. Noen er også så syke at motivasjonen for å gjennomføre det er umulig. Likevel får vi i hverdags-situasjoner som bilturer, gåturer eller hjemmebesøk god kontakt med pasientene, noe som gir mulighet for god kommunikasjon. Og i slike situasjoner bruker vi momenter fra de forskjellige perspektivene i vår daglige samtale med pasientene. På min arbeidsplass

jobber vi tverrfaglig, vi diskuterer derfor ulike måter å gå fram på dersom vi vil prøve ut elementer fra kognitiv terapi hos noen pasienter. Et eksempel på dette er ”Ingrid”, som har angst for å gå i butikken og som ikke klarer å betale sine regninger. Her setter vi opp en langsiktig plan sammen med ”Ingrid”. Vi diskuterer vi oss frem til hva hun selv kan gjøre for å bedre sin hverdag og hva vi kan være tilgjengelige med for henne. Eksempel på dette var å stå opp tidlig og gå i butikken med en ansatt og å ha faste dager med en sosionom der de sammen betalte regninger og gikk gjennom økonomien. Hun ble også forsikret om å kunne ringe oss i basen når hun fikk sterk angst. I tillegg til dette satte vi også opp en ukeplan med ulike aktiviteter hun kunne delta på som hun taklet. Vi ser at ”Ingrid” nå har lettere for å snakke om sine tanker når vi er på turer sammen. Gjennom at vi som personale stiller henne åpne sokratiske spørsmål, kan vi sammen med ”Ingrid” prøve å få henne til å tenke i nye baner. På denne måten blir hun mer bevisst sin negative tankemåte og dermed klarer hun å tenke nye alternative tanker.

I min praksis ved DPS fikk jeg være med på å prøve ut kognitiv terapi mer grundig enn det jeg har tid til i min hverdag på jobb. Forskjellen fra DPS kontra der jeg jobber er at det er to helt ulike arenaer å jobbe på. I mitt arbeid er vi i hjemmene til folk. Ethiske prinsipper blir igjen en vesenlig del av møte med pasientene våre. Det er deres hjem og vi må respektere deres måte å leve på. Vi må hele tiden tenke over at dette ikke er en institusjon med sine regler og normer som gjelder her, men at pasienten selv bestemmer over sitt eget liv og sin hverdag. Samtidig vil jeg påpeke at ærlighet på hvor vår egen grense går er viktig i møte med pasient. Dette kan for eksempel være å unnvære og oppholde seg i et røykfullt rom. Vår oppgave er å være tilgjengelige for de ulike behov som oppstår hos hver enkelt pasient og ha respekt for deres ulike ønsker og behov. Vi må passe oss for å ikke la våre personlige meninger og holdninger påvirke oss i arbeidet. Vi må vise empati og forståelse i forhold til hver enkelt pasient.

I følge Wilhelmsen (2008) er vårt eget selvbylde noe av det mest personlige vi har. Selvbylde vårt kan defineres som summen av vårt syn på egen kropp, sjel og ånd. I barneårene blir mye av vårt selvbylde dannet. Dette ser vi tydelig har påvirket mye av Arne. Mange mennesker sliter i senere år med den relasjonen de har hatt til foreldre eller omsorgspersoner, og dette kan medføre bitterhet og frustrasjon. Følelsen av dette kan være skadelig og nedbrytende for den det gjelder. Tilfellet med Arne fikk meg til å reflektere mye over dette. Hva om han hadde vært foruten de opplevelsene han hadde i barndommen? Ville han vært uten de tankene han har i dag? Eller ville han likevel vært deprimert? Dette er vel spørsmål det er vanskelig å gi svar på, men noe som er viktig å reflektere rundt i møte med mennesker. I Arnes tilfelle registrerer vi i alle fall at mye fra hans barndom har preget mye av den måten han tenker om seg selv på. I følge Wilhelmsen (2008) er nettopp dette poenget med kognitiv terapi. Du kan ikke forandre på din fortid eller på din tidligere familierelasjon, men det er mulig å forandre på *måten* vi ser på fortiden og våre tidligere familierelasjoner, og det er også mulig å endre måten vi forholder oss til dem.

Gjennom kognitiv terapi kan vi få hjelp til å finne nye utveier for å få fred med oss selv og dermed fred med tanker som er devaluerende for oss. Gjennom å finne nye måter å tenke på kan dette føre til tilgivelse og forsoning eller eventuelt brudd med relasjoner som er ødeleggende for vår egen identitet og utvikling. Likevel har jeg selv stilt meg spørsmålet om en annen terapiform for Arne og andre mennesker som er deprimert kanskje burde anvendes før kognitiv terapi tas i bruk? Det å først endre det negative bildet han har av seg selv og omverden, kunne bidra til at han blir mer klar for å begynne med kognitiv terapi?

Det kan se ut til at Arne mangler den viktige inntoningen mellom foreldre/ barn og den viktige bekreftelsen på ens egen verdi. Barndommen og oppveksten var et stadig tilbakevendende tema. Kanskje kunne selvspsykologi være en terapiform en kunne starte med i dette tilfellet? Dette kunne kanskje medføre at han ble tryggere på seg selv og fikk bekreftet sin egenverdi før han begynte med kognitiv terapi? Hartmann (2000) beskriver nettopp dette som Kohut (1913), grunnleggeren av selvspsykologi, sa: ” Individets viktigste drivkraft er å føle seg hel, vital, verdifull og forstått av signifikante andre”, noe som igjen viser den viktigheten våre omsorgspersoner har i vår barndom.

4.0 Oppsummering og konklusjon

Depresjonssykdommer er blant de hurtigst voksende sykdommer i verden. For å redusere den kraftige økningen i depresjoner, må vi se på hva storsamfunnet kan gjøre. Eksempler på dette kan være forebyggende arbeid innen familie- og privatlivet. Kanskje kan også mindre press og økt fokus på gode relasjoner i arbeidslivet bidra til at færre blir deprimerte. Et annet moment som har vært trukket frem når man skal forklare hvorfor stadig flere blir langvarig deprimerte, er den økte bruken av medisiner, siden dette i mange tilfeller ikke hjelper mot selve lidelsen. I den forbindelse har jeg i oppgaven lagt hovedvekten på å undersøke hvilke effekter kognitiv terapi kan ha på mennesker som lider av depresjon.

I Becks kognitive depresjonsmodell ser vi at bruken av ABC- modellen kan være nyttig til behandlingen av deprimerte mennesker. Dette er et registreringsskjema for tanker og følelser. Pasienten er aktivt med på å bestemme hva som skal jobbes med i behandlingen, noe som igjen medfører et bedre resultat. Vi ser altså at kognitiv terapi krever en del av pasienten. Hjemmeoppgaver og skjemaregistrering er en vesentlig del av terapiformen. Det er derfor ikke slik at kognitiv terapi er en god behandling for alle med depresjon. Vi vet at mennesker med dyp depresjon ofte kan slite bare med å komme seg ut av sengen om morgenen. Derfor kan kognitiv være for krevende for denne pasientgruppen. Her kan kanskje andre psykologiske perspektiver tas i bruk, slik som for eksempel selvspsykologi eller det personsentrert behandlings metoder.

I mitt daglige arbeid har jeg hatt stor nytte av å kunne bruke elementer fra kognitiv terapi. En viktig forutsetning er at jeg vet litt om de bakenforliggende årsaker til at de negative tankene har oppstått. Dette synes jeg er en fordel for å kunne vise større empatisk forståelse for hver enkelt pasient. Jeg har også sett at realistiske og gjennomførbare mål for pasienten er en forutsetning for at behandlingen skal være til hjelp. Dersom vi setter for store krav til den enkelte pasient, vil dette kunne føre til at pasienten blir frustrert, og at vi kanskje må gi opp de målene vi har satt oss. Kognitiv terapi er en strukturert terapiform, Noe som kan passe godt for mennesker som liker forutsigbarhet. Likevel har den sine svakheter ved at terapeuten kan oppfattes som dirigerende og autoritær sett fra pasientens side. Det er derfor viktig å hele tiden fokusere på opplevelsen til pasienten og være påpasselig med å stille åpne sokratiske spørsmål i terapien. Dette vil kunne få pasienten selv til å tenke ut alternative tanker og muligheter istedenfor at han skal bli fortalt hva han skal gjøre. Dette tror jeg er en viktig forutsetning å være bevisst på før man begynner behandlingen og for å lykkes med kognitiv terapi. Som sagt viser studier at kognitiv terapi hjelper mot depresjon, og at behandlingsformen også forebygger tilbakefall. Det er likevel grunn til å presisere at i noen tilfeller der selvfølelsen til pasienten er veldig lav, bør en annen form for terapi vurderes før man tar i bruk kognitiv terapi.

Litteratur

Berge, T. m.fl. 2003: *Samtaler som forandrer – Psykologisk teori i praksis*. Fagbokforlaget. Bergen.

Berge, T. og Repål, A. 2002: *Lykketyvene – hvordan overkomme depresjon*. Aschehoug. Oslo.

Berge, T. og Repål, A. 2004: *Den indre samtalen – kognitiv terapi i praksis*. Gyldendal Akademisk. 2. utgave 1. opplag, Oslo.

Berge, T. og Repål, A. 2010: *Den indre samtalen – lær deg kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk. 3. utgave. Oslo.

Eide, S. m.fl. 2011: *Fordi vi er mennesker - En bok om samarbeidets etikk*. Fagbokforlaget. 2. utgave. Bergen.

Hartmann, E. 2000: ”Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi” i *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: teori, empiri og praksis* av Arne Holte, Geir

Høstmark Nielsen, Michael Helge Rønnestad (red.). Gyldendal akademisk. Oslo.

Helsedirektoratet 2009: *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten*. Oslo.
ICD-10 *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 10. revisjon, norsk utgave. Statens helsetilsyn. 1996.

Kringlen, E. 2000: *Depresjon*. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. 3. utg. Stavanger.

Lingjærde, O. 2004: *Depresjon og angst, hvor mye hjelper medisiner?* Høyskoleforlaget. Kristiansand.

Nielsen, G. H. og von der Lippe, A. 1993: *Psykoterapi med voksne- Fem perspektiver på teori og praksis*. Tano A.S. Otta

Stiles, Tore C. 2007: *Lidelsesspesifikk kognitiv terapi*. Tapir akademisk forlag. Trondheim.
Vindholmen, S. 2007: *Fysisk aktivitet brukt som behandlingsmetode i distriktpspsykiatrien : en intervjuundersøkelse*. Kristiansand.

Wilhelmsen, I. 2008: *Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi*. Hertervig Forlag. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. Stavanger.

Nettlenker

<http://no.wikipedia.org/wiki/Narrativ>