



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Tittel: «Hvordan kan kognitiv terapi bidra til å bedre hverdagen for pasienter med depresjon?»

Forfatter: Heidi Aurstad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 27

Molde, 23.04.2014



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 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: 15

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: 23.04.2014

Antall ord: 9036

Sammendrag

Depresjon er i ferd med å bli den ledende sykdom i den vestlige del av verden. Den kan beskrives ved at den stjeler energi, livslust og selvtillit, man mister evnen til å være glad, og det er en dypt ensom tilstand for den det gjelder. Depresjon rammer veldig mange mennesker fra alle samfunnslag, og det er derfor viktig å finne en terapiform som virker. Det er ofte utfordrende å hjelpe deprimerte pasienter på grunn av at de er fastlåste i et negativt tankemønster som er vanskelig å komme ut av. Den vedlikeholdes av negative tanker/leveregler og uhensiktsmessig atferd. Som sykepleier på Distriktpsykiatrisk senter (DPS) møter jeg ofte deprimerte pasienter. Denne oppgaven omhandler mitt møte med en deprimert pasient og hvordan jeg kan anvende kognitiv terapi for å bedre hverdagen hennes. Problemstillingen er derfor; **«Hvordan kan kognitiv terapi bidra til å bedre hverdagen for pasienter med depresjon?»**

Interessen for kognitiv terapi er økende og den har blitt ganske utbredt. Terapien er også godt vitenskapelig dokumentert og blir sett på som en effektiv behandling. Den er strukturert, målrettet og avgrenset med fokus på nåtid. Den har fokus på både patologi og ressurser, og er anvendbar som miljøterapi. Jeg har tatt utgangspunkt i modellen til metodens grunnlegger, Aaron T. Beck. Beck forsket mye på depresjon og studiene hans viste at deprimerte har en systematisk negativ bearbeiding av informasjon. Ut ifra dette opererer Beck med tre kognitive begreper; automatiske tanker, feiltolkninger og leveregler. Beck benyttet seg også av en ABC-modell der hensikten er å registrere negative automatiske tanker for så å få drøftet de negative automatiske tankene og eventuelt finne alternative tanker. Følelsene er et resultat av tankene mer enn hva som faktisk skjer med en. Ved å forandre tanker og atferd kan man forandre følelsen. Terapien kan også beskrives som en hjelp til selvhjelp, der behandleren er ekspert på metoden mens pasienten har ansvaret for å innhente erfaringer som kan avkrefte eller bekrefte de antagelser som er blitt diskutert.

I diskusjonsdelen viser jeg gjennom et eksempel på en dypt deprimert kvinne jeg kaller «Anne», hvordan en kan bruke kognitive teknikker som behandlingsform.

Innhold

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av problemstilling	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Narrativ.....	2
1.3.1	En kort karakteristikk av Anne	3
1.4	Litteratursøk	4
1.4.1	Inklusjonskriterier	4
2.0	TEORETISK PERSPEKTIV/BEGREPSAVKLARING	5
2.1	Depresjon.....	5
2.1.1	Alvorlig depresjon.....	5
.....	5
2.1.2	Årsaken til depresjon.....	6
2.2	Kognitiv terapi.....	7
2.2.1	Automatiske tanker	8
2.2.2	Feiltolkninger/tankemønster	8
2.2.3	Leveregler/skjema	9
2.2.4	ABC-modellen	11
2.2.5	Kognitiv terapi ved depresjon	11
3.0	DISKUSJON	14
3.1	Faktorer som har bidratt til at Anne har blitt deprimert	15
3.2	ABC-modellen og identifisering av automatiske tanker	17
3.3	Identifisering av negative tankemønster.....	18
3.4	Leveregler.....	21
4.0	KONKLUSJON	23

1.0 INNLEDNING

1.1 *Bakgrunn for valg av problemstilling*

Depressive lidelser er svært utbredt, og Verdens helseorganisasjon har rangert depresjon på fjerdeplass over de ti sykdommene i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Depresjon er i ferd med å bli den ledende sykdom i den vestlige del av verden og kan ramme folk i alle sosiale lag og aldre (Berge og Repål, 2010). Deprimerte mennesker faller ofte ut av inntektsgivende arbeid og det er en viktig faktor til uførhet. Depresjon fører dermed til store samfunnsmessige og økonomiske omkostninger i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og økte trygdeutgifter (helsedirektoratet.no). Depresjon stjeler energi, livslyst og selvtillit, man mister evnen til å være glad, og det er en dypt ensom tilstand for den det gjelder. Som sykepleier på Distriktpsikiatris senter (DPS) opplever jeg ofte deprimerte pasienter, og jeg kan ofte føle at jeg kommer til kort i behandlingen av disse. Med kognitiv terapi har jeg en del «verktøy» jeg kan bruke, noe som kan gjøre det enklere å hjelpe. Mange deprimerte pasienter opplever verdiløshet, meningsløshet og håpløshet og de har ofte en strøm av ubehagelige og negative tanker om fremtid, nåtid og fortid. I kognitiv terapi er det et mål å identifisere slike negative tanker (Burns, 2005). Hallberg og Ørbeck (2006) hevder at kunnskap om hvordan hjernen utvikler seg og fungerer, og hvorledes mennesket bearbeider informasjon, kan forklare forholdet mellom tanker, følelser og adferd. Mesteparten av våre aktiviteter skjer utenfor bevisstheten. Årsaken er at hjernen har begrensede oppmerksomhetsressurser, og den automatiserer aktiviteten slik at vi ikke behøver å bruke bevisst oppmerksomhet hele tiden, som for eksempel det å lære seg å kjøre bil.

Kognitiv terapi er veldig i vinden for tiden og dette er sannsynligvis på grunn av at terapiens effekter er veldokumenterte og lette å forstå. Det er godt vitenskapelig dokumentert og interessen er derfor økende. I følge Hallberg og Ørbeck (2006) er erfaringen blant sykepleiere at dette er et perspektiv og en måte å jobbe på som passer utmerket på grunn av den konkrete her og nå-tilnærmingen. Sykepleierne mente at dette var slik de ofte hadde tenkt og jobbet tidligere, men uten å kjenne det teoretiske rasjonalet bak.

Som sykepleier er det fort gjort å komme med velmente råd eller prøve å overbevise pasientene om at måten de har tolket en situasjon på er gal. I kognitiv terapi er det viktig å stille spørsmål slik at man til slutt kommer dit hen at pasienten begynner å åpne opp for at hans eller hennes tolkning ikke trenger å være riktig. Terapien kan derfor beskrives som en hjelp til selvhjelp, der behandleren er ekspert på metoden mens pasienten har ansvaret for å innhente erfaringer som kan avkrefte eller bekrefte de antagelser som er blitt diskutert. Dette gjør at pasienter blir mer engasjerte i egen behandling, som igjen kan resultere i at man blir raskere bedre. I følge forskning har pasienter med alvorlig depresjon ingen problem med kognitiv tenkning og automatisk informasjons behandling (Hammar m.fl. 2010). Jeg har tatt utgangspunkt i modellen til metodens grunnlegger, Aaron T. Beck. Modellen er strukturert, målrettet og avgrenset med fokus på nåtid. Den har fokus på både patologi og ressurser, og kan fint brukes som miljøterapi.

Jeg vil med denne oppgaven undersøke nærmere hvordan jeg som sykepleier på best mulig måte kan hjelpe en deprimert pasient gjennom kognitiv terapi.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan kognitiv terapi bidra til å bedre hverdagen for pasienter med depresjon?»

1.3 Narrativ

I denne oppgaven blir empiri fremstilt gjennom et narrativ, der jeg har valgt å se på flere situasjoner jeg har opplevd i mitt arbeid som sykepleier på DPS.

«Grunntanken i det narrative perspektiv er at vår identitet skapes gjennom de fortellinger, som vi selv og andre forteller om oss selv relatert til de kulturelle normer og forventninger, som viser seg i disse fortellingene. Det er alltid et mulig samspill mellom det vi gjør og de tanker, følelser og hensikter som handlingen referer til. Opplevelser i verden viser også til våre ønsker og følelser (White 2006; 2007)». http://no.wikibooks.org/wiki/En_narrativ_tilnærming_til_veiledning.

Dette er en opplevelsesbasert tilnærming. Jeg vil ved et narrativ beskrive en svært deprimert pasient jeg ble kjent med på min arbeidsplass. Jeg velger å kalle henne «Anne», og alle opplysninger om henne er anonymiserte. I diskusjonsdelen vil jeg se på relasjonen og spillet mellom meg og Anne, hva som har vært virksomt, hva har vært

vekstfremmende og hva som har vært destruktivt. Jeg ser på hva dette har gjort med meg, hva jeg kunne ha gjort annerledes, og hvordan jeg forholder meg til det. Funnene er begrunnet med litteratur fra pensum, forelesningsnotater, søk på Bibsys, og forskningsfunn.

1.3.1 En kort karakteristikk av Anne

Anne er en dame i midten av 40 årene. Hun har bodd halve livet sitt i USA, og flyttet tilbake til sitt hjemsted for omtrent ett år siden. Det har vært en tøff prosess for Anne å flytte fra datteren sin som bor sammen med sin far i USA. Anne har slitt mye med depresjon de siste åtte årene, og når hun flyttet tilbake til hjembygden sin ble alt verre. Hun startet i jobb, men måtte avbryte da hun ikke lenger klarte å komme seg opp av sengen, hun så ingen mening med livet og fikk suicidale tanker. Hun ble etter hvert innlagt på akutt mottak, og videre sendt til DPS. I møte med henne på DPS, fremstår hun som en svært sympatisk dame, velstelt og flink til å sette ord på tanker og følelser, men med lavt stemmeleie og svært forsiktig fremtoning. Hun forteller om savnet etter datteren, men at hun ikke ønsker å flytte tilbake til USA da hennes eksmann gjør det vanskelig for henne å møte datteren. Hun forteller om psykisk misbruk av eksmannen over lang tid, og at han nå har funnet seg en ny dame. Hun har lite kontakt med han, men «skyper» en del med sin datter. Hun prøver å skjule over for datteren hvordan hun har det, men sier at datteren kjenner henne så godt at hun gjennomskuer henne. Når jeg observerer Anne i samvær med andre prater hun og det virker som hun har det ok, men når jeg spør henne om hvordan hun har hatt det, så svarer hun ofte at hun føler seg «utenfor» seg selv, og at hun ikke helt klarer å være tilstede i samtalen. Hun synes det er veldig vondt å ha det sånn, men vet ikke hvordan hun skal komme seg ut av det. Hun ser ikke noe mening med livet lenger, da hun føler at datteren ikke lenger trenger henne like mye som før. Hun kjenner mye på initiativløshet, klarer ikke å glede seg over noe og hun ser håpløshet i det meste. Somatiske symptomer som mangel på søvn, dårlig matlyst og vekttap er også noe hun sliter med. Hun tenker ofte på at hun ikke ønsker å leve lenger.

1.4 Litteratursøk

Søket etter forskningsartikler er utført i søkemotoren NORART og MEDLINE. I MEDLINE brukte jeg søkeordene/nøkkelordene depression, cognitive therapy, og mental disorders/or psychiatric patient. I NORART ble søkeordene kognitiv terapi og depresjon brukt. Jeg har også funnet artikler på sykepleien sin hjemmeside, og google scholar.

1.4.1 Inklusjonskriterier

Tidsrom: 2003-2013

Språk: Norsk og engelsk

Publikasjonstyper: Forskningsartikler. Systematic reviews og meta analysis.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV/BEGREPSAVKLARING

2.1 Depresjon

I følge Berge og Repål (2002) er *depresjon* en fellesbetegnelse på en rekke tilstander der de mest fremtredende symptomene er overdrevet negativ tenkning, senket stemningsleie, lite overskudd og initiativ, søvnevansker, irritabilitet, uro og angst. Et annet typisk trekk er at mange har en urimelig negativ oppfatning av seg selv eller sin livssituasjon. Noen vil bebreide seg selv på det sterkeste for noe andre opplever som ubetydelig. Selvkritikken kan være nådeløs. Livspåkjenning og tap har som regel en stor betydning (Berge og Repål, 2010). En depresjon som er så alvorlig at den går ut over familieliv og arbeid og varer i flere uker trenger behandling. For å få diagnosen depresjon, bruker man ICD-10 systemet, den internasjonale diagnostikken (Kringlen, 2012).

Ved depresjon har en person mistet troen på seg selv, andre mennesker og troen på livet. Kroppen kan oppleves som langsomt fungerende og symptomer som tristhet og lav selvaktelse/selvfølelse, pessimisme, nedsatt fysisk og psykisk energi er typiske. Den deprimert kan føle seg utslått og overveldet av en håpløshet, og ser ikke noe hensikt med å anstrenge seg for å bekjempe depresjonen. Depresjon blir ofte delt inn i mild, moderat og alvorlig (Hummelvoll, 2004). Jeg vil se nærmere på alvorlig depresjon da det er dette Anne lider av.

2.1.1 Alvorlig depresjon

I følge Hummelvoll (2004) er vurderingsevnen til alvorlig deprimerte pasienter ofte meget dårlig fordi de ikke bryr seg om konsekvensene av sin atferd. Det kan være stor avstand mellom personens oppfatning om hvordan man burde være (det moralske selv) og slik man opplever seg (selvaktelse), derfor kan man overveldes av følelser av skyld og verdiløshet. Personen vil føle seg ulykkelig, fortvilet og ubrukkelig, hjelpeløs og håpløs. Drifter og impulser har nådd en stillstand, og objektreasjoner er forstyrret, noe som gjør at alle typer tapsopplevelser ikke blir mulig å tolerere. Tankeprosessen vil være ulogisk, og hukommelse, konsentrasjonsevne og oppmerksomhet blir betydelig svekket. Evne til kommunikasjon kan også være betydelig redusert.

2.1.2 Årsaken til depresjon

Depresjon er knyttet til et mangesidig samspill mellom arv, biologi, kultur og samfunn. Som ved de fleste psykiske lidelser kan ulike typer depresjon ha forskjellige årsaker, og det er store forskjeller mellom individer (Berge og Repål, 2010). Det er samspillet mellom bestemte gener og visse miljøfaktorer som fremkaller depresjon (Kringlen, 2012). Mange deprimerte stiller seg spørsmålet; «Hvorfor er jeg deprimert?» Det trenger ikke alltid å være en årsak, og mange forstår ikke hvorfor dette skjer dem. Forskning har heller ingen enkle svar på dette. Berge og Repål (2002) har valgt å dele forholdene som kan bidra til å utvikle en depresjon inn i tre kategorier; sårbarhet for å utvikle depresjon, forhold som kan føre til at depresjon utløses, og forhold som kan bidra til å opprettholde problemene.

Sårbarhet for å utvikle depresjon; Siden kroppen har en del reaksjoner som blant annet tretthet energimangel og søvnproblemer er det naturlig å tenke at biologien spiller en sentral faktor. Alt vi foretar oss blir kontrollert av hjernen, og noen av overføringsstoffene kan virke spesielt inn på områder som har med depresjon og angst. To av dem er serotonin og noradrenalin som har med menneskers følelsesliv. Deprimerte personer kan ha et underskudd på disse stoffene, men det er ikke i seg selv en årsak til depresjon. Både arvelige forhold og livsbelastninger kan forårsake underskudd på disse stoffene.

I følge Berge og Repål (2002) viser studier at arv har større betydning jo mer alvorlig depresjonen er. Biologiske og psykologiske forhold er nært forbundet, kropp og sjel er to sider av samme sak. Noen som er arvelig belastet for depresjon kan være mer sårbar og mindre motstandsdyktig for livsbelastninger. Det vil alltid være vanskelig å vite hva som kom først. Personligheten vår blir formet i barne- og ungdomsårene. Mange som opplever omsorgssvikt kan oppleve en usikkerhet som blir grobunn for depresjon og angst senere i livet, men det er ikke noe automatikk i det. Noen mennesker har en personlighet som gjør at de har en høyere risiko for å utvikle depresjon. Måten de tenker, føler og handler gjør dem mer sårbare for livsbelastninger. De kan være mere nervøse og sensitive enn andre og reagere sterkt på negative hendelser og avvísninger. De har også en tendens til negativ tenkning, og har mindre tro på seg selv.

Forhold som kan føre til at depresjon utløses; Eksempler som sykdom, langvarig smerte, gledesløse og konfliktfylte parforhold, problemer i forbindelse med barna, skilsmisse, ensomhet og mangel på sosial støtte, tap/dødsfall, utilfredsstillende studie, arbeidsmiljø eller økonomiske problemer kan føre til depresjon. Der er viktig å tenke tilbake på perioder i livet da problemene startet og hva som skjedde da. Det er sjelden tilfeldig når depresjonen dukker opp, og ofte har problemene en sammenheng med noe som har skjedd. Andre ganger er det vanskelig å se en slik forbindelse. Undertrykte følelser kan også bidra til depresjon på sikt.

Forhold som kan bidra til å opprettholde problemene; Mye av det som er blitt beskrevet ovenfor kan medvirke til at depresjonen opprettholdes som for eksempel belastningene av en skilsmisse som fremdeles har negativ innvirkning på ens liv. Det kan bli onde sirkler der problemene forsterker hverandre. Noen onde sirkler kan blant annet være at deprimerte mennesker ofte blir passive og isolerer seg. Jo mindre man gjør jo trette og mindre motivert blir man, og det blir vanskeligere å ta initiativ for å få kontakt med andre.

2.2 Kognitiv terapi

Ordet *kognisjon* betyr det samme som *tenkning*. Tankene våre, både de bevisste og de mer ubevisste, har stor innvirkning på våre følelser og sinnsstemninger. Kognitiv terapi kan endre et uønsket tankemønster. Burns (2005) sier at du føler det du tenker, og at følelsene er et resultat av tankene dine mer enn hva som faktisk skjer med deg. Tankene skaper følelsene dine. Når man endrer tankemåte, kan man endre måten man føler på.

Utviklingen av kognitiv terapi startet i USA på slutten av 1960 tallet av metodens grunnlegger Aaron T. Beck. Hans forskning på depresjon resulterte i den kognitive terapiformen. Studier viste at depressive pasienter hadde en systematisk negativ bearbeiding av informasjon (Nielsen og von Der Lippe, 1993). Tilnærmingen motvirker også avmakts- og hjelpeløshetsfølelse. Derfor kan terapien beskrives som en hjelp til selvhjelp, der behandleren er ekspert på metoden mens pasienten har ansvaret for å innhente erfaringer som kan avkrefte eller bekrefte de antagelser som er blitt diskutert. Forskning viser også at kognitiv terapi kan være like effektivt som medisiner, men at det er avhengig av at terapeutens ekspertise for at man skal lykkes (DeRubeis m.fl., 2005).

Sentralt i kognitiv terapi står; negative automatiske tanker, feiltolkninger/tankemønstre, levereregler, og ABC-modellen.

2.2.1 Automatiske tanker

Automatiske tanker er raske, korte og ureflekterte. Det er tanker som bare dukker opp, utløst av noe vi ser, lukter, opplever, føler eller kjenner (Wilhelmsen, 2008). De er ufrivillige og visuelle bilder som strømmer inn vår bevissthet på svært kort tid, og er verken viljestyrte eller klart gjennomtenkte. Ofte husker vi ikke hva vi tenkte før vi fikk en følelse. Tankene kan ha et kort men spesifikt innhold som for eksempel; «jeg er dum» eller «alt er min skyld», og det er ofte spesielle situasjoner eller at man er i en spesiell sinnsstemning som utløser de. Siden vi ikke er vant til å fokusere oppmerksomheten på dem, aksepterer vi dem som sanne (Nielsen og Von Der Lippe, 1993). Berge og Repål (2004) mener at vi må oversette tanker til ord slik at de blir lettere å reflektere rundt betydningen av dem. Dette kan være vanskelig da mange tanker er knyttet til sansene våre og ikke har et verbalt innhold. Tankene kan også være ubehagelige og gjenkalle noe som gjør de vanskelig å gripe fatt i. Den vanligste måten å identifisere negative tanker på er å ta utgangspunkt i en nylig opplevd situasjon som manifesterer problemet, og deretter stille seg spørsmålene; Hva skjedde? Hva sa han/hun? Hva gjorde du? Det er viktig å unngå grublerier og rasjonaliseringer. Når man har identifisert de negative tankene kan man spørre pasienten om hvor mye hun tror på disse tankene fra en skala fra 0-100. Formålet er da å redusere og motbevise troen på disse tankene og eventuelt å finne alternative fortolkningsmuligheter som er mer sannsynlige. Resultatet kan bli at hun tror mindre på dem (Nielsen og von Der Lippe, 1993).

2.2.2 Feiltolkninger/tankemønstre

Vårt tankemønstre opprettholder måten vi tenker på som gjør at vi kan feiltolke informasjon om oss selv, verden og fremtiden. Feiltolkninger er ulike måter et individs kan misopfatte eller forvrengte en situasjon. Slike feiltolkninger kan være;

Overgeneralisering; Man generaliserer fra en hendelse til alle hendelser, og man antar at

hvis det skjer en gang så skjer det alltid. For eksempel hvis noen gjør en feil, så er også alt det andre man har gjort feil.

Svart/hvitt eller alt eller intet tenkning; Dette er perfektjonistisk tenkning, der man kun fokuserer på det som har vært negativt og overser alt det som er positivt. Man ser lite nyanser, mennesker blir enten snille eller stygge. Dagen er god eller dårlig.

Tankelesning; Man tar for gitt at den andre skal forstå hva en har lyst til, uten at man har sagt det. Man kan også tro at man kan lese andre sine tanker uten at man føler behov for å sjekke om ens tolkning stemmer eller ikke.

Følelsesmessig resonering; Man avgjør hva som er riktig eller galt ut ifra hvordan man føler seg. Man tar følelsene som bevis på at noe er riktig. Et eksempel kan være hvis man er redd for å bruke heis, så er heis farlig. (Nielsen og Von Der Lippe, 1993)

Katastrofetenkning; Alle situasjoner kan få det verst tenkelige resultat, der en liten bagatell blir en katastrofe. Man overdriver i negativ retning.

Vilkårlig tankeslutning; Man bygger tanke sine på forhastede slutninger, og før man har hørt ferdig historien har man bestemt seg for hvordan den skal ende.

Kikkertsyn; En situasjon blir forstørret eller forminskert slik at man ikke får en realistisk oppfatning.

Personalisering; Negative hendelser har alltid noe med en selv å gjøre, man tar på seg ansvaret for noe man ikke er delaktig i.

Årsaksforklaring; Det er en tilfeldig årsak til problemene som ikke kan kontrolleres. Skulle, burde eller måtte tenkning som kan gi skyldfølelse, dårlig samvittighet eller motstand. http://www.kognitiv.no/kognitiv_terapi.

Stempling; Man identifiserer seg med sine mangler. I stedet for å si at jeg gjorde en feil, så sier man til seg selv at; «Jeg er en idiot» (Burns, 2005).

2.2.3 Leveregler/skjema

Leveregler eller skjema er den basale komponenten i Becks modell. Vi bruker leveregler for å fortolke, klassifisere og analysere en hendelse. Det fungerer som et filter som vi opplever verden gjennom og virker direkte på personens persepsjon, tenkning og hukommelse som igjen påvirker våre følelser og handlinger. Leveregler blir dannet i barndommen, og er et resultat av erfaringer. De er som oftest stabile og ligger latente og aktiveres i spesielle situasjoner. De negative levereglene er ikke bevisste, men en

urealistisk måte å fortolke en situasjon på negativt. Når en negativ leveregel aktiveres, vil negative automatiske tanker komme inn i vår bevissthet, og personen kan feil tolke situasjonen (Nielsen og Von Der Lippe, 1993).

Levereglene er våre oppfatninger vi har om oss selv, verden og fremtiden. De forteller oss hvordan vi tror at andre oppfatter oss, og hvordan vi bør oppføre oss. Noen leveregler eller grunnholdninger er uhensiktsmessige og kan skape store problemer. Psykiske problem kan gjøre det nødvendig å tenke over hvorfor de har oppstått. Vanligvis knytter de seg til tidligere ubehagelige og skremmende opplevelser. For eksempel hvis oppveksten ens var preget av avvisning, neglisjering og forbud mot å vise følelser, kan man lett få inntrykk av at alt er ens egen skyld, og at det er en selv som er problemet. Erfaringen vi gjør oss med for eksempel våre foreldre blir etter hvert grunnholdninger. Barn som ikke har noen motforestillinger ville tenke at disse grunnholdningene er fortjent. Antakelsene man gjør seg kan bli sannheter man tror på og skape både angst og depresjon (Norsk forening for kognitivterapi).

Man kan dele opp levereglene i to typer. De primære levereglene er kjernen i ens oppfatning av seg selv og andre. De er de mest grunnleggende levereglene og gir opphav til de sekundære levereglene. Eksempler på primære leveregler er; «Jeg er dum», «Jeg er ingenting verd», «Ingen bryr seg egentlig om meg» eller «Alle må like meg». De sekundære levereglene har et «hvis så» format som blir aktivert i spesielle situasjoner, som for eksempel; «Hvis jeg ikke er likt av alle er jeg verdiløs» (Nielsen og Von Der Lippe, 1993). Hvis man har en leveregel som sier at man er dum, så kan den sekundære leveregelen være at jeg er mislykket eller at jeg må gjøre mitt beste på skolen. Sekundære leveregler er av betinget karakter og er ikke like sterke som de primære levereglene. Som for eksempel: Hvis jeg er eller tenker slik må det få konsekvenser (Nielsen og Von Der Lippe, 1993).

2.2.4 ABC-modellen

For å endre negative tankemønstre er det nødvendig med et systematisk og hardt arbeid som kan ta utgangspunkt i en ABC modell som inneholder følgende punkter (Berge og Repål, 2004):

- A. Hendelsen (activating events).
- B. De tanker vi gjør oss om hendelsen (beliefs).
- C. Følelser, kroppslige fornemmelser og atferd (consequences).

(A) er den utløsende hendelsen, mens (B) er tanker, forestillingsbilder, oppfatning og minner knyttet til (A.) (C) står for de følelsesmessige.

http://www.kognitiv.no/kognitiv_terapi. Man reager ulikt fra person til person selv om hendelsen er helt lik, og hvordan man reagerer avhenger av hva man tror årsaken er, fordi våre følelser er forbundet med den meningen vi tillegger en gitt hendelse (Berge og Repål, 2004). Et eksempel kan være hvis «Anne» venter besøk (A; hendelse) av en god venninne som ikke dukker opp, kan hun enten bli (C; følelser) såret og trist å tenke (B; tanker) «hun bryr seg ikke om meg», eller hun kan reagere med (C) lettelse fordi hun egentlig hadde (B) lyst å være alene og gjøre andre ting den kvelden. Vi blir ofte fortvilte, urolige eller deprimerte ut fra de tankene vi gjør oss om hendelsene, derfor kan endring i tankene føre til endringer i følelsene. Det er viktig å få kunnskap om hvilke tanker som hemmer eller fremmer mestring, tilpasning eller endring (Berge og Repål, 2010).

2.2.5 Kognitiv terapi ved depresjon

Det finnes flere kognitive tilnærminger, og jeg velger å ta utgangspunkt i Aaron T. Beck sin forståelse. Det blir viktig for pasienten å legge merke til negative tanker som mørklegger minner, opplevelser og forventninger. Aaron T. Beck beskriver «den kognitive triade», et deprimert menneskes negative syn på; seg selv (følelsen av å være utilstrekkelig, mislykket og uverdig), omverdenen, inklusive andre mennesker (kjedelig/meningsløs, likegyldig/kritiske), og fremtiden (som ser dystert ut og uten håp). Disse negative levereglene kan være resultat av tidligere vonde livserfaringer og tapsopplevelser som aktiveres med nye tap og påkjenninger. Terapeuten argumenterer ikke med negative tankemønstre, men prøver å stimulere til refleksjon og stille spørsmål, og ved å foreslå alternativer (Berge og Repål, 2010). Det legges stor vekt på at terapeuten skal være ekte, tålmodig, empatisk og ubetinget aksepterende. Man skal stille relevante og

konkrete spørsmål som får klienten til å reflektere over egne opplevelser (Nielsen og von Der Lippe, 1993). Det er en målsetting å forenkle problemstillingene da pasientene ofte er forvirret og usikre og føler at problemene kan bli for overveldende. En terapeut vil derfor få en oversikt og sortere problemstillingene, og sammen med pasienten bli enig om et tema man kan starte med (Wilhelmsen, 2008).

I følge Berge og Repål (2004) er sentrale mål i kognitiv terapi å styrke pasientens ferdighet til å identifisere selvdestruktive onde sirkler, og bli oppmerksom på angstfremkallende, urimelige selvkritiske eller pessimistiske tankemønstre. Terapeut og pasient jobber med å finne alternative tenke og handlemåter som er rettet mot problemene pasienten møter i sin hverdag. Berge og Repål (2004) sier videre at endringen av tankemåten ikke vil finne sted hvis ikke alliansen mellom terapeut og pasient er sterk og trygg og at pasienten føler tillit til terapeuten sin. Terapeuten skal fremstå som en ledsager eller guide og bruke sokratiske spørreteknikk som vil si å være nysgjerrig og stille undrende spørsmål. Spørsmålene kan skape tvil hos pasienten, og som følge av dette kan en begynne å tvile på sannheten og grunnlaget for egne tanker.

Når behandlingen begynner må pasienten i samarbeid med terapeuten finne frem til en realistisk målsetting for en gitt periode, for eksempel 15 samtaler. Det kreves en stor grad av egeninnsats hos pasienten for at behandlingen skal lykkes, og dette gjøres i form av hjemmeoppgaver. Det er vanligvis følelsene som får oss til å søke hjelp, ikke de negative tankene. Det er derfor viktig å ta følelsene på alvor siden de kan være en motivasjon til å gjøre noe med problemene (http://www.kognitiv.no/kognitiv_terapi). Målet er ikke å få pasienten til å tenke positivt, for urealistisk positiv tenkning kan svekke muligheten til å mestre livsproblemene, men å reflektere rundt betydningen av ulike måter å tenke på. Den indre samtalen til deprimerte mennesker kjennetegnes av en strøm av ubehagelige tanker som bidrar til handlingslammelse og ubesluttsomhet. Alvorlig deprimerte tolker det meste som skjer negativt, og man tar det negative for gitt uten at man reflekterer noe mer over det Berge og Repål, (2010). En situasjon kan gi gode tanker følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger, men det kan like gjerne gi vonde og ubehagelige reaksjoner og følelser. Det kan være nyttig å kartlegge hvilke følelser som plager pasienten For å se nærmere på våre negative tanker og hvordan de påvirker følelsene kan man bruke ABC modellen. Da kan man ta for seg en bestemt positiv eller negativ situasjon, og se på hvilke følelser den skaper. Dette kan gjøres hjemme og pasienten kan beskrive situasjonen som

hun er i når følelsene kommer, deretter notere ned automatiske tanker, bilder og forestillinger hun har om situasjonen. Dette gjør oss mer bevisst, og gir større innsikt i våre følelser. Når man klarer å fange opp de negative automatiske tankene, kan man revurdere dem og teste dem ut i virkeligheten. Man kan også spørre pasienten om hun kan angi i prosent hvor mye hun tror på disse tankene (0-100). Når man tenker gjennom situasjonen på nytt kan det hende at man får nye tanker og følelser. Følgende mål kan deretter være at tankene må bli tidsbegrenset, mer presise, ikke bygge på følelser, og at man får en mer balansert oppfatning av realitetene. Av og til kan det være nok å finne de automatiske tankene for å få det bedre, og noen ganger må man grave dypere for å finne uhensiktsmessige grunnantakelser og levereregler som bestemmer det automatiske tankene (http://www.kognitiv.no/kognitiv_terapi).

3.0 DISKUSJON

Før man kan hjelpe Anne og andre pasienter gjennom kognitiv terapi må man finne ut om de har evner til identifisere tanker og følelser. En annen forutsetning er at de må være motiverte for behandling. Anne er en «oppegående» og intelligent dame, og er flink til å sette ord på følelser og tanker, jeg tenker derfor at hun egner seg godt til denne terapiformen. Samtidig er det viktig å huske på at pasienter som har opplevd mye sorg i livet trenger å bli møtt på en god og omsorgsfull måte som ikke nødvendigvis innebærer kognitiv terapi. Som sykepleier må man se hele mennesket, ikke bare «studere» tankene. En kritikk mot kognitiv terapi er at den blir for symptomrettet og gir god effekt på kort sikt som kan skape forventninger hos pasientene om «kvikk-fiks» - mens for noen er effekten avtagende og da handler det kanskje om en bredere tilnærming om endring av livssituasjonen. Deprimerte personer sliter vanligvis med reelle livsproblemer og det er viktig at man ikke bagatelliserer situasjonen. Videre kan man også se etter om pasienten har en redsel for å avsløre tanker og følelser og er villig til å akseptere de negative tankene og følelsene. Har hun tendenser til å overlate alt ansvar til terapeuten (Nielsen og Von der Lippe, 1993)? Jeg opplever at Anne er motivert og har evne og villighet til å etablere et gjensidig samarbeidsforhold, og at hun har et ønske om å bli kjent med egne negative tanker. Jeg har tegnet og forklart ABC-modellen, og hun har derfor fått en god forståelse for hva kognitiv terapi er og for ABC- modellen. Som tidligere skrevet er det en forutsetning at vi har opparbeidet en god allianse og at Anne har tillit til meg som hjelper. I følge Nielsen og von der Lippe (1993) er det viktig å møte pasienten på en ekte, empatisk og ubetinget aksepterende måte. Jeg prøver å bekrefte og validere Annes opplevelser og perspektiv. Hjelperen skal vise tålmodighet, varme og nærhet. Jeg prøver å vise henne med et smil og et blick at jeg er oppriktig interessert i henne som person, ikke bare som pasient. Dette er noe jeg føler jeg har fått til da Anne ofte søker etter meg når hun har behov for å snakke. Etter vi har hatt en samtale takker hun ofte for samtalen og hun virker litt mere tilfreds, samtidig som hun har fått noe annet å tenke på. Forskning viser også at kognitiv terapi kan være like effektivt som medisiner, men at det er avhengig av at terapeutens ekspertise for at man skal lykkes (DeRubeis m.fl., 2005).

Vi har hatt mange samtaler der jeg har fått et overblikk over hennes interesser og ferdigheter, livshistorie, familie, jobbsituasjon og sosiale nettverk. Hun har også delt tanker som plager henne med meg. Berge og Repål (2004) sier at det er en glidende

overgang mellom psykiske lidelser og normal fungering, det er derfor viktig at jeg som hjelper ikke ser på vesensforskjeller men gradforskjeller. Da blir det lettere for meg å kjenne meg igjen i hva et menneske med depresjon opplever. Jeg har også kommet med egne eksempler på hvordan jeg selv har hatt det tøft noen ganger. Dette er for å normalisere det Anne går igjennom, samtidig som jeg viser at jeg har forstått hva Anne føler. Dette skaper mer maktbalanse hos pasienten og skaper en felles forståelse for det som skal jobbes med. Samtidig er det viktig at jeg beholder den profesjonelle rollen som sykepleier og ikke blir for privat. Jeg skal ikke belaste pasienten med mine problemer, men jeg kan velge å dele en erfaring for å gjøre en situasjon mere «normal».

3.1 Faktorer som har bidratt til at Anne har blitt deprimert

I følge Halvorsen og Nordahl (2012) er det en veletablert sammenheng mellom belastende livshendelser og debut av første depressive episode. Livsbelastende hendelser kan for eksempel være vennskap, vansker i jobben og problemer i parforhold. For å få en forståelse for hva som har gjort Anne deprimert kan man gå tilbake i tid. Finnes det noen årsaker eller sammenhenger mellom vanskene? Selv om det kan være en sammenheng mellom arv og utvikling av depresjon, er det viktig at man er klar over at det kan være mange andre årsaker til depresjon. Som tidligere skrevet er det viktig å tenke tilbake på perioder i livet da problemene startet og hva som skjedde da. Det er sjelden tilfeldig når depresjonen dukker opp, og ofte har problemene en sammenheng med noe som har skjedd. Andre ganger er det vanskelig å se en slik forbindelse. Undertrykte følelser kan også bidra til depresjon på sikt. Hvis vi ser på Annes oppvekst, så er det ingen tegn til omsorgssvikt ut ifra det hun har fortalt meg. Hun hadde forholdsvis stabile og trygge foreldre og vokste opp sammen med to søsken som hun fortsatt har et godt forhold til. Samtidig kunne hun føle at mor aldri var helt fornøyd med prestasjonene hennes, både når det gjaldt skole og hjemme i huset. Anne strevde ofte for å få bekreftelse på at det hun gjorde var bra nok. Halvorsen og Nordahl (2012) hevder at depresjon har et biologisk grunnlag, og at familiestudier har funnet en moderat arvelighet for depresjon. Anne fortalte at hennes bestemor hadde vært ustabil i humøret, og når barna spurte foreldrene hvorfor bestemor ikke ble med i familiesammenkomster og liknende, så ble de ofte bare avfeiet med at bestemor ikke følte seg bra. Familien til Anne har ikke vært så flinke til å snakke om

følelsene sine, og det ble heller aldri snakket om bestemoren. Hun vet derfor ikke om bestemoren hadde fått diagnosen eller behandling for depresjon.

Da hun flyttet til USA følte hun at depresjonen kom snikende. Hun følte seg ofte ensom, og i begynnelsen var språket et problem for henne. Hun hadde vansker med å finne en jobb hun trivdes med og følte seg ofte mislykket. Hun ble etter hvert sammen med mannen hun giftet seg med, og de fikk en datter sammen. Dette ble en kortvarig redning for Anne, og hun følte at livet noen år ble meningsfullt igjen. Etter ca. 10 år skilte de seg. I følge Berge og Repål (2002) er det vanlig at mange går inni en depresjon etter en skilsmisse, særlig det første året. Det er en sterk forbindelse mellom ekteskapelig tilfredshet og depresjon, særlig hos kvinner. Bruddet for Anne ble både befriende og ydmykende da det var utroskap og psykisk mishandling inne i bildet. Berge og Repål (2002) hevder at mennesker som utsettes for vedvarende mishandling og trakassering reagerer med langvarige krisereaksjoner og ofte utvikler depressive lidelser. Det ga henne også økonomiske problemer, noe som igjen ga henne en følelse av å være mislykket. Berge og Repål (2002) sier videre at depresjon kan hemme mulighetene til å løse hverdagslige problem som for eksempel økonomiske bekymringer, noe som forsterker opplevelsen av ikke å strekke til. Hun opplevde angst for å være ute blant folk samtidig som hun mistet den nære kontakten til sin datter da hun flyttet. Berge og Repål (2002) hevder at tap som for eksempel at barna flytter hjemmefra, kan svekke selvfølelsen og gi en følelse av håpløshet. Tapet kan være alvorlig i seg selv, men det kan også bli forsterket ved minner om tidligere tap. Anne opplevde at hun ble mye alene, og livet ble ikke så meningsfylt lenger. Samtidig følte hun en sterk skyld overfor datteren sin da hun var redd for at hun skulle bli skadelidende. Når hun prøvde å gjøre bot for dette, følte hun at hun kom til kort. Dette gav depresjonen ny næring. Hun følte at hun ble for passiv og ettergivende, og mindre flink til å svare på datterens behov noe som ga henne enda mer dårlig samvittighet. I følge Berge og Repål (2004) angriper depresjonen kvaliteter som å være en god lytter og problemløser, å være varm og ivaretagende, tolerant og tålmodig. Deprimerte har ofte mer enn nok med seg selv og med å komme seg gjennom hverdagen. Som vist her har det vært mange faktorer som har bidratt til at Anne har blitt deprimert.

3.2 ABC-modellen og identifisering av automatiske tanker

For å kunne hjelpe Anne og bruke kognitiv terapi må man ta utgangspunkt i følelsene, og deretter lære å identifisere negative tanker. Den vanligste måten er å ta fatt i en hendelse som har skjedd nylig der problemet manifesterte seg (Nielsen og von der Lippe 1993). Man kan også lage en liste over de mest aktuelle problemene. Det kan være en god ide og starte med noen «enkle» problem for å teste ut effekten av terapiformen samtidig som det også kan gi håp om endring. Vi kan ta utgangspunkt i ABC-modellen. Som for eksempel det å stå opp om morgenen (A). Hvilke tanker (B) er det som går gjennom hodet til Anne når hun ligger der i sengen og ikke orker tanken på å stå opp? Hva føler (C) hun? Jeg gir Anne i oppgave å skrive ned hvilke tanker som strømmer gjennom hodet hennes når hun ligger i sengen neste morgen. Det å skrive ned tankene er viktig i kognitiv terapi, forskning viser at de som gjør skriftlige oppgaver oppnår en langt større fremgang enn de som ikke gjør det (Burns 2005). Det er vanlig med hjemmeoppgaver der pasienten får jobbe videre med det man har snakket om, samtidig som de blir mer engasjerte og aktive i sitt eget forsøk på endring. Dette kan gi større fremgang og bedre resultat enn andre terapi former som kanskje bare har en samtale i uken. Forskning viser også at kognitiv terapi har teknikker som man kan bruke selv. Hallberg og Ørbeck (2006) hevder at teknikkene er ufarlige fordi pasienten er aktiv deltagende i egen behandling, som er basert på commonsense-prinsipper som de forstår. Dermed opplever de mer kontroll over situasjonen sin. Tilnærmingen motvirker således også avmakts- og hjelpeløshetsfølelse siden pasienten har ansvaret for å innhente erfaringer som kan avkrefte eller bekrefte de antagelser som er blitt diskutert er pasienten som. Terapien blir derfor sett på som en hjelp til selvhjelp. For at man skal kunne lykkes viser forskning at det er avhengig av terapeutens ekspertise (DeRubeis m.fl. 2005).

Neste gang vi snakket sammen fortalte Anne meg at hun tenkte tanker som; «Jeg er en mislykket person», «Jeg er en taper», «Nå må jeg snart greie å stå opp» og «Ingen liker meg lenger». Dette er negative automatiske tanker. Hun merket at jo lenger hun ligger i sengen jo flere sånne tanker får hun. Og jo mer hun grubler jo mer trist og motløs blir hun. Berge og Repål (2002) sier at å føle seg nedtrykt kan virke innpå tankeaktiviteten. Jo mer deprimert du føler deg, desto mørkere kan tankene bli, og jo større håpløshet du føler desto flere pessimistiske tanker vil du danne deg. Grubling kan i seg selv bli problem som medfører bekymring, og den kan plage og hemme en og bringe en dypere inni

depresjonen. Burns (2005) hevder at depresjon er verdens eldste bedrager. De negative tankene som gjør en fortvilet synes å virke reelle og troverdige, men i virkeligheten er de nesten alltid forvrengte og ulogiske. Samtidig kan tankene være reelle og da er det viktig å ta tak i dem og jobbe ut ifra det. Burns (2005) sier videre at i mange tilfeller er de negative følelsene både riktige og sunne, og at man må lære seg når man skal akseptere disse følelsene. Det er like viktig å lære seg hvordan man skal håndtere en reell negativ situasjon som hvordan man skal kvitte seg med forvrengte tanker og følelser. Som det å «miste» en datter er det naturlig å føle sorg over, det er et tegn på at Anne føler omsorg. Man trenger ikke å strebe etter å føle seg lykkelig hele tiden, eller ha total kontroll på følelsene sine. Det går ikke an å være fullstendig rasjonell og objektiv bestandig. Å oppleve vanskelige ting i livet gir oss muligheter til å vokse og få en dypere forståelse til hva det innebærer å være menneske.

3.3 Identifisering av negative tankemønstre

Jeg hjelper henne med å identifisere de negative tankemønstrene først. Når Anne tenker at hun er mislykket, overbeviser hun seg selv om at hun ikke er verd andres kjærlighet. Hun har et kikkertsyn der hun kun ser det negative i situasjonen og overser det som er positivt, og hun har satt et stempel på seg selv som mislykket og at hun er en taper som ingen liker lenger. Å sette slike stempel er et eksempel på «alt eller intet-tenkning» og det er en irrasjonell handling som bare fører til sinne, angst, frustrasjon og lav selvspekt (Burns, 2005). Anne bruker også tankelesning, der hun forteller seg selv at ingen liker henne lenger. Dette gjør hun helt uten videre, før hun faktisk har sjekket fakta. Hun bruker også følelsesmessig resonnering som at når hun føler seg mislykket og er en taper, og tenker at da må hun være nettopp det. Hun har også et «burde-skulle-må» utsagn som gjør at hun føler seg utilstrekkelig og gir henne skyldfølelse. Denne tankemåten får henne også til å føle seg verre. Det gir henne også en motvilje om å komme seg opp av sengen, og trang til å gjøre det motsatte. For å unngå dette tankemønsteret kan man bytte ut burde/må med et annet ord som for eksempel; «Jeg ville foretrekke at jeg sto opp av sengen». Når Anne blir mer bevisst på disse «tankefellene» blir hun mer klar over at disse tankene er forvrengte og at de ikke nødvendigvis stemmer. Burns (2005) sier at når man har en negativ tanke, kan man spørre seg; «Ser jeg på situasjonen på en «enten-eller», eller «sort-hvit» måte? Tenker jeg om meg selv at jeg er enten absolutt vellykket eller fullstendig mislykket?» Det å gå i

«alt eller intet tankefellen» er en av de vanligste årsakene til depresjon. Jeg spør Anne hvilke bevis hun har for at disse tankene er sanne? Fordi vi føler oss elendige, tror vi ofte at verden er elendig, uten å sjekke fakta. Så snart man sjekker fakta vil en se det i et annet lys (Burns, 2005). Hvordan kan Anne motsi tankene sine? Jeg spør henne om det er det sant at ingen liker henne lenger? Og så spør jeg henne om hvor mye hun tror på tanken om at ingen liker henne, og gradere på en skala fra 0 til 100 hvor mye du tror på den, der 0 er at hun ikke tror på dem, og 100 er at hun tror fullt og fast på dem. I startfasen bør man være litt forsiktig med å bruke skalering av tanker da det kan bli oppfattet som lite empatisk. Å gradere hvor mye hun tror på tankene sine får Anne til å tenke over om det faktisk stemmer at absolutt ingen liker henne. Hun kommer frem til at det er mange som er glade i henne, slik som datteren hennes og nærmeste familie. Da har hun fått erstattet tanken (C) fra at «ingen liker meg» til «mange er glade i meg». Hun graderer derfor tanken på 50. Det at hun har fått erstattet en negativ tanke til en ny gjør Anne litt lettere til sinns.

I samtale med Anne kan jeg av og til bli for fokusert på teknikken i kognitiv terapi og glemme å lytte og være tilstede her og nå. Selv om man har en del teknikker og verktøy er det viktig og ikke glemme å lytte godt etter og vise empati. Man kan ikke bestemme seg for å være empatisk, dette er noe hver enkelt pasient føler at man som terapeut er. Det å sette seg inn i andres følelsesliv er på den andres premisser. Det er bare pasienten selv som vet om hun føler seg forstått. Det er heller ikke lett å forstå et annet menneske fullt ut, men med livets erfaringer, kan man lettere sette seg inn i en situasjon. Samtidig som det er viktig at jeg ikke tolker hennes følelsesliv som det var mitt eget. Som nyutdannet er det lett å bli for ivrig etter å bruke disse teknikkene, og man kan glemme at det ofte er en person som bare trenger å få prate litt og at noen bare lytter og viser forståelse. En kritikk mot kognitiv terapi er at mange terapeuter kan bli for ivrig med å vise sin flinkhet med teknikkene noe som kan gjøre at pasientene opplever tilnærmingen som kritikk mot måten de tenker på. Det er viktig at jeg fokuserer på følelsene, ikke bare på tankene hennes. Det kan være mye sårhet mellom linjene, og det er viktig å stoppe opp for å spørre hvordan det føles. Det gir et empatisk møte samtidig som det gir viktig informasjon. Jeg er også bevisst på kroppsspråket til Anne, det kan også gi mye informasjon om hvordan hun har det. Anne forteller at hun ikke har tatt kontakt med vennene sine på lenge, og at hun ikke har tatt telefonen når den har ringt. I det siste har det sluttet å ringe noe som gjør henne enda mer overbevist på at ingen liker henne. Deprimerte kan bli passive og negative i sin væremåte overfor venner og familie, noe som igjen kan føre til at andre reagerer negativt på den

deprimerte. Den deprimerte kan ta seg nær av dette og bli enda mer negativ i sin tankegang (Berge og Repål, 2002). Jeg spurte henne hva hun trodde ville skje om hun ringte noen av venninnene sine for å be dem med på cafe. Anne spådde at alle ville komme med unnskyldninger og si at de var opptatt. I kognitiv terapi er det vanlig med hjemmeoppgaver, og jeg gir Anne i oppgave at hun i løpet av uken skal ringe vennene sine og invitere dem på cafe for å teste ut om tanken er sann. En av de kognitive mestringsstrategiene er å øke sosialt aktivitetsnivå. Positive og støttende relasjoner kan gi gode opplevelser (A), tanker (B) og følelser (C). Anne var motvillig til dette, og grudde seg men gikk til slutt med på det. Det viste seg at alle tre ble oppriktig glade da hun hadde ringt, og takket ja til invitasjonen. Her har Anne en ny mulighet til å erstatte en av sine negative automatiske tanker om at ingen liker henne med en ny. Det er viktig med balansert tenkning, og reflekter over om man har glemt viktige opplysninger, eller om man tenker at noe vil skje bare fordi det kan skje. Bruker Anne overdrevne ord som må/skal/alltid? Har Anne urimelige forventninger til seg selv? Hva er det verste som kan skje? Dette er sokratiske spørsmål som får Anne til å reflektere og kanskje finne en alternativ måte å forstå situasjonen på. Berge og Repål (2010) sier at i den kognitive forståelsen av depresjon legges det vekt på det sosiale samspillet. Gode relasjoner motvirker depresjon og ensomhet, eller negative relasjoner forsterker depresjonen og bidrar til tilbakefall.

Gode relasjoner står også sentralt i personsentrert psykoterapi. Dette er en annen terapiform som kunne vært aktuelt å bruke på Anne. Relasjoner er den helende kraften. Her er det mine ferdigheter som samtalepartner som blir sentralt. Sentralt står også det å være empatisk. Siden jeg og Anne har en god forståelse for hverandre så kunne jeg ha valgt denne retningen. Ved å bli forstått av meg, vil Anne forstå seg selv bedre, og hvis jeg lytter nøye til henne vil også hun bli bedre til å lytte til seg selv. Målet her er å bevege seg fra ikke å like seg selv til i større grad å akseptere seg selv. Her har mange ingen teknikker, men personen/pasienten står i sentrum. Man fokuserer ikke på depresjonen, men hva slags mening ubehaget gir. Men denne terapiformen er mere tidkrevende som helhetlig tilnærming, og egner seg ikke like godt da pasienter på DPS ikke er innlagt så lenge i gangen.

3.4 Leveregler

ABC-modellen kan være en enkel måte å motbevise eller realitetsteste om en tanke er usann, men tankene kan stikke dypere enn som så. Berge og Repål (2010) hevder at det er særlig tre områder som er knyttet til depresjon, behovet for å prestere og lykkes, behovet for å bli likt, elsket og akseptert og behovet for å være sterk og ha kontroll. Disse levereglene er vanligvis ikke klart formulerte eller bevisste, og dermed er de heller ikke lett å endre. Jo flere negative leveregler en person har, jo mer utsatt er personen til å utvikle depresjon. Anne har alltid vært en «snill pike» som alltid har prøvd å gjøre foreldrene sine til lags. Hun har siden hun var liten jobbet for å få deres anerkjennelse, og aldri følt at det hun gjorde var bra nok. En leveregel vi fant var, «Jeg må alltid gjøre andre til lags og leve opp til alles forventninger» og «Jeg må alltid forsøke å være feilfri». Anne tenkte at for å være verdifull må hun alltid være vellykket i det hun gjør. Jeg spør henne om hvilket forhold hun har til foreldrene sine i dag, og hvilke holdning hun har til dem. Anne sier at hun ofte føler at det fortsatt kan være et litt anstrengt forhold dem i mellom, da hun flyttet til USA mistet de mye av kontakten, og når hun flyttet hjem følte hun at de ikke forsto henne. Wilhelmesen (2008) sier at fortiden kan vurderes på flere måter, slik som synet på våre foreldre kan variere mye gjennom livet. Som voksen er det mulig å komme frem til et mer avklart forhold, der man ser både de svake og sterke sidene. Man må finne sin vei og velge sine holdninger, og at man ikke er dømt til å beholde den holdningen man har i dag. Mange føler seg bundet av fortiden til å se på den akkurat slik de gjør i dag.

Som sykepleier er det hele tiden viktig å vise respekt og medfølelse for å bygge videre på den gode alliansen en allerede har opparbeidet. Som sykepleier skal jeg være nysgjerrig, ikke prøve å overbevise Anne om at hun tenker «feil». Å påpeke negative tankemønster vil neppe føre til endring, men heller bli opplevd som kritikk. Man trenger ikke å argumentere mot tankene men heller spørre om bakgrunnen for hennes vurderinger og konklusjoner. Jeg må av og til ta meg selv i og ikke stille ledende spørsmål i stedet for sokratiske spørsmål som skal være undrende og utforskende. Man skal ha en «ikke-vitende» posisjon og dette er ikke alltid like lett da man ofte føler at man kan sitte med løsningene på problemene og lett kan komme med «gode råd». Man skal være åpen for hele pasienten og ikke la seg styre av egne verdier.

Anne har full råderett over sine holdninger, men jeg kan hjelpe henne med å reflektere over om holdningene hennes begrenser henne. Hun ønsker ikke å føle at hun aldri klarer å leve opp til foreldrenes forventinger, og at det hun gjør aldri er bra nok for dem. Anne skulle ønske at hun var gladere, friere og sterkere. Wilhelmsen (2008) sier videre at som barn er man umyndige og i stor grad prisgitt våre omgivelser og de voksne. Visse holdninger kan være både naturlige og nødvendige når man er barn, men i voksent liv virker de selvsaboterende og uheldige. Det er viktig å minne en selv på at man står helt fritt til å mene hva som helst, og ingen andre kan bestemme for oss. Hvordan fungerer holdningen «Jeg må alltid prøve å være feilfri» i Annes liv? Man kan tenke seg at tanken virker både hemmende og deprimerende. Det er lettere sagt enn gjort å endre en grunnholdning, men det vil ikke si at det er umulig. Det er Anne som må gjøre jobben for å kunne bli fri, og finne en ny holdning. Foreldrene kan ikke endres, men hvordan vi ser på dem og forholder oss til dem kan vi selv forme.

Som sykepleier er det viktig å kjenne sine begrensninger og mine samtaler med Anne er ikke alltid like enkle. Jeg kan ofte kjenne på at jeg blir påvirket følelsesmessig av det hun forteller meg, og at jeg av og til kan sitte igjen med en følelse av motløshet og tristhet. Det er ikke lett å hjelpe deprimerte pasienter, og ofte har de «gode grunner» til å være deprimerte. Det har vært store tap i livet til Anne og det er viktig at man respekterer det. Siden Anne er alvorlig deprimert er det viktig at hun også har faste samtaler med psykolog. Jeg konfererte med psykologen hennes om kognitiv terapi kunne passe på Anne før vi startet, og det sa hun seg enig i. Det er viktig at vi har samme målet og at vi vet hvordan og hva vi jobber med slik at vi ikke saboterer for hverandre. Psykologen Anne går til jobber ikke direkte med kognitiv terapi, men hun får ta opp temaer som hun tenker på og snakke fritt rundt dem. Vi møtes av og til for å samtale om hvordan det har gått, og jeg kan spørre om råd og reflekter over hva som har vært bra og ikke så bra. Det kjennes godt å ha noen man kan diskutere med og vite at jeg ikke har det fulle ansvaret.

4.0 KONKLUSJON

Målet med kognitiv terapi er å utvikle evnen til å tenke realistisk og analyserende, og som dermed gir en bedre kvalitet på de emosjonelle opplevelsene. Ved å endre dysfunksjonell tenkning kan man bli bedre. I kognitiv terapi prøver man å nå tak i det underliggende verdisynet som depresjonen bygger på, da budskapet verken gir rom for barmhjertighet eller nåde. Å bruke ABC-modellen kan være et nyttig redskap for å registrere tanker og følelser. Pasienter får hjemmeoppgaver der de må skrive ned tanker og følelser og hvor mye det tror på dem. Dette gjør de mer engasjerte og aktive i sitt eget forsøk på endring. Ved å bruke teknikkene man har lært kan man jobbe videre med det man har snakket om. Dette kan gi større fremgang og bedre resultat enn andre terapi former som kanskje bare har en samtale i uken. Tilnærmingen motvirker således også avmakts- og hjelpeløshetsfølelse. Terapien kan beskrives som en hjelp til selvhjelp, der behandleren er ekspert på metoden mens pasienten har ansvaret for å innhente erfaringer som kan avkrefte eller bekrefte de antagelser som er blitt diskutert. Samtidig kan terapiformen oppleves som symptomrettet som kan gi god effekt på kort sikt. Dette kan skape forventninger hos pasientene som en «kvikk-fiks», men for noen er effekten avtagende og da handler det kanskje om en bredere tilnærming om endring av livssituasjonen. Deprimerte kan ha rett i sine mange negative tanker da de kan gjenspeile alvorlige belastninger i livet og ingen er feilfrie. Terapien krever en del av pasienten og dypt deprimerte pasienter kan slite med å finne motivasjonen da de ofte har nok med bare å komme seg ut av sengen. Kognitiv terapi kan derfor ha størst effekt på milde depresjoner.

Denne teknikken løser ikke alle problem og at det kan virke mot sin hensikt hvis man fokuserer for mye på teknikkene. Dette kan bryte allianse og tilliten man har oppnådd. En kritikk mot denne terapiformen kan være at mange terapeuter blir for ivrige med å vise sin flinkhet med teknikkene noe som kan oppleves som kritikk mot pasientens måte å tenke på. Samtidig viser forskning viser at en god allianse med pasienten kan være like effektivt som medisiner. Det er ikke med alle pasienter man oppnår en god allianse, og dermed oppnår man ikke den gode kontakten som er en forutsetning for å få utbytte av terapiformen. Pasienter som ikke har så lett for å sette ord på følelser og tanker er ikke like godt egnet. Det er også viktig at pasienten må være motivert for endring før man kan gå i gang med kognitiv terapi. Man skal ha en ikke vitende posisjon og dette er ikke alltid like

lett da man ofte føler at man kan sitte med løsningene på problemene, og lett kan komme med «gode råd». Samtidig som man ikke må la seg styre av sine egne verdier men være åpen for hele pasienten. Det kan også være lett å komme med ledende spørsmål i stedet for sokratiske spørsmål som skal være undrende og utforskende. I mitt arbeid på DPS må man vurdere hvem som egner seg for den terapiformen. Målene må være realistiske og ikke så omfattende. Man må starte med de mest overkommelige problemene, da dette skaper håp om endring. Om pasienten er motivert og villig til å utforske følelsene og tankene sine så er kognitiv terapi et godt verktøy til å bedre hverdagen til visse pasienter.

Litteraturliste

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.

Burns, D. D, 2005: *Tenk deg glad*. DANOR Forlag AS, Arendal, Norway, 2005

Fagbokforlaget. 2.utgave. Bergen.

DeRubeis, R.J; Hollon, S.D.; Amsterdam, J.D.; Shelton, R.C.; Young, P:R.; Salomon,R. S.; O'Reardon,J.P.; Lovett,M.L.; Gladys M.M. ;Brown,L.L.; Gallop R. (2005) *Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression*. Arch Gen Psychiatry.

[https://psychology.sas.upenn.edu/system/files/DeRubeis%20et%20al.%20\(2005\).PDF](https://psychology.sas.upenn.edu/system/files/DeRubeis%20et%20al.%20(2005).PDF)

(Nedlastet 01.04.14)

Gjelsvik, B.; Fennel, M. (2012). *Mindfulness-basert kognitiv terapi og forebygging av depressive tilbakefall: bakgrunn, design og empirisk evidens*. Tidsskrift for norsk psykologforening.

Hallberg, M; Ørbeck, A.L (2006). *Kognitiv terapi gir gode resultater* [online] utgitt av norsk sykepleieforbund Tilgjengelig fra
URL:http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=118285 [Nedlastet 31.03.14]

Halvorsen, M., Nordahl, H.M. (2012) *Personlighetstrekk og kognitiv stil: "Risiko, sårbarhet eller opprettholdende faktorer gjennom depresjonsforløpet*. Tidsskrift for norsk psykologforening.

Hammar Å., Strand, M., Årdal, G., Schmidt, M.,
Lund, A., Elliott, R. (2010). *Testing the cognitive effort hypothesis of cognitive impairment in major depression*. Nord J Psychiatry.

Hummelvoll, J.K. 2004: *Helt-ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk Forlag AS

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

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

Snoek, J. og Engedal, K. 2004: *Psykiatri*. Akribe forlag.

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

Nettlenker

http://no.wikibooks.org/wiki/En_narrativ_tilnærming_til_veiledning

http://www.kognitiv.no/kognitiv_terapi

<http://www.helsedirektoratet.no>