



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan sykepleier ved DPS ved hjelp av kognitiv terapi bidra til endring hos en deprimert pasient?

Laila Sæther Tennfjord

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 21.04.16



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• 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 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 type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input 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 type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Solrun Rønning

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: 21.04.16

Antall ord: 9712

Forord:

Å jobbe med denne oppgava har vært tidkrevende, men også svært interessant. Innimellom har jeg kjent på at motivasjon og humør har vært varierende, og følelse av optimisme og pågangsmot har veksla med pessimisme og oppgitthet. Dette har gitt meg rikelig med anledninger til å utforske mine egne automatiske tanker underveis, noe som har tilført skriveprosessen en ekstra dimensjon.

Jeg vil takke min veileder for konstruktiv tilbakemelding og gode diskusjoner. Uten hennes hjelp er jeg redd jeg hadde skrevet meg langt «ut på viddene». Takk til kollegaer som har oppmuntra meg og alltid har noe å lære meg. Til slutt vil jeg takke familien min som har vært svært overbærende med meg mens skrivearbeidet har pågått.

Sammendrag

Oppgava tar utgangspunkt i hvordan jeg som sykepleier ved hjelp av kognitiv terapi kan bidra til endring hos en pasient som sliter med depresjon. Jeg mener dette er ei relevant problemstilling da vi ser at depresjon, særlig hos unge, er et økende problem i vår del av verden. Kognitiv terapi har vist seg å være effektiv behandling av depresjon, og behandlingsformen anbefales av helsedirektoratet (Helsedirektoratet 2016).

I teoridelen gir jeg en kort presentasjon av depresjon, samt kognitiv terapi i forhold til depresjon. Dette er ikke en fyldig og dekkende presentasjon av behandlingsperspektivet, men jeg har trukket ut element som er relevante i forhold til problemstillinga og narrativet. Alliansen har blitt viet stor oppmerksomhet, da den er avgjørende for at vi skal lykkes i vårt arbeid. Videre presenteres hovedtrekk i teori om endring.

Ved hjelp av et narrativ vil jeg beskrive mitt samarbeid med en deprimert pasient jeg ble kjent med gjennom jobben min på distriktpsykiatrisk senter. Taushetsplikt er ivaretatt ved at anonymisering gjør det umulig å gjenkjenne personen.

I diskusjonsdelen tar jeg fram narrativet, mine møter med pasienten, og diskuterer disse i lys av teori. Jeg stiller til slutt spørsmål ved om pasienten blir tilstrekkelig ivaretatt etter utskriving, med tanke på å hindre tilbakefall. På dette området tenker jeg det er behov for bevisstgjøring og videre forskning.

1.0	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling	2
1.1.1	Avgrensning av problemstilling	2
1.2	Litteratursøk	2
2.0	Teori	4
2.1	Depresjon.....	4
2.2	Kognitiv terapi i forhold til depresjon	5
2.2.1	Den kognitive modellen	6
2.2.2	Negative automatiske tanker	7
2.2.3	ABC-modellen og sokratiske utspørring	8
2.2.4	Den terapeutiske alliansen.....	9
2.2.5	Aksept	11
2.2.6	Empati	12
2.3	Endring	12
2.3.1	Endringsprosessen.....	13
3.0	Narrativ	17
3.1	Samspillsituasjon 1	18
3.2	Samspillsituasjon 2.....	19
4.0	Diskusjon	20
4.1	Hvordan møte Lindas ambivalens med empati og aksept?	20
4.2	Hvordan utforske Lindas tanker og følelser ved hjelp av sokratiske utspørring? ..	23
4.3	Lindas levereregler og sjølfølelse i lys av kognitiv terapi.....	27
4.4	Veien videre	28
5.0	Konklusjon	29

1.0 Introduksjon

For noen år siden var jeg på et seminar og hørte Ingvard Wilhelmsens foredrag: «Livet- et usikkert prosjekt». Dette ble en vekker for meg. På en enkel og humoristisk måte fikk vi ei innføring i kognitiv terapi. Med eksempler fra eget liv og praksis viste han hvordan det var mulig å påvirke vårt følelsesliv og hvordan vi har det ved hjelp av egen tenking. Et par år seinere var jeg så heldig å få gå på et innføringskurs i kognitiv terapi. Det slo meg at denne terapiformen virka svært jordnær og fornuftig. Jeg fant nytte i å bruke flere av teknikkene i mitt eget liv. Slik ble også min interesse for å jobbe i psykiatrien vekket.

De siste tre åra har jeg jobba som sykepleier ved et distriktpsykiatrisk senter (DPS). Her møter jeg pasienter som sliter med sine liv. Mange bærer med seg vonde opplevelser fra barndom og oppvekst. Noen har gått seg inn i fastlåste spor, og ønsker endring for å komme seg videre. De står i endringsprosesser der de selv må utføre jobben, men jeg kan være en støttespiller underveis. Jeg er opptatt av hvordan jeg på best mulig måte kan være denne støttespilleren. Hvordan kan jeg bidra til å fremme pasientenes motivasjon til endring? Hvilke faktorer ved meg spiller inn? Her tenker jeg behandlingsalliansen har stor betydning, og den ønsker jeg å belyse.

Av og til spør jeg meg selv: Ønsker pasienten endring? Og i så fall, endring til hva? Sjøl om angst og depresjon er plagsomt, så kan det for mange være skummelt å tenke seg et liv uten. Det er slik de kjenner seg sjøl- med sin angst og depresjon. «En vet hva en har, men ikke hva en får». Ofte ser vi en ambivalens hos pasienten- de både vil ha endring- samtidig som de vil fortsette som før. Denne ambivalensen ønsker jeg å utforske. Berge og Repål (2010) refererer til teori om endringsprosess, og denne ønsker jeg å belyse.

Ei gruppe pasienter som særlig berører meg, er de som sliter med depresjon. Jeg har sett hvor nedbrytende denne sykdommen kan være, og tenker at disse pasientene trenger mye støtte. I narrativet møter vi ei ung kvinne, jeg kaller henne Linda, som sliter med depresjon. Jeg har lyst å se nærmere hvordan jeg ved hjelp av elementer fra kognitiv terapi kan bidra til å hjelpe pasienter med lignende utfordringer som henne.

På bakgrunn av mine erfaringer og interesser er jeg kommet fram til følgende problemstilling:

1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ved DPS ved hjelp av kognitiv terapi bidra til endring hos en pasient som sliter med depresjon?

1.1.1 Avgrensning av problemstilling

Konteksten jeg tar utgangspunkt i er avdeling ved DPS. Her jobber miljøterapeuter, mange av oss sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, sammen med behandler (lege/ psykolog) i team rundt pasienten. Sjøl om det ofte er lege/ psykolog som legger føring for behandlingen, er det vi som sykepleiere/ miljøterapeuter som er tettest på pasienten i det daglige. Og vi har i stor grad mulighet til å anvende det vi har lært gjennom videreutdanning.

Jeg presenterer ikke kognitiv terapi i sin helhet, men har plukka ut et par sentrale element. Jeg har valgt å fokusere på *automatiske tanker*, og hvordan forholde seg til disse. *ABC-modellen* og *sokratisk utspørring* er sentrale verktøy i arbeidet med å endre fastlåste tanke- og handlingsmønster, og disse blir belyst. Dette er verktøy jeg tenker lett lar seg implementere i avdeling ved DPS.

1.2 Litteratursøk

Når jeg skulle søke litteratur, gikk jeg inn på helsebiblioteket.no og søkte på databasene der. Først gikk jeg inn på Psyk. Info og la inn søkeordene «depression and CBT», og begrensa søket til år 2005-2016. Jeg fikk da opp 3091 treff. Jeg hadde lyst å fokusere nærmere på alliansens betydning, og brukte søkeordene «depression and CBT and alliance» i samme tidsepoke. Da fikk jeg 117 treff. De fleste av disse var ikke relevante for oppgava, men jeg fant et par artikler som fanga min interesse:

Kobak, Kenneth A, Mundt, James C and Kennard, Betsy. 2015: "Integrating technology into cognitive behavior therapy for adolescent depression".

Stiles-Shields, Colleen, Kwasny, Mary J, Cai, Xuan and Mohr, David C. 2014:
“Therapeutic alliance in face-to-face and telephone-administered cognitive behavioral therapy”.

Jeg søkte videre på Cochrane Library, men her fant jeg ingen artikler som var relevante for oppgava.

Ellers har det vært lett å finne anerkjent litteratur på området, og mye av dette er anbefalt pensumlitteratur. Bøkene til Torkild Berge og Arne Repål har fenga meg, og likedan boka av Anna Kåver: «Allianse – den terapeutiske relasjonen i KAT». Yngvard Wilhelmsen var den som først vekket min interesse for kognitiv terapi, og hans bok «Sjef i eget liv», gir ei humoristisk og lettfattelig innføring i behandlingsformen. På heimesesida til Norsk Forening for kognitiv terapi har jeg også funnet mye interessant og nyttig materiale.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for teori jeg mener er relevant for tema i oppgava. Først gir jeg en kort presentasjon av depresjon. Deretter presenterer jeg noen få begrep fra kognitiv terapi: Den kognitive modellen, negative automatiske tanker, ABC-modellen og sokratiske utspørring. Videre har jeg valgt å belyse behandlingsalliansens betydning. Til slutt presenterer jeg teori om endringsprosess.

2.1 Depresjon

Mye tyder ifølge Berge og Repål (2010) på at depresjon er i ferd med å bli den ledende sykdom i den vestlige del av verden. Depresjon fører store økonomiske og samfunnsmessige kostnader med seg på grunn av at mange faller ut av inntektsgivende arbeid i kortere eller lengre tid, og en norsk studie utført av Mykletun et al. i 2009 viser at depresjon øker dødelighet omtrent like mye som røyking (Berge og Repål 2010).

De mest framtreddende symptoma ved depresjon er overdreven negativ tenking, manglende overskudd og initiativ, søvnvansker, irritabilitet, motorisk uro og angst (Berge og Repål 2002). Når man er deprimert, mister man evnen til å føle glede, men også sorg. Man blir følelsesmessig avflata. Mange deprimerte sliter med skam og sjølførakt, og klarer ikke å føle sympati og omsorg for seg sjøl når de har det vanskelig (Berge og Repål 2008). Grad av depresjon varierer fra lett til moderat og alvorlig, hvor på det alvorligste alt håp om bedring er ute, og sjølmord ses som eneste løsning.

En depressiv episode varer i gjennomsnitt seks måneder. Tjue prosent av de som behandles for sin første depresjon utvikler et kronisk forløp, mens andre blir plaget av stadig tilbakevendende depresjoner (Berge og Repål 2010).

Det fins mange veier inn i depresjonen. Biologi og arv kan spille inn, ikke minst ved alvorlig depresjon. Ytre påkjenninger som alvorlige livshendelser (sykdom, død, samlivsbrudd, å miste jobben o.l) kan utløse en depresjon. En utrygg oppvekst preget av omsorgssvikt er med og former personligheten, og kan gi grobunn for depresjon seinere i livet. Noen har en måte å føle, tenke og handle på, som gjør dem mer utsatt for å utvikle

depresjon når de møter belastninger (Berge og Repål 2002). Den perfektjonistiske, som stiller høye krav til seg sjøl og sin egen livsførsel, står også i fare for å bli deprimert (Wilhelmsen 2004). Depresjon opptrer også ofte i forbindelse med andre psykiske lidelser som angst, spiseforstyrrelser, autismspektersykdommer o.l.

Når en er deprimert, er det lett å komme inn i *negative sirkler*. Depresjonen gjør at man blir passiv, og at man trekker seg tilbake fra andre. Dette forsterker igjen ensomheten som mange kjenner på, og bidrar til å opprettholde depresjonen (Berge og Repål 2010).

2.2 Kognitiv terapi i forhold til depresjon

Det fins forskjellige former for kognitiv terapi. Jeg har i hovedsak tatt utgangspunkt i terapiformen (også kalt kognitiv atferdsterapi) som ble utvikla av Aron T. Beck og hans medarbeidere på 1960-tallet (Beck 2006). Beck hadde en psykoanalytisk utdanningsbakgrunn. Ifølge Stiles (Høstmark og von der Lippe 1993) hadde Beck forska på depresjon, og var opptatt av å bekrefte Freuds antakelse om at depresjon skyldtes aggresjon vendt innover mot seg sjøl. Han fant imidlertid ut at tema som ofte gikk igjen ikke var sinne, men en *opplevelse av nederlag*. Han kom også fram til at deprimerte hadde en *systematisk negativ bearbeiding av informasjon*. Beck utvikla en kognitiv psykopatologimodell (Beck 2006, Høstmark og von der Lippe 1993), og den vil bli forklart i et eget underkapittel.

Judith Beck (2006) oppsummerer i sin bok noen viktige prinsipp ved kognitiv terapi: Behandlinga skal være *målretta* og *problemfokusert*. En spør seg: Hva er det ved pasientens *tankemønster* som opprettholder problemet? En fokuserer på «*her og nå-problem*», men fortida kan bringes på bane dersom pasienten ønsker det eller terapeuten ser det som viktig for å avdekke hvordan uheldige tankemønster har oppstått. Terapien bærer preg av *undervisning* der målet er at pasienten skal læres opp til å *bli sin egen terapeut*. En lærer blant annet pasienten om forskjellige teknikker som kan brukes for å endre tanker, følelser og atferd. Kognitiv terapi er *strukturert*, og behandlingstimen skal ha en *fast agenda* med gjennomgang av *hjemmelekse*, hovedtema, ny lekse og *oppsummering*

av timen. Det legges vekt på samarbeid og aktiv deltakelse både fra terapeut og pasient. Og en *sunn terapeutisk allianse* er ei forutsetning for at en skal lykkes i behandlinga (Beck 2006, 17-22).

Vi har lett for å tenke at det er situasjonen i seg sjøl som gjør at en følelse oppstår. I kognitiv terapi er man opptatt av at det ikke nødvendigvis er situasjonen i seg sjøl, men vår *tolkning* av situasjonen som gir følelsen. Videre er man opptatt av å finne sammenhenger mellom tanker, følelser og atferd (Berge og Repål 2010).

«Kjernen i kognitiv terapi er å *støtte* pasienten i å mestre sine livsproblem, og samtidig hjelpe personen med å *endre* uhensiktsmessige tankemønster og uhensiktsmessig atferd som er forbundet med problemene» (Berge og Repål 2008).

2.2.1 Den kognitive modellen

Menneskesinnet består av flere kognitive nivå (Wilhelmsen 2004), og disse nivåene henger sammen med hverandre. Dette kan framstilles skjematisk på ulike måter, og jeg vil her vise Beck`s framstilling (Beck 2006):

Tidlige erfaringer

(konflikter og utrygghet i barndommen)

Kjerneantakelser/ grunnleggende skjema

(jeg er verdiløs, ingen er glad i meg)

Leveregler

(viss jeg er flink/ snill, så vil andre like meg)

(viss jeg mislykkes, eller sier nei, så vil ingen like meg)

Kompenserende strategier

(Alltid gjøre mitt beste, alltid være positiv)

Situasjon (A)	Tanke (B)	Følelse (C)
<i>Hun hilste ikke på meg</i>	<i>Hun er sur på meg</i>	<i>Trist/ lei meg</i>

Modellen viser at våre **grunnleggende skjema/ kjerneantakelser** i stor grad formes av våre tidlige erfaringer, og disse befinner seg på det dypeste nivået i menneskesinnet. Man kan ha både positive og negative kjerneantakelser om seg selv (jeg er verdifull/ verdiløs) og om verden (verden er et godt sted/ verden er farlig) (Berge og Repål 2010).

Kjerneantakelsene hos en deprimert person er rigide, absolutte og strenge, og de får ofte en sjøloppfyllende karakter. Og jo flere negative kjerneantakelser en person har, jo mer sårbar kan han være for å utvikle en depresjon (Berge og Repål 2010).

Ut fra våre kjerneantakelser, danner vi oss **leveregler**. Dette er antakelser om at dersom jeg utfører en type atferd, går det bra. Eller dersom jeg utfører en annen type atferd, går det dårlig (Aarøe og Øiesvold 2004).

Kompenserende strategier er neste begrep i modellen. Dette er strategier man utvikler for å holde de ubehagelige kjerneantakelsene på avstand. Viss kjerneantakelsen sier at «ingen er glad i meg/ ingen liker meg», må jeg alltid være snill, alltid gjøre mitt beste for kanskje å bli likt (Aarøe og Øiesvold 2004).

På det øverste nivået i menneskesinnet finner vi det siste begrepet i Beck`s kognitive modell, de **automatiske tankene**, og de ønsker jeg å belyse nærmere i neste kapittel:

2.2.2 Negative automatiske tanker

Negative automatiske tanker er tanker en automatisk tenker i en gitt situasjon. De er raske, ubevisste og går oss ofte «hus forbi». De kan sette i gang fysiske reaksjoner og følelser, og de er av en sånn natur at vi lett tror på dem (Aarøe og Øiesvold 2004). Å bli bevisst sine negative automatiske tanker er ikke alltid så enkelt. Det at de er raske, er en ting. En annen ting er at vi gjerne har tenkt dem så ofte at de er blitt «sannhet» for oss, og vi reflekterer ikke over dem (www.kognitiv.no). Ifølge Beck (2006) er det ofte mye lettere å merke *følelsen* den skaper enn selve tanken.

Alle har negative automatiske tanker. Dersom vi leser til eksamen, tenker vi kanskje: «Dette forstår jeg ikke». En deprimert person vil ikke stille tanken i tvil, men tvert imot

dreie den enda mer i negativ retning: «Og jeg kommer *aldri* til å forstå det!» (Beck 2006). «Negative tanker blir ofte kjedet til hverandre ved at den ene tanken fører til den andre. I en depressiv sinnsstemning kan tankene danne en mørk malstrøm som bare suger deg dypere ned i fortvilelsen» (Berge og Repål 2002).

Et mål i kognitiv terapi er å lære seg å se *på* tankene og ikke bare fra dem eller gjennom dem. Målet er å tenke kritisk gjennom dem. Målet er ikke å bytte ut negative tanker med positive tanker, men med mer *realistiske* tanker. Som Berge og Repål (2010) sier: «Tanker er ikke fakta, de er bare tanker. De kan være gyldige eller ugyldige, konstruktive eller nedbrytende». Og ved å utforske/ endre de negative tankene, kan en på sikt også endre fastlåste levereregler og kjerneantakelser (Berge og Repål 2010).

2.2.3 ABC-modellen og sokratisk utspørring

ABC-modellen er et hjelpemiddel for å registrere sammenhengen mellom tanker, følelser og reaksjoner i en gitt situasjon. Ved å bruke modellen ser vi lettere oss sjøl og det som har skjedd i perspektiv utenfra, og nyansene kommer lettere til syne (Berge og Repål 2010).

A (situasjon)	B (tanke)	C (følelse/ reaksjon)
Jeg får kritikk av en kollega så andre hører på	Jeg er dum Jeg lærer aldri Jeg klarer ikke dette Jeg vil ut/ vekk herfra	Jeg rødmer og blir flau Jeg får hjertebank Jeg blir «klumsete» og nervøs Jeg blir oppgitt/ lei meg

Når en skal utfordre de automatiske tankene, gjør en bruk av *sokratiske spørsmål*. Eksempel på slike spørsmål er: «Hvordan vet jeg dette?» «Hva tyder på at jeg tenker riktig?» «Fins det andre måter å se det på?» «Hvordan ville andre ha tenkt?» Målet med den sokratiske utspørringa er å så tvil om tanken, og evt finne alternative tanker (Berge og Repål 2008). I ei sokratisk tilnærming spør terapeuten, ikke for å få de «rette» svara, men for virkelig å finne ut hvordan pasienten tenke og føler (Kåver 2012). Etter å ha ført en sånn type utspørring, kan en utvide ABC-modellen med rom for alternative tanker (Berge og Repål 2010):

A (Situasjon)	B (tanke)	C (følelse/ reaksjon)	D (alternative tanker)
Får kritikk av en kollega så andre hører på	Jeg er dum	Hjertebank	Alle kan gjøre feil, også jeg
	Jeg lærer aldri	Rødmer/ svette	Det var ikke <i>så</i> alvorlig
	Jeg kommer ikke til å klare det	Oppgitt/ lei meg	Kollega oppfører seg uklokt, hun har kanskje en dårlig dag?
	Jeg vil vekk	Blir klumsete/ nervøs	Jeg kan lære av min feil 😊

Kognitiv terapi har tidligere hatt mest fokus på endring av tenkning og atferd, men dette er ifølge Berge og Repål (2008) i ferd med å endre seg. Barlow, en forgrunnsfigur i kognitiv atferdsterapi, mener at det felles underliggende problemet for alle angst- og depresjonstilstander er manglende evne til å håndtere/ regulere følelser. Derfor mener han hovedfokus i behandling bør være å lære bort *følelshåndtering* (Kåver 2012).

Kåver (2012) sier at ved å lytte, ta imot og akseptere pasientens følelser, blir pasienten «gyldig», og verd respekt med alt som han *er og føler*. Derfor er det viktig å sette fokus på pasientens følelser under den utforskende sokratiske tilnærminga.

2.2.4 Den terapeutiske alliansen

Den terapeutiske alliansen består av tre gjensidige faktorer: Enighet om mål, metode for å nå målet, og et emosjonelt bånd preget av varme, gjensidig tillit og fortrolighet (Berge og Repål 2008, 25).

Men hvor viktig er egentlig alliansen for behandlingsutfallet? Kåver (2012) har i sin bok viet et helt kapittel til hva forskning sier om alliansens betydning. Hun viser til Wampolds forskning (2001), som konkluderer med at alliansen og terapirelasjonen har sju ganger større betydning for utfallet enn valg av terapiform. Wampolds metoder og konklusjon er i ettertid ifølge Kåver (2012) blitt sterkt kritisert. Ei gjengs oppfatning blant dagens forskere og klinikere er at mange faktorer har betydning når det gjelder resultat av terapi. Både

terapimodell, teknikk, allianse, samt variabler hos pasient og terapeut spiller inn (Kåver 2012). Men at alliansen er viktig, er det stor enighet om.

Pasienten bør ta aktiv del i utforminga av hvilke mål som søkes i endringsprosessen, og hans sjølbestemmelsesrett må stå i fokus. Om vi er eksperter på vårt fag, er pasienten ekspert på sitt liv (Berge og Repål 2008). Ifølge Kåver (2012) kan det i kognitiv terapi være utfordrende å finne balansen mellom teknikk og relasjon. Man kan lett bli eksperten som hele veien ligger «et skritt foran» pasienten, og iveren etter å løse pasientens problem før man fullt ut har forstått dem, kan sette alliansen i alvorlig fare. Ved ei sokratiske tilnærming, ved å stille åpne og undersøkende spørsmål, får pasienten respektfull hjelp til å sette ord på sin historie, og for mange er dette første skritt i en forandringsprosess (Kåver 2012).

Berge og Repål (2008) sier at sannsynligheten for et godt resultat er langt større viss pasienten oppfatter terapeuten som forståelsesfull, respektfull og engasjert, og at han formidler trygghet, håp og realistisk optimisme. *Pasientens opplevelse* av alliansen er med andre ord viktig. Forskning viser ifølge Berge og Repål (2008) at alliansesvikt skjer langt oftere enn terapeuten tror. Men pasienten er kanskje redd for å såre terapeuten eller ikke å innfri forventningene, og sier derfor ikke ifra om sin misnøye. Den beste muligheten terapeuten har til å avdekke brudd i alliansen, er å be pasienten om åpen og direkte tilbakemelding (Berge og Repål 2008).

Kåver (2012) beskriver to slags *låsninger* som kan oppstå i terapirelasjonen. Den ene er der pasienten *trekker seg tilbake og lukker seg inne*, og den andre der en havner i *konfrontasjon og utagering*. Den første (og kanskje den vanligste hos deprimerte) er ikke så lett å oppdage, og kan oppleves som uproblematisk, men også følelsesmessig kjedelig og tam. En blir sittende fast i *unnvikelse*, og pasienten «kommer ikke videre» (Kåver 2012). På den ene siden kan disse låsningene sette alliansen i fare, men på den andre siden kan de gi rom for læring. Ved å forsøke å finne ut hva det egentlig er som skjer i disse situasjonene, hva som ligger bak pasientens mindre velfungerende atferdsmønstre, kan en få avdekket dysfunksjonelle skjemaer, og jobbe videre med dem. Og dermed kan alliansen styrkes (Kåver 2012). Dette støttes av Wilhelmsen (2004) som sier at det som skjer i terapirommet på mange måter gjenspeiler det som skjer i verden for øvrig. Pasientens

typiske måter å forholde seg til menneskene rundt seg vil på mange måter vise seg i terapien.

I det siste har telefonbasert kognitiv terapibehandling dukka opp som alternativ til tradisjonell behandling (Stilles-Shields et al. 2014) Mange frykter at denne type behandling ville virke negativt inn på behandlingsalliansen sammenligna med «face-to-face»-behandling. Men forskning gir ifølge Stilles-Shields et al. (2014) ingen holdepunkt for det. Kobak et al. (2015) har forska på bruk av mobil/ nettbrett i kognitiv behandling av ungdom med depresjon. De kom fram til at denne type behandling ga gode resultat, samtidig som at alliansen ble ivaretatt.

2.2.5 Aksept

Å jobbe med mennesker som sliter psykisk kan være utfordrende. Kåver (2012) sier det er viktig at terapeuten til enhver tid er spørrende til seg sjøl og sine reaksjoner. En kan spørre seg: Hva føler jeg akkurat nå? Hvorfor reagerer jeg akkurat på denne måten (kroppen, tanker, følelser) sammen med denne pasienten? Er jeg frustrert, kanskje til og med sint på pasienten? Og hvordan rommer jeg mine egne følelser og reaksjoner uten å være dømmende? Det å *akseptere det uperfekte ved deg sjøl*, gjør deg til en mer fleksibel og bedre terapeut, sier Kåver (2012).

Kåver (2012) sier videre at det er viktig å *akseptere pasienten som han er*. Hun bruker metaforen mennesket som et prisme med mange forskjellige, ofte motstridende fasetter. Vi er både friske og syke, sikre og usikre, sjølstendige og avhengige. Ved å være nysgjerrig og interessert i alle pasientenes fasetter i hans personlighet og livshistorie, med empati og varme, uten å være dømmende, legges grunnlaget for en god allianse, sier hun. Blir pasienten møtt med en aksepterende holdning til «hva som enn måtte komme fram», vil han lære å *akseptere seg sjøl* og bli mer fleksibel og ydmyk i måten han ser på seg sjøl (Kåver, 2012).

I dialektisk atferdsterapi, en nyere bølge med utspring fra kognitiv terapi, går *aksept og forandring* hånd i hånd. Pasient og terapeut jobber sammen om problemløsning mot et felles mål (ved endring av atferd og innstilling). Pasienten og hans problematikk blir bekrefta og

akseptert, *samtidig* som man arbeider for å forandre den. Aksept baner vei for forandring. Ved radikalt å akseptere de sterke negative følelsene, de angstvekkende tankende og den uønska atferden, kan forandring paradoksalt nok oppstå av seg sjøl. Da viser det seg at *aksepten er forandring* (Kåver 2012).

2.2.6 Empati

Empati er ifølge Carl Rogers at terapeuten opplever den andres fortvilelse og smerte samtidig som han står utenfor styrken og intensiteten i følelsene (Haugsgjerd et al. 2009). Kåver (2012) sier at empati er når pasienten føler seg sett, forstått og akseptert. Det er med andre ord pasientens opplevelse som avgjør hvor vidt vi er empatisk eller ikke. Det er viktig å merke seg at det som oppleves som empatisk for en pasient, kan oppfattes som invaderende for en annen, og vår utfordring blir å «skreddersy» relasjonen etter hver enkelts behov (Berge og Repål 2008). Terapeutens evne til empati er av stor betydning for alliansen og behandlingsutfallet (Kåver 2012).

2.3 Endring

Nøkkelen til endring ligger i å reflektere over sine holdninger, vurdere dem og lete etter alternativer som gjør det lettere å nå sine mål her i livet. For å hindre at dette blir overfladisk og bare teori, må man snarest mulig endre praksis; det vil si hverdagsliv, i overenstemmelse med de nye holdningene. Uten handling, ingen endring (Wilhelmsen 2004, 19).

Det at pasienten er engasjert i sin situasjon og opplever følelsesmessig aktivering, er ifølge Aron T. Beck en forutsetning for at endring kan finne sted (Berge og Repål 2008). Dette støttes av Kåver (2012), som sier at følelsen av sjøl å ha valgt endringsmål er helt avgjørende for pasientens motivasjon til endring. Dette er også min erfaring fra praksis.

Barth, Børtveit og Prescott (2013) snakker om fire sentrale utfordringer i endringsarbeid. For det første ønsker folk å *bestemme over seg sjøl og sitt liv*. Samtaler med endring som

mål kan virke truende på deres autonomi, og vil føre til at en vil beskytte seg sjøl. For det andre *vegrer folk seg for å sette søkelys på egne mangler og feil*. En ting er å innrømme dem for seg sjøl, men når andre snakker om det, vekker det ubehagelige følelser som skam, skyld, motløshet og sjølkritikk. Dersom en har en grunnleggende oppfatning om at en er «god nok som en er», er det ifølge Barth, Børtveit og Prescott (2013) lettere å tåle oppmerksomhet på mangler og feil. Viss en derimot føler seg mindreverdige, vil en beskytte seg mot andres blikk på det negative. Derfor er det viktig å skape en aksepterende atmosfære i samtalen, slik at pasienten føler seg bra nok/ godtatt – med sine svakheter og mangler. Den tredje utfordringa er *usikkerheten på egen mestring*. En har kanskje prøvd mange ganger før, og er redd for å bli skuffa enda en gang (Barth, Børtveit og Prescott 2013). Den fjerde utfordringa er **ambivalensen**, og den vil jeg utdype nærmere:

Ambivalens er en sinnstilstand der en opplever motstridende følelser eller holdninger til noe. Ambi=begge og valentia=styrke/ kraft. Motivasjon for endring eksisterer *sammen* med motivasjon for å fortsette som før. Begge disse ønskene er gyldige og trekker pasienten i hver sin retning. Ambivalens kan ifølge Barth, Børtveit og Prescott (2013) skape indre spenning og være fryktelig ubehagelig.

Pasientens ambivalens kan være utfordrende for oss som skal hjelpe, og ofte har vi lett for å begynne å argumentere for det sunne og fornuftige. Men det fører ofte bare til at pasienten kommer med motargument for å forsvare seg sjøl. Vår utfordring blir å *romme og akseptere pasientens motsetningsfulle tanker og ønsker*. Pasientens ambivalens er ifølge Barth, Børtveit og Prescott (2013) noe som gir håp for at en skal kunne hjelpe pasienten å finne fram til nye beslutninger. Med andre ord kan ambivalensen også ses på som noe positivt, som en ressurs.

2.3.1 Endringsprosessen

Ifølge Barth, Børtveit og Prescott (2013) starter første del av endringsarbeidet i ens tanker og følelser. Endring kan ses på som en prosess som går over tid, og ikke bare som et enkelt vendepunkt. Endring foregår trinnvist ved at man går gjennom de ulike stadiene i bestemt rekkefølge, og det er et grunnleggende prinsipp at hjelpsomme intervensjoner skal

tilpasses der pasienten er i sin endring. Endringsmodellen ble ifølge Barth, Børtveit og Prescott (2013) utvikla av Prochaska og DiClemente på 1980-tallet, og består av fem ulike faser:

Føroverveielse: Et frø av misnøye kan være sådd, men personen innser ikke at han har noe problem som det kreves egeninnsats for å løse. Eller kanskje har han prøvd før, og ser at det ikke nytter. Kanskje er det ikke han selv, men andre som har sendt ham til behandling. I denne fasen har personen ingen nytte av konkrete råd om hvordan han skal gå fram. For oss som hjelpere er det i denne fasen lett å bli mismodig/ oppgitt på grunn av pasientens manglende motivasjon (Barth, Børtveit og Prescott 2013).

Overveielse: I denne fasen ser personen at han har et problem, og han har et ønske om å gjøre noe med det. Han kan ha tanker om mål for endring og midler for å nå målet. Samtidig er han svært ambivalent til endring, og fasen kan i likhet med føroverveielser vare i flere år (Barth, Børtveit og Prescott 2013). I denne fasen er det svært viktig å ta pasientens ambivalens på alvor, og vise forståelse for at det både er fordeler og ulemper ved endring. Ved å bli møtt med forståelse for de vanskelige valgene pasienten står overfor, bedres også alliansen (Berge og Repål 2010).

De fleste av pasientene kommer til behandling når de befinner seg i *føroverveielserfasen*, der ulempene ved atferdsendring ser ut til å være større enn fordelene, eller *overveielserfasen*, der vanskene erkjennes, men ambivalensen til endring er stor, og troen på at man vil få det til er liten (Berge og Repål 2008).

Forberedelse: Personen ønsker endring i nær framtid, og tar nå de første skrittene. Han er motivert for terapi, og ser at han sjøl må bidra til endring. I denne fasen er personen mer mottakelig for råd/ tips, og etterspør gjerne disse (Barth, Børtveit og Prescott 2013). Når pasienten befinner seg i denne fasen, er det ifølge Berge og Repål (2010) en fordel om terapeuten framstår med erfaring, og kan komme med konkrete forslag til strategier for å nå målet.

Handling: Personen har på dette stadiet gjennomført konkrete tiltak, og har konkrete mål, motivasjon og strategier for å nå målene. Endring på det tankemessige/følelsesmessige planet gir seg nå utslag i atferdsendring. På tankeplanet er det nå fokus på endringene, og

følelsene er preget av optimisme og tilfredshet. For å få til de vanskelige endringene, gjør man ofte flere ting samtidig. Man holder motivasjonen varm ved å minne seg på grunnene til endring. Man konsentrerer seg om framgang, og konkrete registreringer kan være til hjelp (Barth, Børtveit og Prescott 2013). Hvis terapeuten i denne fasen er for tilbakelemt og innsiktsorientert, er det fare for å bli oppfattet som uengasjert og med manglende glød for pasientens prosjekt (Berge og Repål 2010). De fleste endringer trues av tilbakefall de første månedene, så en må være bevisst på indre/ ytre faktorer som medfører fare. Man bør oppsøke mennesker som gir motivasjon og har tro på at man kan lykkes. Og man bør begrense samværet med de som har en negativ innflytelse (Barth, Børtveit og Prescott 2013). I denne fasen er det viktig at terapeuten er tilgjengelig for å gi råd og støtte når det oppstår uforutsette hindringer (Berge og Repål 2010).

Vedlikehold: Nå skal endringene bygges inn i hverdagen. De skal automatiseres og opprettholdes. Endring blir heldigvis lettere etter hvert som tida går og man holder fast ved endringsprosjektet. Ting går mer av seg sjøl, og belønning skifter fra det ytre til det indre planet (Barth, Børtveit og Prescott 2013). Men motivasjonen kan variere, og følelsen av optimisme og pågangsmot kan slites vekk av hverdagens påkjenninger. Støttesamtaler med fokus på optimisme og hjelp til mestring av risikosituasjoner er viktig (Barth, Børtveit og Prescott 2013).

Tilbakefall er en vanlig del av endringsprosessen, og ikke et signal om mislykka endringsforsøk (Barth, Børtveit og Prescott 2013). En kan lære noe av tilbakefall, slik at man kan gjøre det bedre i neste endringsforsøk. Faren ved stadige tilbakefall og nye endringsforsøk er at en kan bli motløs. «Det nytter ikke..», «Jeg har prøvd så mange ganger..». Personen har kunnskap, forståelse og innsikt, men mangler håp, energi og vilje. Da er det ifølge Barth, Børtveit og Prescott (2013) vår oppgave som hjelpere å skape litt håp og optimisme.

En som er plaga med tilbakevendende depresjoner vil ha lett for å falle tilbake til uhensiktsmessig tanke- og atferdsmønster. Men ifølge Berge og Repål (2002) vil han aldri falle helt tilbake der han var sist. Det at han har lært noe nytt underveis, vil gjøre at han står bedre rusta ved en ny depresjon.

Ifølge Barth, Børtveit og Prescott (2013) kan en person med omfattende hjelpebehov befinne seg på ulike stadier i endringsprosessen når det gjelder forskjellige behandlingsmål. For eksempel kan han befinne seg på vedlikeholdsstadiet når det gjelder å ta sine medisiner, og på forberedelsesstadiet når det gjelder livsstilsendringer. God behandling tar uansett utgangspunkt i det unike ved hver pasient, og hvor han til enhver tid måtte befinne seg. Videre sier Barth, Børtveit og Prescott (2013) at det kan være nyttig å spørre pasienten hvor han selv mener han befinner seg i prosessen.

3.0 Narrativ

Linda er 20 år, og har vært plaga med depresjoner så lenge hun kan huske. I vanskelige perioder har hun tydd til sjølskading, og hun har vært innlagt i psykiatrien flere ganger. I gode perioder har Linda fungert bra.

Lindas foreldre ble skilt da hun var 7 år, og hun flytta sammen med mor og lillebror til heimgarden der mor vokste opp. Her ble de boende sammen med mormor, onkel, tante og deres barn. Dette var ei turbulent tid. Det var trangt og kaotisk, og Linda følte seg ofte «i veien». Hun gjorde alt hun kunne for ikke å være til bry, og for å være mest mulig «usynlig». Hun hadde helt mista kontakten med faren, og savna han veldig.

Linda forteller om ei episode fra barndommen som hun husker godt. Hun hadde vært svært lei seg, og satt og gråt. Mora spurte hva det var, og hun fortalte at hun savna pappa. Da hadde mora fnyst, og sagt at den mannen ikke var verdt å gråte for. Dette var eneste gangen Linda kan huske at hun snakka med mora om følelsene sine. Soverommet og senga ble hennes trygge tilholdssted. Der fikk hun ha tankene og følelsene for seg sjøl.

Etter videregående fikk Linda sist høst jobb i en skobutikk. Hun fikk gode tilbakemeldinger av sjefen, og hun syntes sjøl det gikk bra. Men hun sleit med en eldre kollega, Vigdis, som hadde jobba der i «alle år». Hun hakka stadig på Linda, som fikk en følelse av at hun aldri gjorde ting bra nok. En gang Linda gjorde en feil med kassa-apparatet, hadde Vigdis skjelt henne ut så kundene hørte det. «Jeg følte meg så dum», sier Linda når hun forteller om dette. Hun begynte å grue seg for å gå på jobb. Hun mista nattesøvnen, og ble etter hvert sykmeldt. Hun isolerte seg hjemme, og lå for det meste til sengs. I mars ble hun innlagt psykiatrisk mottak med alvorlig depresjon, og det ble starta med medikamentell behandling. Depresjonen letta noe, og etter hvert ble hun overført til DPS hvor jeg jobber som sykepleier.

Jeg har ennå ikke vært med i noen av psykologsamtalene, men har lest meg litt opp på hva samtalene har dreid seg om. Psykologen på sykehuset skriver at Linda har fått innføring i kognitiv terapi, og at hun virker innstilt på å «jobbe med seg sjøl» under oppholdet.

3.1 Samspillsituasjon 1

Det er onsdag og «turdag». Linda har vært på avdelinga i to uker, men har av ulike årsaker ikke deltatt på disse turene enda. Hun blir av personalet oppfatta som tilbaketrukket, og oppholder seg mye i senga med pc`n. Jeg hadde hatt en fin prat med Linda på seinvakt i går. Hun hadde vist meg noen av sine «friske» sider, og gitt god respons i samtalen. Hun hadde vært så enig i at det er viktig med fysisk aktivitet, særlig med tanke på depresjon, og hun hadde virka motivert for å bli med på onsdagstur. Jeg hadde gledd meg til tur sammen med henne, så vi kunne bli bedre kjent. Derfor blir jeg både overraska og skuffa når Linda nå sier at hun likevel ikke blir med. Hun ligger i senga når jeg kommer inn.

Jeg: «Du sier du ikke blir med likevel. Hvorfor det?»

Linda: «Jeg har sovet så dårlig i natt, og føler meg rett og slett ikke i form.»

Jeg: «Men nettopp derfor tenker jeg det er viktig å komme seg ut en tur. Dagslys og frisk luft er svært viktige faktorer som bidrar til bedre nattesøvn. Og vi vet jo at inaktivitet nærer depresjon, og aktivitet *hemmer* depresjon. Og du sa jo i går at du har et sterkt ønske om å bli mer aktiv. Da er dette en fin mulighet til nettopp det.»

Linda svarer at hun vet det, men at hun altså ikke er i form. Ikke i dag.

Jeg: «Kanskje vil du oppleve at turen gjør deg godt sjøl om du ikke tror det på forhånd?»

Linda: «Nei, det tror jeg ikke. Jeg kjenner på kroppen min at jeg har best av å slappe av nå. Dessuten venter jeg en viktig telefon i dag..»

Linda snur seg mot veggen, og gir tydelig signal om at hun ikke ønsker å snakke mer med meg.

Etter beste evne hadde jeg forsøkt å overtale Linda til å bli med. Det var min oppriktige overbevisning at Linda hadde hatt så godt av å bli med på turen. Men jeg følte at jeg ikke «nådde inn» med alle mine gode argument. Oppgitt forlater jeg rommet.

3.2 Samspillsituasjon 2

Neste situasjon finner sted ei uke seinere. Jeg kommer på seinvakt etter et par fridager, og banker på hos Linda. Hun sitter i senga med pc`n i fanget.

Jeg: «Hei Linda! Jeg hadde bare lyst til å høre hvordan du har hatt det de siste dagene mens jeg har hatt fri.»

Linda: «Det har gått litt opp og ned. Innimellom føler jeg at det går bedre, og jeg tenker at jeg kanskje snart er frisk nok til å dra heim. Men så kommer kaostankene, og den klamme angsten. Da tenker jeg at alt er bare håpløst, og at all jobbinga mi ikke nytter. Jeg blir så sliten... Jeg tror ingen egentlig forstår hvor slitsomt det er å ha det sånn»

Jeg: «Det høres slitsomt ut når du forteller hvordan du har det. Viss det er greit for deg kan vi sammen forsøke å sortere litt mer tankene og følelsene dine. Kanskje kan det gjøre det mer oversiktlig og dermed litt lettere?»

Linda: «Det høres greit ut. Men du, egentlig var det en ting jeg ville ta opp med deg...»

Jeg: «Ok?»

Linda: «Det gjelder Eva (medpasient). Hun er søt, og har det sikkert vanskelig, men hun har begynt å bomme røyk av meg. Hun sier heile tida at hun skal gi meg tilbake, men det har ennå ikke skjedd. Og faktisk har jeg ikke så god råd sjøl heller... Jeg veit at jeg ikke burde unngå henne, men jeg må jo tenke litt på meg sjøl også. Huff, og nå føler jeg meg ekkel som baksnakker henne...»

4.0 Diskusjon

I dette kapitlet tar jeg fram narrativet, mine møter med pasienten, og diskuterer disse i lys av teori. Det kan være element fra teoridelen, som noen av punkta i endringsprosessen, som bare så vidt blir berørt. Jeg har likevel valgt å ta dem med i teoridelen for helhetens skyld.

4.1 *Hvordan møte Lindas ambivalens med empati og aksept?*

Etter den første samspillsituasjonen kjente jeg på mange kaotiske følelser. Linda hadde som sagt virka så motivert for å bli med da jeg snakka med henne dagen før. Jeg hadde gledd meg til turen, til kanskje å få en god prat underveis, og muligens oppdage flere av hennes friske sider. Nå gikk denne muligheten fra meg. Jeg var *skuffa*. Jeg kjente også på *usikkerhet*. Kanskje var ikke alliansen så god som jeg trodde? Kanskje hadde hun tidligere oppfatta meg som pågående, og nå *unngikk* hun å bli med på tur for å få være i fred? Opplevde jeg nå en *låsning* hos Linda, og hvordan skulle jeg håndtere den? Å bli avvist ved at hun snudde ryggen til meg kjentes *ubehagelig*. Jeg kjente også på *nederlagsfølelse* over ikke å klare å motivere Linda til å bli med. Kanskje var det mine innerste leveregler som ble rokka ved? («Viss jeg ikke klarer å motivere Linda, er jeg en dårlig sykepleier»). Innerst inne var jeg nok også litt *irritert* over Lindas manglende egeninnsats. Tanken: «Det nytter ikke, hun er like lite motivert som mange av de andre pasientene til å gjøre noe med livet sitt» streifet meg også.

I mitt møte med Linda hadde jeg gått rett inn i «ekspertrolla», noe som ifølge Kåver (2012) er en fare ved kognitiv terapi, og som virker negativt på alliansen. I møte med Lindas ambivalens, hadde jeg begynt å argumentere for det «fornuftige og riktige», noe som bare førte til at hun kom med flere motargument. Dette samsvarer med det Barth, Børtveit og Prescott (2013) beskriver. Når det gjelder Lindas ønske om økt aktivitet, befinner hun seg mest sannsynlig i *overveielsesfasen*, der ambivalensen er stor. Hun er motivert for endring til mer aktivitet, *samtidig* som hun er motivert for å fortsette som før. Ifølge Barth,

Børtveit og Prescott (2013) er det på dette stadiet viktig å utforske ambivalensen, og argumentasjon har ingen hensikt. Hadde Linda kommet lengre i prosessen og befunnet seg i forberedelsesfasen med hensyn til aktivitet, ville hun sannsynligvis vært mer interessert i mine råd. I stedet ga hun meg et tydelig signal ved å vende meg ryggen.

Depresjonen gjør at Linda kan ha mange sjølsaboterende tanker, og er ekstra sårbar for kritikk. Dette gjør det desto viktigere å møte henne med empati og forståelse. Jeg hadde muligens nørt opp under hennes følelse av skam og sjølførakt. Viss Linda følte seg mindreverdige, var det ifølge Børtveit og Prescott (2013) naturlig at hun ville beskytte seg mot mitt blikk på det negative. Kanskje var det at hun vendte meg ryggen et tydelig tegn på det. Det er ifølge Kåver (2012) umulig alltid å vite hvordan en skal behandle pasienten, aldri å bli usikker eller trække pasienten på tærne. Første skritt på vegen at jeg sjøl aksepterer følelsene mine og det uperfekte hos meg selv. Det ville gjøre meg mer fleksibel, og gjøre det lettere å møte Linda og andre pasienter på en mer empatisk måte. Videre er det viktig å huske at nettopp disse vanskelige situasjonene, der ikke alt kjennes problemfritt, kan gi rom for læring (Kåver 2012). I etterkant av denne samspillsituasjonen tenker jeg meg en ny samtale med Linda:

Jeg: «Linda, det er noe jeg lurer litt på. Hvordan *føltes* det i går da jeg maste på deg om å bli med på tur?»

Linda: «Jeg må innrømme at jeg ble litt irritert, mest på deg med det samme. Men etter hvert også på meg selv... Jeg vet jo egentlig at du har rett, og jeg *ønsker* jo å bli mer aktiv. Men det er så vanskelig å få det til...».

Jeg: «Jeg skjønner godt at du ble irritert på meg. Jeg hørtes sikkert ut som ei masekjerring, og det beklager jeg. -Men du sier altså at du ønsker å bli mer aktiv, samtidig som du sier at du synes det er vanskelig å få det til når det kommer til stykker. Hva om vi ser på denne ambivalensen sammen, og prøver å utforske den?»

Gjennom denne tenkte samtalen viser jeg hvordan jeg i samsvar med Berge og Repål (2008) kunne be pasienten om åpen og direkte tilbakemelding, noe som vil være positivt for alliansen. Det at Linda turte å si at hun ble irritert på meg, kan tyde på at vi på forhånd hadde en god relasjon, og at hun stolte på at jeg kunne tåle å høre kritikk. En annen pasient ville kanskje ikke tørre å svare ærlig. Men ved å spørre, ga jeg Linda muligheten til å gi meg tilbakemelding.

Ved å ta Lindas ambivalens på alvor, ville jeg vise forståelse for at dette er vanskelig, noe som har betydning for alliansen. Ved at jeg *aksepterer* ambivalensen i stedet for å komme med lettvinte løsninger, gjør jeg det ifølge Kåver (2012) lettere for Linda å akseptere den sjøl, og dermed økes sjansen for endring.

Jeg ser at dette er et problem for henne, og jeg viser interesse for å hjelpe henne. I tråd med kognitiv terapi har vi et *samarbeidsprosjekt* som vi skal jobbe med sammen. Dette kan virke motiverende for Linda i hennes endringsarbeid.

Viss det nå viser seg at Linda har beveget seg inn i forberedelsesfasen og etterspør mine råd og tips, vil det være naturlig å bringe inn ABC-modellen. Jeg kunne forklare at mange synes dette kan være et nyttig hjelpemiddel for å utforske tanker og følelser. Ved hjelp av sokratiske utspørring ville muligens den utfylte ABC-modellen se slik ut:

A (Situasjon)	B (Tanke)	C (Følelse/ reaksjon)	D (Alternativ tanke)
Ligger i senga, og føler meg ikke i form personale maser om tur	Masekjerring	Irritert	Hun maser, men vil meg kanskje vel
	Jeg kjenner best kroppen min, og vet jeg har best av å kvile	Oppgitt	Ja, jeg bestemmer sjøl, men trenger litt hjelp nå..
	Ingen forstår meg	Drar dyna over hodet	Kroppen tåler kanskje mer enn jeg tror
	Ingen får bestemme over meg	Skam	Det er vanskelig, men jeg vil ikke gi opp
	Jeg <i>burde</i> bli med	Lei meg	Kanskje jeg lykkes bedre neste gang?
	Det nytter ikke	Trøtt	
	Jeg er håpløs	Angst	

4.2 Hvordan utforske Lindas tanker og følelser ved hjelp av sokratisk utspørring?

I den andre samspillsituasjonen beskrevet i narrativet tror jeg Linda kunne kjenne at jeg var *interessert* i henne og hennes problem, og at jeg *prøvde å forså henne*. Jeg fikk også formidla at jeg ønska å *samarbeide med henne for å finne løsninger*. Jeg formidla også et realistisk *håp* om endring. Alt dette er viktige faktorer som er med og påvirker alliansen, og kan gi motivasjon i Lindas endringsarbeid. Kanskje var det derfor Linda valgte å fortelle meg om vanskene i forhold til medpasient.

Linda ga meg et innblikk i sine kaotiske følelser og negative automatiske tanker, og dermed et godt grunnlag å jobbe ut fra: «Det nytter ikke.», «Ingen kan hjelpe meg...», «Jeg er ekkel når jeg baktaler henne». Og følelsen av ensomhet, fortvilelse og skam, samt frustrasjon over medpasient hadde hun delt med meg. Ved å vise at jeg rommet Lindas kaotiske tanker og følelser, gjorde jeg det mest sannsynlig lettere for henne å romme dem sjøl også (Kåver 2012).

Viss jeg på den andre sida hadde møtt Linda med kommentarer som «Huff, dette må være fryktelig vanskelig for deg... Sjølsagt må du slippe slike utfordringer nå som du er innlagt og har mer enn nok med deg sjøl...» kunne Linda følt at jeg overreagerte. Hun ville kanskje ikke følt seg møtt med empati, sjøl om det hadde vært min intensjon å være empatisk. I tillegg ville hun gått glipp av muligheten til å utforske tankene sine og gjøre seg nye erfaringer.

Jeg vil her vise hvordan vi videre kunne ha jobba sammen for å sortere tanker og følelser i den gitte situasjonen, og hvordan vi igjen kunne gjort nytte av ABC-modellen:

A (Situasjon)	B (Tanke)	C (Følelse/reaksjon)
Jeg er på røykeklassen, og Eva kommer og spør meg etter røyk	Å nei, ikke nå igjen...	Hjertebank, uro
	Jeg klarer ikke å si nei	Irritasjon
	Hun betaler aldri tilbake	Frustrert
	Jeg er feig/ håpløs	Oppgitt
	Hun blir sint på meg	Dårlig samvittighet
	Jeg er egoistisk	Stikke av
	Jeg må si ja	

Det er ikke sikkert alle hadde klart å formidle følelsene sine like godt som Linda. Mange som har lært å undertrykke følelsene sine, kan ha store problem med å hente dem fram. De vet rett og slett ikke hva de føler. Da kan vi hjelpe pasienten med å foreslå hva han *kunne ha følt*. Jeg kunne sagt litt om hva *jeg ville følt* eller vi kunne sammen ha reflektert over hva *andre mest sannsynlig ville følt*. Igjen ville det være viktig å understreke at *ingen følelser er feil, de bare er*.

Lindas *følelser* var gyldige og fikk stå for seg. *Situasjonen* var også som den var. Den kunne vi ikke gjøre noe med. Men *tankene* kunne utforskes ved sokratisk utspørring. Hvor gyldige/ sanne var de? Og hvor *hensiktsmessige* var de?

Tanke: «Jeg klarer ikke å si nei»:

Hva betød det? Kanskje ville Linda fortelle at det generelt er vanskelig for henne å si «nei» når noen ber henne om noe. Hun er redd for ikke å bli likt, og for at folk skal bli sinte/ irriterte på henne. Ved sokratisk utspørring og bruk av muldvarptechnikken kunne jeg spørre videre hva det betydde viss andre ble sinte/ irriterte på henne, Kanskje ville hun da ha kommet fram til at hennes kjerneantakelse «ingen liker meg slik jeg egentlig er» er sann. Da gir det mening at ved å si ja og tekkes andre, kan hun bli likt (leveregel).

Vi kunne sammen reflekter over at det *kan* være en risiko å si «nei» til Eva i denne situasjonen. Eva kan bli både sint og lei seg, noe som igjen kan føre til et visst ubehag for Linda. Her tenker jeg det er viktig å ta Lindas ambivalens på alvor, og ikke komme med lettvinne løsninger. Om jeg på den andre siden bagatelliserer situasjonen, f.eks med å si: «Hva så da?», ville kanskje Linda følt at jeg ikke forsto henne eller tok hennes problem på alvor. Men etter hvert kommer kanskje Linda fram til at det ikke er så farlig om Eva skulle bli irritert. Da hun var ti år var Linda avhengig av voksne som passa på henne, og det kunne være «farlig» om de ble sinte på henne. Men som voksen er maktposisjonene endra. Hun er ikke lenger den sårbare lille jenta som er avhengig av at andre skal like henne, sjøl om det fortsatt kan føles slik.

Tanke: «Jeg er egoistisk»:

Er det andre måter å se det på? Sett utenfra, i fugleperspektiv når Linda allerede har gitt bort mange røyk og ikke fått tilbakebetalt, er det da egoistisk å si nei? Hva ville hun sagt til en venn i samme situasjon? Linda kunne kommet fram til at det slett ikke vil være egoistisk å si nei.

Tanke: «Jeg er feig/ håpløs»:

Linda mener kanskje at hun *er* feig. Hun trekker seg ofte unna og forsøker å *unngå* vanskelige situasjoner istedenfor å møte vanskene ansikt til ansikt. «Det er jo derfor jeg forsøker å unngå Eva». Jeg kunne svart: «-Så det du sier er at du *har en tendens til å unngå* vanskelige situasjoner, noe som er naturlig for oss alle. Men jeg ser også at du mange ganger holder ut. Kan vi heller si at du *kan være* feig, men ikke alltid?» Linda går med på det. Hun kan se at hun ikke er *enten* det ene *eller* det andre, men kan være begge deler. Det tenker jeg er en viktig forskjell å poengtere. Å få fram nyansene og løse opp de fastlåste tankene er et viktig mål i kognitiv terapi (Berge og Repål 2010).

Vi kunne også diskutert hvor *hensiktsmessig* det er å tenke «jeg er håpløs». Hjalp denne tanken Linda? Var den med på å bygge henne opp eller bryte henne ned? Linda ville kanskje funnet ut at dette var en tanke hun ikke ville samle på.

Vi kunne brukt rollespill og «øvd» oss litt ved at Linda spilte Eva, og jeg spilte Linda. (Her må jeg igjen være bevisst på at om dette fungerer i samspill med Linda, er det ikke sikkert det ville passe i samspill med en annen pasient). Og vi kunne diskutert hvilken måte det

kunne være hensiktsmessig å si «nei» på. Linda ville kanskje foreslått at hun bare enkelt kunne si «Nei, dessverre Eva, jeg har ikke så mange røyk igjen, og du skylder meg allerede 10 stk». Vi kunne snakka om mulige utfall i denne situasjonen, så Linda skulle være forberedt.

Ifølge Wilhelmsen (2004) gjenspeiler det som skjer i terapirommet på mange måter det som skjer i verden for øvrig. Pasientens typiske måter å forholde seg til menneskene rundt seg vil på mange måter vise seg i terapien. Det samme tenker jeg gjør seg gjeldende i avdeling ved DPS. Avdelinga blir pasientens «miniverden» som kan gi mange gode læringssituasjoner som en kan dra nytte av. Ved å gripe de vanskelige situasjonene, ta tak i dem og utforske dem, kan pasienten lære noe nytt om seg sjøl og sine reaksjonsmønster, og gjøre seg nye erfaringer. Dette er et mål i kognitiv terapi (Berge og Repål 2008).

Etter hvert som vi hadde jobba sammen angående situasjonen på røykeklassen, kunne vi ha satt opp et nytt ABC-skjema, med rom for alternative tanker:

A (Situasjon)	B (Tanke)	C (Følelse)	D (Alternativ tanke)
Jeg er på røykeklassen, og Eva kommer og spør meg etter røyk	Å nei, ikke nå igjen...	Hjertebank, uro	Jeg har vanskelig for å si nei, men kan øve
	Jeg klarer ikke å si nei	Irritasjon	Jeg kan være feig/ unnvikende, men ikke alltid
	Hun betaler aldri tilbake	Oppgitt	Hun kan bli sint på meg, men jeg kan tåle det
	Jeg er feig/ håpløs	Dårlig samvittighet	Kanskje hun ikke blir sint?
	Hun blir sint på meg		Jeg ville ikke synes det var egoistisk om andre sa nei
	Jeg er egoistisk		Jeg kan snakke med kontaktpersonen min om det blir vanskelig
	Stakkars Eva		
	Jeg må si ja		

Ved å ta tak i vanskelige situasjoner som oppstår i terapisisituasjonen og i miljøet ved avdelinga, kan en sammen utforske disse. Kanskje ser en da lettere sammenhenger og kan dra paralleller til utfordringer i pasientens hverdagsliv. Viss Linda hadde sett nytten av å bruke ABC-modellen, kunne vi gått videre og utforska vanskelig situasjon på arbeidsplassen (Se teoridelen, kapittel 2.2.3).

Jeg tenker at det er viktig å ha lagt grunnlaget for en god allianse før ABC-modellen introduseres, og at en har greid å skape en aksepterende atmosfære. En dypt deprimert pasient som i utgangspunktet har svært negative tanker om seg sjøl, kan komme til å bebreide seg sjøl viss han for eksempel ikke forstår skjemaet. Eller han forstår skjemaet, men har problem med å identifisere tankene sine. Eller han kan komme til å dømme seg sjøl på grunn av at han «tenker feil». Da er det viktig å vise forståelse for at dette ikke er lett, og å trygge pasienten på at det ikke er noen tanker som er «feil» å tenke, eller følelser som er «feil» å føle. Uansett tenker jeg det er viktig å gå sakte fram, og bruke god tid.

4.3 Lindas leveregler og sjølfølelse i lys av kognitiv terapi

Den kognitive modellen (Teoridelen, kapittel 2.2.1) kan være et hjelpemiddel for å øke min forståelse for Linda. Ut fra det hun har fortalt om sin barndom og oppvekst antar jeg at hennes vonde følelser ofte ikke ble tatt imot og validert. Kanskje opplevde hun tvert imot å bli avvist og ydmyka når hun viste vonde følelser. Dette *kan* ha gitt henne kjerneantakelsen «ingen liker meg». Kanskje har hennes strategi for å håndtere de vonde følelsene blitt *undertrykkelse* («Ingen liker meg slik jeg egentlig er, men viss jeg holder følelsene mine for meg sjøl, så liker de meg kanskje.» «Viss jeg er snill og sier ja, liker de meg kanskje.»). Når trykket av og til blir for stort og følelsene for vanskelig å håndtere, kan det gi seg utslag i depresjon og sjølskading.

Å oppleve mangel på kjærighet og aksept i oppveksten kan gi alvorlige konsekvenser. Ettersom vi lærer å sette pris på oss sjøl gjennom måten andre møter oss på, blir sjølrespekt og sjølaksept mangelvare hos pasienten som voksen. Ulike typer ubehag blir lett tegn på svakhet, og noe en vil *unngå* (Kåver 2012). Linda har funnet sine strategier for å motvirke de vanskelige tankene/ følelsene. Hun *unngår* å møte Eva på røykeplassen. Hun

unngår vanskelige situasjoner ved å trekke seg tilbake og kripe under dyna. Kanskje *unngår* hun arbeid av frykt for å bli såra av kollega? Spørsmål som det blir viktig å jobbe videre med, er hvorvidt disse strategiene er hensiktsmessige, og om det kan være andre strategier som er bedre. Kanskje vil Linda se at unngåelsen hjelper henne der og da, men ikke på sikt. Hun ser at hun kan framstå utydelig og feig, og dermed mister hun respekten for seg sjøl. Kanskje vet hun ikke en gang hvem hun er.

Å endre på fastlåste leveregler er et møysommelig arbeid, og kan ta år. I løpet av oppholdet fikk Linda hjelp til å stille spørsmål ved noen av sine negative tanker og fastlåste handlingsmønstre. Kanskje lærte hun at tanker ikke nødvendigvis er sannheter. Kanskje lærte hun at hennes strategier av og til var hensiktsmessige, men av og til ikke. Og kanskje oppdaga hun muligheten for å velge andre strategier som var bedre. På den måten kom hun forhåpentligvis et stykke på veg i endringsprosessen når det gjaldt å se seg sjøl med nye øyne.

4.4 Veien videre

I alt endringsarbeid er faren for tilbakefall tilstede (Barth, Børtveit og Prescott 2013). Og ifølge Berge og Repål (2010) vil en som er plaga med depresjon ha lett for å falle tilbake til uhensiktsmessige tanke- og handlingsmønstre. Hvordan skulle det gå med Linda etter at hun kommer heim? Vil hun greie å vedlikeholde det hun har lært? Hva er hennes styrke og sårbarhet? Hva var det som utløste depresjonen sist, og hva kan komme til å utløse den på nytt? Hva skal hun fylle dagene med før hun igjen begynner i arbeid? Hva når turbulente familieforhold og vanskelig jobbsituasjon igjen begynner å tære på pågangsmot og optimisme? Vil hun på nytt bli motløs og ty til gamle strategier i form av tilbaketrekning og isolasjon? Eller vil hun greie å få sin «indre støttespiller» mer på bane? Hvem er der for å støtte henne? Hva vil hindre henne i å søke hjelp/ møte til poliklinisk behandling? Alt dette er viktige spørsmål som jeg i ettertid ønsker vi hadde hatt større fokus på. Viss en ny depresjon skulle oppstå, vil motivasjonen for å gjøre noe med det raskt synke, og hun kan fort begynne å tenke at «det nytter ikke uansett». Nettopp dette er nok en viktig grunn til at mange faller ut av behandlingssystemet, kanskje når de trenger det mest. Det viktige temaet om tilbakefallsforebygging har jeg ikke fått belyst tilstrekkelig i denne oppgava.

5.0 Konklusjon

I denne oppgava har jeg reflektert over hvordan sykepleier ved DPS ved hjelp av kognitiv terapi kan bidra til endring hos en pasient som sliter med depresjon. Både teori og klinisk erfaring viser at en god behandlingsallianse er ei forutsetning for å lykkes med dette. Jeg har kommet fram til at de vanskelige samspillsituasjonene, der vi føler at vi ikke lykkes, ikke nødvendigvis skader alliansen. Tvert imot ser jeg at disse situasjonene kan gi rom for læring. De kan bli utgangspunkt for å utforske automatiske tanker og fastlåste handlingsmønster. Jeg har gitt eksempel på hvordan en ved hjelp av ABC-modellen og sokratisk utspørring kan gjøre dette.

Det at pasientene er svært forskjellige, og ofte med sammensatte problem, kan være utfordrende for oss som jobber ved DPS. Noen ønsker et opphold der de vil «jobbe med seg sjøl». Andre er innlagt mer for å «samle seg» eller «koble av» fra en slitsom hverdag. Atter andre ønsker slett ikke å være innlagt, men ser ingen andre muligheter. God behandling tar uansett utgangspunkt i det unike ved hver pasient, og hvor han til enhver tid måtte befinne seg i endringsprosessen (Barth, Børtveit og Prescott 2013).

Ei utfordring ved bruk av kognitiv terapi er ifølge Kåver (2012) at terapeuten lett kan bli for dirigerende/ ekspert. En kan bli overivrig etter å løse pasientens problem, noe jeg kan kjenne meg igjen i, og har vist eksempel på i oppgava. Dette er det viktig å være bevisst på, da det kan gå på bekostning av alliansen. Målet med kognitiv terapi er uansett ikke at pasientens problem skal fjernes, men at han skal få hjelp til å mestre sine livsutfordringer på en god måte (Berge og Repål 2008).

Når vi vet at tilbakefallsfaren er så stor hos mange med depresjon, tenker jeg at dette burde fått større oppmerksomhet gjennom behandlingsforløpet. «Hvordan kan vi bidra til å hindre tilbakefall av depresjon hos pasient etter innleggelse?» kunne vært ei interessant problemstilling å se nærmere på. Ofte henvises pasienten videre til poliklinisk behandling eller psykiatritjenesten i kommunen, hvor han kan få god oppfølging. Men av ulike årsaker faller han ut av behandlingsapparatet, og faren for tilbakefall øker. «Dørstokkmila», det å komme seg av gårde til avtalt tid når en ikke føler seg i form, kan være stor hindring for mange. Dagens utstrakte bruk av informasjonsteknologi og telekommunikasjon gir oss mulighet til å tenke nytt vedrørende behandling. Jeg refererte tidligere til Kobak et al.

(2015) som hevder at kognitiv terapi særlig egner seg godt for å ta i bruk den nye teknologien. Det at så mange, særlig unge, har både mobiltelefon og internett, kan gjøre denne type behandling lett tilgjengelig, og kan muligens bidra til å motvirke tilbakefall. Dette tenker jeg kan være et nyttig supplement til tradisjonell behandling, og ville være spennende å utforske videre.

Referanseliste

Aarøe, Rolf og Margit Øiesvoll. 2004. Tenk viss...hva så? 1.utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Barth, Tom, Tore Børtveit og Peter Prescott. 2013. Motiverende intervju, 1.utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Beck, Judith. 2006. Kognitiv terapi- teori, utøvelse og refleksjon, 1.utg, København: Akademisk Forlag

Berge, Torkil og Arne Repål. 2010. Den indre samtalen, 3.utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Berge, Torkil og Arne Repål. 2008. Håndbok i kognitiv terapi, 1.utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Berge, Torkil og Arne Repål. 2002. Lykketyvene. Oslo: Aschehoug og co

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. Perspektiver på psykisk lidelse. 3.utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kåver, Anna. 2012. Allianse- den terapeutiske relasjonen i KAT. 1.utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Nielsen, Geir Høstmark og Anna Louise von der Lippe, (red). 1993. Psykoterapi med voksne- Fem perspektiver på teori og praksis. Oslo: Tano

Wilhelmsen, Ingvard.2004. Sjef i eget liv- en bok om kognitiv terapi. 1.utg, Stavanger: Hertevig Forlag

Nettsider:

Helsedirektoratet. «Depresjon». Lest 09.04.16.

<https://helsedirektoratet.no/>

Norsk Forening for Kognitiv terapi. «Kort innføring i kognitiv terapi». Lest 27.12.15.

<http://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>

Artikler:

Kobak, Kenneth A, Mundt, James C and Kennard, Betsy. 2015. Integrating technology into cognitive behavior therapy for adolescent depression: A pilot study. *Annals of General Psychiatry* 14 n.p.

Stiles-Shields, Colleen, Kwasny, Mary J, Cai, Xuan and Mohr, David C. 2014. Therapeutic alliance in face-to-face and telephone-administered cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82 (2): 349-354.