



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan den terapeutiske alliansen i kognitiv terapi benyttes til å hjelpe en person med depresjon til aktivitet som gjør at han føler seg bedre?

Linn Dahl Walderhaug

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, 23. april 2020



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 URKUND, 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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjellaug Myklebust

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

Dato: 16.04.2020

Antall ord: 7877

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært interessant men tidkrevende. Det har vært utfordrende å finne motivasjon til å skulle sette seg ned å skrive på kveldene etter arbeid- og familietid. Humøret og pågangsmotet har vekslet mellom optimisme og mestring til pessimisme og oppgitthet. Jeg har dermed fått god anledning til å utforske sammenhengen mellom mine egne tanker, følelser og atferd underveis i skriveprosessen. Dette har tilført prosessen en ekstra dimensjon.

Jeg vil takke min veileder for kunnskapsrik refleksjon og konstruktive tilbakemeldinger underveis i skriveprosessen. Jeg vil også takke mine kollegaer som har tatt en del av mine arbeidsoppgaver når jeg har vært fraværende grunnet studiet. Ikke minst vil jeg takke mannen min for støtte, tålmodighet og for anskaffelse av en god porsjon sjokolade.

Sammendrag

I oppgaven belyses det hvordan en kan benytte den terapeutiske alliansen i kognitiv terapi til å hjelpe en person med depresjon til et sunnere atferdsmønster, slik at han kan føle seg litt bedre, og at han på sikt kan få det bedre med seg selv. Depresjon er et omfattende problem i den vestlige verden, som hindrer den rammede i å gjøre aktiviteter som gir glede og livskvalitet. Positiv relasjon mellom terapeut og pasienten korrelerer med et positivt utbytte av behandlingen for deprimerte.

Edvard Bordins allianseteori er benyttet som ledetråd i oppgavens diskusjonsdel, og i lys av teoriens tre faktorer for en god terapeutisk allianse diskuteres det hvordan en som terapeut kan bidra til å at den deprimerte pasienten fra narrativet kan øke forekomsten av sunn atferd. Oppgaven er basert på litteratur og empiri fra egen praksis.

Avslutningsvis konkluderes det med at relasjon mellom pasient og terapeut er den viktigste faktoren i den terapeutiske alliansen. Ved endring av atferd endres også følelser, tanker og kroppslige reaksjoner. Endring av atferd er ikke eneste innfallsvinkel i møte med personer med depresjon, flere terapeutiske redskaper innen kognitiv terapi kan være nyttig. Det kan også være aktuelt å benytte andre behandlingsperspektiver. For å oppnå best mulig resultat for pasienten trengs det mer forskning, eksempelvis foreslås en utviklingsstudie med hyppig evaluering av alliansen fra pasienten og terapeutens ståsted.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Avgrensing	2
1.3	Problemstilling	3
2.0	Fremgangsmåte	4
2.1	Litteratursøk	4
3.0	Teori	6
3.1	Depresjon.....	6
3.2	Kognitiv terapi.....	6
3.3	Den terapeutiske allianse	7
3.4	Kognitiv terapi og depresjon	9
4.0	Empiri	12
5.0	Diskusjon.....	14
5.1	Det emosjonelle båndet	14
5.2	Enighet og forståelse av mål	15
5.3	Sammenheng mellom mål og oppgaver, og å handle i tråd med en plan	17
5.4	Sunn og usunn atferd	19
5.5	Psykoedikasjon	21
5.6	Sammarbeidsproblemer	21
6.0	Avslutning	23
	Litteratur	25

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg møter daglig personer i ulike faser av personlige kriser, ofte etter tap av helse. Mange av disse menneskene har depressive tanker eller lidelser knyttet til disse tapshendelsene. Når mennesker opplever tap i livet som ved tap av relasjoner, tap av egen eller andres helse eller tap av egen funksjon – om det er fysisk, relasjonelt eller endring av jobbsituasjon eller andre ting, kan en bli fanget i en depressiv negativ selvforsterkende sirkel, en kommer seg ikke videre. Negative repeterende tanker, resignasjon, kroppslige plager og inaktivitet går hånd i hånd med depresjonen (Berge og Repål 2015). Jeg ser ofte at mennesker i en pågående depresjon hindrer seg selv i å gjøre det de ønsker. Glede endres til håpløshet. Fokus endres fra atferd og aktiviteter som gir glede og mestring – til passivitet, innaktivitet og repetitive tanker om håpløshet og ikke-mestring.

Depresjon er smertefullt for den enkelte og påvirker omgivelsene og samfunnet i stor grad. Helsedirektoratet (2009) anslår at hver femte person i Norge i løpet av livet vil oppleve depresjon. Depresjon fører med seg store personlige omkostninger for de rammede og deres pårørende (Helsedirektoratet 2009). Den rammede har stor risikofaktor for å falle ut av inntektsgivende arbeid og depressive lidelser er videre en medvirkende faktor til uførhet (Lassemo et al. 2016). På verdensbasis er depresjon rangert som nummer fire av de ti lidelsene i verden som fører til størst tap av livskvalitet og leveår, og depresjon er på god vei til å bli den ledende årsaken til sykdom i vesten. Økonomiske og samfunnsmessige omkostninger ved depresjon er store, i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter, økte trygdeutgifter og utgifter til behandling (World Health Organization [WHO] 2017).

Regelmessig fysisk aktivitet kan bidra til å redusere depressive symptomer ved depresjon (Martinsen 2018, Strawbridge et al. 2002). En halvtimes fysisk aktivitet om dagen har vist å ha antidepressiv effekt (Dunn et al. 2005). Fysisk aktivitet har en positiv effekt ved depresjon både for å hindre depressive episoder og for å behandle dem, så vel akutt som på lengre sikt (Bahr 2008). Det finnes flust av litteratur og studier med råd om hvordan man skal trene ved ulike diagnoser og utfordringer for å oppnå helseutbytte. Det er utvilsomt helsefremmende for den deprimerte å trene og være i fysisk aktivitet. Men realiteten, er at depresjoner er smertefulle. Det er ikke bare å ta på seg joggeskoene og komme seg ut.

Mange vil helst bare ligge. Men aktivitet er mer enn trening. Det handler om å komme seg i gang, i aktivitet, å gjøre litt er bedre enn ingenting.

Noen pasienter kan ha vanskelig for å jobbe med tanker og følelser. Da kan fokus på endring av atferd undersøkes (Berge og Repål 2015). Endres våre negative reaksjoner når vi gjør ting annerledes? Mange erfarer at de får det litt bedre om de kommer opp og får bevege seg. Jeg erfarer at mange kan oppleve glede og mestring når de er i aktivitet, fremfor når de bare ligger inaktivt. Ved å regelmessig gjenta aktivitet har jeg tro på at pasienter kan lære å påvirke sin situasjon med egen aktivitet uansett hvor dårlig de føler seg. Hvordan kan jeg komme i posisjon til å hjelpe med denne overbevisningen? Hvordan kan man ved hjelp av litt og litt aktivitet få det bedre med seg selv? Bryte den depressive negative sirkelen. Helsedirektoratet (2009) anbefaler at deprimerte øker antall gjøremål med fokus på aktivitet som gir mestring og tilfredsstillelse, og målrettet aktivisering er blant anbefalingene for behandling av depresjon (Helsedirektoratet 2009).

Jeg ønsker med denne oppgaven å belyse hvordan en kan benytte den terapeutiske alliansen i kognitiv terapi til å hjelpe en person med depresjon til et sunnere atferdsmønster, slik at han kan føle seg litt bedre, og at han på sikt kan få det bedre med seg selv.

1.2 Avgrensning

Jeg begrenser oppgaven til hjemmeboende pasienter med depresjonsdiagnose. I min praksis har jeg sett ulike utfordringer knyttet til nettopp denne pasientgruppen. Jeg erkjenner at jeg kan føle på håpløshet og usikkerhet i møte med pasienter med depresjon. Jeg sitter ofte med følelsen av å komme til kort i terapeutiske samtaler med disse pasientene, deres pessimisme og negativitet kan være så altomfattende. Jeg er fysioterapeut og mitt arbeidsredskap er atferd, aktivitet og bevegelse. Jeg har erfaring med at bevegelse i kroppen gir bevegelse i tankene, men jeg erfarer også at for den deprimerte å innse dette er en gjensidig sterk allianse avgjørende. Jeg har valgt kognitiv terapi, og først og fremst den kognitive terapeutiske alliansen som tilnæringsmetode når jeg skal se på mulighetene for å hjelpe denne pasientgruppen til endret atferd og aktivitet. Studier og faglitteratur har dessuten også vist at bruk av kognitiv terapi til pasienter med depresjon har god effekt (Gloaguen et al. 1998) og at deprimerte har god effekt av aktivitet (Schuch et al. 2016).

Pasienten fra det narrative har hatt kreft. Kreftsykdom representerer et tap for denne pasienten, tap av funksjon, energi og opplevelse av god helse. Depresjon kan tenkes å være en reaksjon på tapsopplevelsen. Forekomsten av depresjon blant kreftoverlevende er ikke høyere enn i befolkningen ellers etter at behandlingen er gjennomført (Dahl 2016, Hess, Dahl og Kiserud 2018). Kanskje kan det at jeg har valgt en pasient med kreft i narrativet, være et argument for at oppgaven har overføringsverdi til andre pasienter med depresjon. I oppgaven velger jeg å ikke vektlegge medierende prosesser som kognitive skjema og grunnantagelser samt terapeutiske verktøy som ABC-modellen og kasusbeskrivelse med flere. Fokuset vil være som beskrevet tidligere, på pasient-terapeut interaksjon og på aktivitet.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av overnevnte forhold formuleres problemstillingen som følgende:

Hvordan kan den terapeutiske alliansen i kognitiv terapi benyttes til å hjelpe en person med depresjon til aktivitet som gjør at han føler seg bedre?

2.0 Fremgangsmåte

Fordypningsoppgaven skal ifølge studiets retningslinjer bygge på erfaringer hentet fra klinisk praksis og fra relevant litteratur. I denne delen vil beskrive hvordan jeg har gått frem for å finne relevant litteratur. Jeg har så langt det har latt seg gjøre forsøkt å benytte meg av primærkilder. Jeg har benyttet pensumlitteratur, annen selvvalgt aktuell litteratur, artikler fra forskning og fagartikler. I tillegg benytter jeg meg av egne erfaringer fra nåværende og tidligere arbeidssteder, og det er der narrativet er hentet fra. Oppgavens utforming og metode er basert på høgskolens retningslinjer for oppgaveskriving.

2.1 Litteratursøk

Søkene etter forskningsartikler har vært basert på oppgavens tema og problemstilling. I hovedsak ble litteratursøkene utført i perioden 20. januar-10. mars 2020. Resultatet er beskrevet slik det var ved søking. Fortløpende søk etter disse datoene har ikke endret litteraturen.

I oppstart av prosessen gjorde jeg flere ustrukturert søk på google.no, dette for å få et overblikk av omfang og interesse som fantes om temaet jeg har valgt for oppgaven. Deretter plukket jeg ut bøker og artikler fra studiets pensumlistene som kunne være relevante. Jeg så på referanselistene i disse og søkte opp forfatterne for å se om de muligens hadde skrevet annet materiale om samme tema. Jeg gjorde så et søk på norsk på Biblioteket på Høgskolen i Molde søkemotor Oria, hvor jeg benyttet søkeordene depresjon, kognitiv terapi og atferdsaktivering. Gjennom disse søkene fant jeg en del av litteraturen jeg har benyttet i oppgaven. Nettstedet kognitiv.no har jeg ikke benyttet som en direkte kilde i oppgaven, men som kilde til inspirasjon underveis i skriveprosessen.

I MEDLINE og PsykINFO har jeg gjort identiske søk på engelsk. Jeg søkte med emneord, brukt nærhetsoperator og trunkering, samt kombinerte søkeordene med AND og OR etter hva som har vært relevant. Jeg startet å søke på depresjon med følgende trunkering: depress*. Jeg kombinerte med kognitiv terapi med trunkeringen kognitiv* therap* og begrenset til å gjelde artikler fra de siste 10 årene og artikkelspråket til å gjelde engelsk, norsk, svensk eller dansk. Jeg fikk da 5318 treff i MEDLINE og 4853 treff i PsykINFO. Jeg kombinerte deretter resultatet med atferdsaktivering, med trunkeringen behavio* activ* og fikk da henholdsvis 113 og 109. For å redusere artikkelomfanget ytterligere,

begrenset jeg søket til å gjelde "therapy (best balance of sensitivity and specificity)". Jeg satt da igjen med 82 treff i MEDLINE 82 treff og 33 treff i PsykINFO. Etter å ha lest abstraktene hadde jeg 7 relevante artikler som jeg har brukt i oppgaven. I NORART brukte jeg de samme 3 søkeordene som i de andre søkebasene og fikk 2 treff. Begge disse var relevante og jeg har brukt dem i oppgaven.

3.0 Teori

3.1 Depresjon

ICD-10 beskriver grunnsymptomene i depresjon som nedsatt stemningsleie, interesse- og gledeløshet samt nedsatt energi, og slitenhet (Helsedirektoratet 2011). Tilleggssymptomer kan være redusert selvtillit og selvfølelse, økt skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser, psykomotoriske endring, appetitt eller vektforandringer (Helsedirektoratet 2011). Verdens helseorganisasjon karakteriserer depressive lidelser med tristhet, mangel på interesse eller glede, følelse av skyld, lav selvfølelse, forstyrret søvn eller appetitt, tretthetsfølelse og konsentrasjonsvansker (WHO 2017).

Deprimerte kan beskrive seg som tomme eller flate følelsesmessig, og kan fortelle at ingenting betyr noe lenger. Det er vanlig at overvekt av negativ tenkning dominerer. Han eller hun tenker automatisk negativt, selvkritisk og pessimistisk. Kan ha hang til å gruble over egne nederlag og utilstrekkelighet. Kroppslige reaksjoner som smerte og ubehag er ikke uvanlig. Passivitet og ubesluttsomhet dominerer hverdagen (Helsedirektoratet 2009). Konsekvensene kan bli at den enkeltes muligheter til delta i arbeid, skole eller hverdagsliv reduseres. I verste fall kan depresjon føre til selvmord (WHO 2017).

3.2 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi ble introdusert av Aron T. Beck tidlig på 1970-tallet med tydelig forankring i behaviorismen (Haugsgjerd et al. 2009). Beck utarbeidet i første omgang en strukturert, kortvarig, nåtid orientert behandling for depresjon med mål om å løse problemer og endre dysfunksjonelle tanker og atferd (Beck 2011). Siden 1970-tallet har kognitiv terapi blitt utviklet og tilpasset for ulike grupper med en rekke diagnoser og problemer. Det er dokumentert at kognitiv terapi har god effekt ved en lang rekke problemtilstander, blant annet angstlidelser, depresjon, panikk lidelser (Beck 2011). I tillegg blir kognitiv terapi benyttet som supplement ved en rekke somatiske sykdommer, smertetilstander og søvnproblemer (Berg og Repål 2010).

Kognitiv terapi kan ifølge Berge og Repål (2010) være en øvelse i indre samtale, der pasienten utvikler sin evne til å utforske egne tanker og bli bevist egne fastlåste

tankemønster. En antar i dette perspektivet at fellesnevneren for psykiske vanskeligheter er uhensiktsmessige tanker som virker inn på den enkeltes følelser og oppførsel og hvordan kroppen har det. Når pasienten lærer seg å tilpasse sine tanker på en mer realistisk og hensiktsmessig måte vil de oppleve bedring i sin følelsesmessige tilstand og oppførsel/atferd vil kunne endre seg (Beck 2011).

For eksempel hvis en er deprimert og ikke klarer å få ferdig en oppgave på jobb. En kan få en automatisk tanke: En rask umiddelbar ide som dukker opp i hodet: «Jeg klarer ikke gjøre noe rett». Denne tanken kan føre til en bestemt reaksjon: Jeg føler meg trist. Det kan igjen føre til en bestemt handling/atferd: Du går ikke på jobb neste dag. Hvis en undersøker og evaluerer denne ideen, kan det være at en konkluderer med at en overgeneraliserte og at det er mange ting en faktisk får til svært bra. Gjennom å bli bevisst sine opplevelser fra et slik nytt perspektiv kan det gjøre at en føler seg bedre og at en handler mer hensiktsmessig (Beck 2011).

Noen kan ha mer eller mindre dypt forankrede, underliggende dysfunksjonelle tanker om seg selv, om andre eller om omgivelsene. Såkalte negative leveregler eller tolkningskjema (Berge og Repål 2010). For eksempel; hvis en gang på gang undervurderer sine evner, kan en ha en underliggende forståelse av seg selv som lite kompetent. Gjennom bevisstgjøring av dette, denne leveregelen, og ved å systematisk se seg selv i et mer realistisk lys, som et menneske med både styrker og svakheter, kan en endre sin oppfattelse av hendelser og situasjoner man møter i det daglige (Beck 2011). Så istedenfor å tenke: «Jeg klarer ikke gjøre noe rett», når en ikke mestrer en oppgave. Kan en for eksempel tenke: «Jeg er ikke så god til denne spesifikke oppgaven».

3.3 Den terapeutiske allianse

Det viktigste prinsippet for behandling av personer med psykiske lidelser er at pasientens behov skal legges til grunn for hvordan behandlingen utformes (Berge og Repål 2008). Pasienten skal være aktivt medvirkende i sin behandling, hans erfaringer og ønsker skal hele tiden være i fokus (Helsedirektoratet 2009). Et stort antall vitenskapelige studier viser at positiv relasjon, eller allianse, mellom terapeut og pasienten korrelerer med et positivt utbytte av behandlingen (Berge og Repål 2010, Beck 2011, Berge og Repål 2015,). Det er

pasientens opplevelse av allianse med terapeuten som er knyttet til et godt resultat, og det er avgjørende at alliansen etableres tidlig i forløpet (Berge og Repål 2015).

Den terapeutiske alliansen er ifølge Edward Bordin (1979) allianseteori avhengig av 3 gjensidige faktorer som igjen gir størst mulig sjans for endring i terapien. Den første faktoren er gjensidig enighet og forståelse om hvilke mål en har for terapien. Den andre faktoren er at pasienten ser sammenheng mellom mål og oppgaver. Dette øker forståelse og involvering i behandlingen og gir motivasjon til å stå i behandling og gjennomføre oppgaver. Den tredje faktoren er et emosjonelt bånd preget av varme, gjensidig tillit, aksept og fortrolighet som oppmuntrer til samarbeid (Bordin 1979).

Terapeutens evne til empati er av stor betydning for alliansen og behandlingsutfallet (Kåver 2010). Jeg har ikke kunnet finne noen entydig definisjon på hva terapeutisk empati er, men det beskrives flere plasser som evnen til å gå inn i den andres verden for å forsøke å forstå hvordan den andre ser på seg selv og sitt liv, for så å sette ord på sin opplevelse, og undersøke om en har forstått riktig (Kåver 2010, Berge og Repål 2010). Terapeuten viser empati gjennom omtensomme spørsmål, refleksjoner og uttalelser, som gir pasienten følelse av at hans problemer og ideer blir forstått. I tillegg til empatiske ytringer er ordvalg, stemningsleie, ansiktsuttrykk, øyekontakt og kroppsspråk avgjørende for at terapeuten skal oppfattes som involvert, forpliktet og empatisk (Beck 2011).

Det er viktig for den terapeutiske alliansen å være oppmerksom på detaljer i pasients historie, ha en ikke-dømmende holdning og formidle at det er mulighet for å snakke om alle slags tema. Terapeuten forsøker å få frem pasientens antagelser og syn på seg selv, på andre og på ulike situasjoner (Berge og Repål 2010). Ved at pasienten blir møtt med en empatisk terapeutisk allianse vil han kunne føle en trygghet som gjør det lettere å dele vanskelige og konfliktfylte følelser og reaksjoner, og vanskelige følelser kan bli mindre truende. Alliansen kan bidra til å korrigere relasjonelle erfaringer, gi følelse av mindre ensomhet og gi en opplevelse av å føle seg respektert og verdifull. Den kan også hjelpe til med emosjonell bearbeiding, slik at pasienten kan tenke klarere og åpne opp for refleksjon rundt egne vansker (Berge og Repål 2010). Hvordan en oppfatter andre er svært individuelt, det er viktig å ha i bakhodet at det som oppfattes som en varm empatisk allianse i en relasjon, kan oppleves helt annerledes i en annen (Kåver 2010).

3.4 Kognitiv terapi og depresjon

Freud beskriver at mennesker ofte reagerer på tap med sorg. Sorgreaksjonen skal hjelpe oss å tilpasse oss en ny situasjon, uten den eller det tapte. Normalt vil mennesket etter hvert tilpasse seg, og sorgen vil avta. Men noen ganger setter sorgen seg fast og en kan utvikle en depresjon (Martinsen 2018).

I Kognitiv teori er en ikke så opptatt av hvordan depresjonen oppsto, en er mer opptatt av hvorfor depresjon ikke går over (Martinsen 2018). Hva vedlikeholder depresjonen? Depresjon angår hele mennesket, følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og atferd påvirkes. Til sammen utgjør disse fire aspektene det vi kaller den kognitive diamant. Alle aspektene i den kognitive diamant påvirker hverandre gjensidig og kan danne et mønster, som en selvforsterkende ond sirkel, som opprettholder vanskene (Nordmo 2020).

Om en «sitter fast» i sin depresjon tar man gjennom kognitiv terapi sikte på å bryte opp den onde sirkelen som har satt seg imellom tankene, følelser, atferd og kroppen. Den deprimerede sine indre samtaler kjennetegnes av ubehagelige tanker som bidrar til ubesluttsomhet og handlingslammelse. Personen blir passiv og trekker seg bort fra positive opplevelser, aktiviteter som tidligere gav glede, samvær og livskvalitet (Berge og Repål 2015). Også kalt positive forsterkninger. Aktiviteter blir erstattet med grubling, resignasjon, inaktivitet og kroppslige plager - negative forsterkninger. Inaktivitet gir ekstra belastninger som dårlig helse, relasjoner kan forverres, man kan miste arbeidsoppdrag, ubetalte regninger kan gjøre at man havner i økonomiske vansker (Martinsen 2018). Nå er denne onde sirkelen komplett fordi hindringen av positive opplevelser og økt belastning med flere negative opplevelser opprettholder depresjonen. (Nordmo 2020).

Mennesker har ikke direkte kontroll over følelser, ei heller hvordan en kjenner seg i kroppen. Tanker og atferd derimot kan kontrolleres og endres, i kognitiv teori er dette utgangspunkt for terapi (Beck 2010). Gjennom å bli bevisst sine tanker atferdsmønster og kunne evaluere dem som sanne eller hensiktsmessige kan en indirekte påvirke følelsene sine. Ved å påvirke og endre tanker og atferd aktivt kan en løse opp i den onde sirkelen og depresjonen kan heves (Martinsen 2018). Tradisjonelt i kognitiv terapi har det vært tankene som har stått i fokus, men flere studier viser at det å jobbe med atferd og aktivitet hos deprimerede også er svært nyttig (Dimidjian et al. 2006, Myhre og Eilertsen 2015,

Richards et al. 2016). Dette fremmes også i Helsedirektoratets retningslinjer (2009), som nevnt i innledningen, at målrettet aktivisering og atferdsaktivering anbefales i behandling av deprimerte. Ved å ta utgangspunkt i atferd og aktivitet, kan en bryte med den onde sirkelen ved å endre på det man gjør. Dette vil igjen kunne påvirke tanker, følelser og hvordan man har det i kroppen.

Atferdsaktivering er samlebetegnelse for atferdsorienterte behandlinger av depresjon der man setter søkelys på aktiviteter og atferd. Dette er en delkomponent av Becks kognitive terapi for depresjon og det eksisterer i dag to distinkte former, «Behavioral activation» og «Brief behavioral activation treatment for depression». De to formene er relativt like og deler tre kjernekomponenter, som er selvobservasjon av aktiviteter, kartlegging av verdier og mål og planlegging og gjennomføring av aktiviteter (Myhre 2017). I 2006 fant Dimidjian og hans kollegaer at atferdsaktivering var like effektivt for behandling av alvorlig depresjon som antidepressiverer. I en norsk studie gjort av Myhre og Eilertsen (2015) kommer det frem at økt aktivitetsnivå gir reduksjon i depressive symptomer. Og i en britisk studie fra 2016 kommer det frem at atferdsaktivering viser like god effekt på depressive lidelser som tradisjonell kognitiv terapi (Richards et al. 2016). Utgangspunktet for behandlingen er at endring av atferd brukes for å endre de andre bestanddelene i den kognitive diamant, tanker, følelser og kropp (Myhre 2017). En frisk person vil vanligvis velge aktiviteter som gjør at man føler seg bra, man handler retroaktivt. Men deprimerte har ikke denne muligheten, da depresjonens sentrale mønster er unngåelse og tilbaketrekking med korresponderende tanker og følelser (Martinsen 2018). Ved atferdsaktivering forsøker man å planlegge og gjennomføre aktiviteter som er viktig for den enkelte, som vil kunne endre resten av diamanten på sikt. Man handler proaktivt, det vil si at en gjennomfører aktiviteter fordi man håper å føle seg bedre i fremtiden (Martinsen 2018).

Deprimerte har ofte en hang til repetitiv grubling. Den deprimerte tenker om og om igjen på hvor dårlig han føler seg, hvor lite energi en har og hvor lite motivert en er til å gjøre noe. Noen deprimerte tror at en kan løse problemer ved å tenke mye på dem, det stemmer ikke. Forskning viser tvert om at grubling svekker evnen til å løse problemer (Berge og Repål 2015). Det er viktig at tankene ikke får ta for mye plass, ved å gjøre aktiviteter som er viktig for en kan en redusere uhensiktsmessig grubling. Ved å regelmessig gjenta

aktiviteten kan pasienten lære å påvirke sin situasjon med egen aktivitet uansett hvor dårlig de føler seg.

4.0 Empiri

Beskrivelsen har som formål å formidle min subjektive opplevelse av et møte fra min arbeidshverdag. Jeg har valgt å kalle pasienten Kristian, detaljer som kunne identifisert pasienten er utelatt. Dette for å sikre pasienten og pårørendes konfidensialitet i henhold til gjeldende etiske retningslinjer.

Kristian er 41 år, han har hatt kreft i magen, og vært gjennom en langvarig behandlingsperiode knyttet til dette. Han er nå erklært frisk. Etter at han kom hjem fra rehabiliteringsopphold har han ikke klart å komme i gang igjen med hverdagen. Han ligger hele dagen i sengen og ser på de samme gamle krigsfilmene om igjen. Han avviser venner og samboer som forsøker å få han med på ting eller i samtale. Han har helt sluttet å benytte seg av sosiale medier og telefon. Det er samboeren som tar seg av alt det praktiske og økonomiske i husholdningen. Han var for 2 uker siden innlagt noen få dager på psykiatrisk avdeling med spørsmål om selvmordsfare, men ble raskt skrevet ut igjen. Isolasjon og tiltaksevnen ble etter innleggelsen ytterligere redusert. Han har en gang tidligere for cirka 10 år siden vært innlagt en kort stund etter at han hadde svelget en god del smertestillende etter et opprivende brudd med tidligere kjæreste, dette var før det ble oppdaget at han hadde kreft. Han følges nå opp av psykisk helseteam i kommunen, det er de som har tatt kontakt med meg, jeg kjenner han fra tidligere etter oppfølging en kort periode når han var i kreftbehandling.

Jeg kommer hjem til Kristian en formiddag, han ligger i sengen – han er blek og ser medtatt ut. Han hilser med lav stemme. Jeg setter meg og lurer på om han kan fortelle meg hvordan han har hatt det siden jeg traff han sist, for litt over 6 måneder siden. Han forteller kort om kreftbehandlingen og avslutter med «nå ligger jeg altså her og er til bry for alle rundt meg». Det nytter ikke stå opp sier han, jeg orker ikke gjøre noe fornuftig likevel. Hva er vitsen da, jeg kommer ikke i gang med noe. Han er langsom i talen, jeg opplever han som somnolent.

Hva har du lyst til å gjøre da? spør jeg. Bare ligge her, sier Kristian. Dessuten når jeg forsøker å sette meg opp blir jeg svimmel og kvalm, og må bare legge meg ned igjen. Jeg nøler litt, men velger å opplyse han om at sengeleie kan gi endringer i blodtrykket som gjør at det ikke er uvanlig med svimmelhet og kvalme når en så skal reise seg opp, men at

dette vil avta når en ligger mindre og er mer oppe. Jeg er så godt i gang nå føler jeg, at jeg fortsetter med å informere om flere ulemper sengeleie har på kroppen. Jeg har hørt dette før sier Kristian tydelig irritert. Det blir stille, han synker sammen og jeg føler på hans avvisende holdning til meg. Jeg kjenner meg usikker nå. Jeg følte at sist vi møttes hadde vi en god tone og et godt samarbeid, nå opplever jeg det annerledes. Har jeg bare innbilt meg at vi hadde en god relasjon de forrige gangene jeg møtte han?

De har vært her fra psykisk helseteam flere ganger, forteller han, de spør og graver om hva jeg føler og tenker om ditt og datt. Hva tenker du på da? – spør jeg. Hva jeg tenker? – nei, jeg tenker vel ikke så mye. Jeg føler meg tom i hodet i grunn, prøver ikke å tenke så mye, orker ikke, det er jo bare negative greier som surrer uansett. Det hjelper ikke at de kommer og prater, sier han, Jeg føler meg fortsatt elendig, jeg er enda mer energiløs og mislykka etter at de har vært her. Han snakker raskere nå og jeg opplever han som noe agitert. Jeg føler meg usikker, men prøver meg likevel med et spørsmål jeg hadde planlagt å stille før jeg kom. Hva om du kunne velge å gjøre akkurat hva som helst, akkurat nå, hva ville du gjort da? Kristian sukker oppgitt, men jeg ser at han tenker seg om. Jeg ville tatt med meg hunden ut sukker han og snur seg vekk.

5.0 Diskusjon

Edward Bordins (1979) allianseteori fenger meg, derfor har jeg brukt det han mener er de 3 viktigste faktorene for en god terapeutisk allianse som ledetråd i oppgavens diskusjonsdel. Bordin (1979) legger spesielt og avgjørende vekt på det emosjonelle båndet mellom terapeut og pasient. Relasjonen har en viktig funksjon i den terapeutiske helbredelsesprosessen (Brodin 1979, Ryum og Stiles 2005, Kåver 2012, Berge og Repål 2015) og uten en god terapirelasjon spiller enighet om mål og oppgaver liten rolle (Bordin 1979). Disse faktorene er også i tråd med det som vektlegges i Nasjonale retningslinjer for behandling og diagnostisering av voksne med depresjon (Helsedirektoratet 2009). Det er også bakgrunnen for at jeg velger å starte med relasjonen.

5.1 Det emosjonelle båndet

I mitt møte med Kristian opplever jeg at den umiddelbare kontakten mellom oss langt fra er tilfredsstillende. Jeg kjenner på usikkerhet i situasjonen. Jeg følte at sist vi møttes hadde vi en god tone og et godt samarbeid, nå opplever jeg det annerledes. Kan det ha vært sånn at opplevelsen av en god allianse mellom oss ikke var gjensidig ved forrige møte? I Ryum og Stiles (2007) artikkel, som tar utgangspunkt i Bordins teori, viser resultatene av studien at den terapeutiske alliansen i seg selv er en endringsagent og en terapeutisk intervensjon for behandlingen. Men også at alliansen, sett fra pasientens side, har klart best prediktiv verdi, mens begrensninger basert på terapeutens eller en observatørs vurdering av alliansen har lavere prediktiv verdi. Berge og Repål (2010) hevder det samme, det er pasientens opplevelse av empati og i mindre grad terapeutens vurdering av relasjonen som er knyttet til resultatene av behandlingen. Pasient og terapeut har dessuten ofte ulike vurderinger, noe terapeuten i mange tilfeller ikke er klar over (Berge og Repål 2010). I møte med Kristian for å undersøke hans oppfattelse av vår relasjon, kunne jeg eksempelvis ha spurt han om hvordan han opplevde samarbeidet mellom oss for seks måneder siden. Hva synes han fungerte da? Hva var han mindre fornøyd med? Og hva tenker han om et nytt samarbeid nå? Svarene hans kan brukes som en rettesnor på hvordan samarbeidet og behandlingen best kunne fremgå.

Generelt er det lettere å samarbeide med den man liker. Jeg likte Kristian ved forrige møte, og gikk inn i behandlingen med en forut inntakelse om at vi hadde en positiv følelsesmessig binding. Det har gått en stund siden vårt forrige møte og Kristians situasjon

og tilstand er drastisk endret, han føler seg muligens utilpass og usikker i denne endrede tilstanden. Det er en forutsetning at Kristian skal ha tillit til meg, at han føler seg trygg på meg og i situasjonen. Trygghetsskapning skjer i samspillet mellom oss (Kåver 2012). Jeg må være tydelig på at jeg orker å ta imot hans historie uten å bli smittet av hans håpløshet. Hans historie og erfaringer må respekteres som en del av han og bli møtt med en empatisk holdning, aksept og interesse. Dette gjøres ved å fange opp ikke bare følelser i øyeblikket, men også hans antagelser og syn på seg selv og andre mennesker og situasjoner. Ved å stille åpne inviterende og undersøkende spørsmål med mål om en felles utforskning av problemer (Kåver 2012). Pasienter påvirkes av terapeutens kroppsspråk, øyekontakt, mimikk, kroppsholdning og tonen i terapeutens stemme, som ofte forteller mer om reaksjoner enn ordene som blir sagt (Berge og Repål 2015).

For å at den følelsesmessige positive bindingen skal styrkes bør jeg som terapeut gå utenfor Kristians symptomer, forsøke å se hans sammensatthet, de friske og funksjonelle faktorene, da vil ifølge Kåver (2012) min sympati og varme for pasienten aktiveres. For å finne frem til min egen empati kan jeg spørre meg selv: Hva opplever Kristian nå? Hvordan ser hans verden ut?

Ved å investere mer omsorgsfullt i relasjonen i starten av behandlingen, kan jeg unngå eller minske episoder med misforståelse, lite engasjement, tillitsbrudd eller andre situasjoner som kan skape misnøye hos Kristian. Dette krever høy grad av følsomhet og nærvær hos terapeuten. Når misnøye oppstår, må alliansen i fokus for arbeidet og repareres (Kåver 2012).

5.2 Enighet og forståelse av mål

Både i kognitiv teori og i mer psykodynamisk tankegang er det enighet om at det er pasientens belastninger, frustrasjoner og utilfredshet som til en viss grad er avgjørende for hvordan individet tenker, føler og handler. Og at det terapeutiske målet for terapi er å undersøke og endre hans bidrag til opprettholdelse av dette (Beck 2011). Livets omstendigheter og depresjonens natur kan gjøre at slike mål er vanskelig å akseptere for den rammede. Kristian og mange deprimerte lider under konsekvensen av sykdommen, det kan være seg kroppslige plager, økonomiske vansker, sosialdeprivasjon, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer og mye mer (Helsedirektoratet 2009, WHO 2017).

Få i slike vanskelige livssituasjoner vil kunne relatere til mål som går ut på å endre en selv. Derimot er mål som umiddelbart gjør at livet kan forenkles, for de aller fleste mulig å investere og forplikte seg til (Kåver 2012).

I tilfellet med Kristian er hans mål, å gå ut med hunden, et spontant umiddelbart mål. Det er realistisk og mest trolig gjennomførbart, men er det hans faktiske mål? Er det et gjennomtenkt mål eller er det en spontan, umiddelbar uttalelse på mitt spørsmål? For å utforske dette kan mål med hell kobles sammen med tanker, ønsker eller drømmer for livet eller fremtiden (Kåver 2012). Spørsmål som tester viktigheten av Kristians mål og skaper fremtidsrettet refleksjon kan være: Hvor viktig er det for deg å kunne gå ut med huden din? Om du nå skulle klare å gå tur med hunden din, hvordan ville da livet ditt fortone seg? Hva ville forskjellen i hverdagen din være om du når dette målet? Kristian mål nedtegnes og formuleres deretter i positive vendinger som: «Jeg ønsker å kunne gå tur med hunden».

Om Kristian hadde hatt vansker med å formulere mål, og/eller om flere mål eller delmål er aktuelt, er det mitt ansvar å foreslå rimelige og konkrete mål. Målene kan gjerne være spesifikke, smale segmenter i individets liv. De bør kunne endre spesifikk atferd eller handlinger hos pasienten gjerne sammen med andre, eller i hans fysiske miljø (Bordin 1979). Slike spesifikke mål kan være med på å skape positive forventninger og håp hos den deprimerte (Beck 2011). Hjelpende spørsmål som kan være med på å konkretisere mål eller delmål på kort sikt og som fremmer samarbeid kan være: Hva vil du klare å gjøre denne uken? Hva vil du forandre den neste måneden? Hva tenker du er din oppgave for å nå målet? Hva tenker du jeg kan bidra med for å hjelpe deg å nå målet ditt?

Slike forhandling frem og tilbake mellom pasient og terapeut samtidig med støtte og bekreftelse, kan være med på å skape engasjement og motivasjon. Det er avgjørende for motivasjon og utfall av terapien at Kristian har følelse av å ha valgt mål selv og at de stemmer med hans indre verdier (Berge og Repål 2015). Bordin (1979) hevder også at slike situasjonsspesifikke mål ser ut til å øke pasientens motivasjon og utholdenhet i terapien og kan virke inn på de teoretiske terapeutiske målene for terapien ifølge Edward Bordin (1979).

5.3 Sammenheng mellom mål og oppgaver, og å handle i tråd med en plan

Edward Bordin (1979) mener at hvordan oppgaver og prosessen frem mot målet blir er avhengig av forholdet mellom terapeuten og pasienten, og hvordan oppgaven er knyttet opp mot pasientens opplevelse av vanskelighetsgrad og ønske om endring. Jeg har tidligere belyst forholdet mellom terapeut og pasient og vil nå se på det resterende.

Kristians ønske om å gå ut med hunden oppfatter jeg som et lite glimt av håp for seg selv og for behandlingen, hans ønske om endring. Dette ser jeg på som mitt agn for å sette søkelys på å oppnå konsensus om oppgaver og hvordan han skal nå målene. Kristian må gjøre noe annerledes enn han har gjort til nå, det kan nok oppleves krevende. Han har handlet i tråd med følelser eller tilstander som slitenhet, tristhet, sorg, frykt eller lignende, nå må han isteden gjøre noe som er forutbestemt, han må handle i tråd med et mål og en plan for å oppnå endring i sin situasjon. I mitt møte med Kristian kjenner jeg på at dyptgående samtaler ikke er retningen å gå. Det har de forsøkt fra psykisk helse team, og Kristian uttrykker at han heller ikke ønsker dette. Noen pasienter har vanskelig for å jobbe med tanker og følelser, man bør da prioritere endring av atferd (Berge og Repål 2015).

Aktivitetene som planlegges, bør ifølge Myhre (2017) være avgrenset og tydelig, slik at pasienten ikke opplever dem som for krevende. Selvobservasjon av daglige aktiviteter kan være et nyttig hjelpemiddel å bruke i behandlingen av Kristian. Han kan monitorere egen aktivitet gjennom døgnet ved hjelp av et skjema eller en app. Han skriver ned hva han gjør og skalerer hvor fornøyd han er med aktiviteten og hvor betydningsfull aktiviteten er for han. Dermed kan en øke bevisstgjøring og forekomst av atferd og planlegge oppgaver med tilpasset vanskelighetsgrad. I Kristians monitorering av egenaktivitet kom det frem at han ikke bare lå og så på film som først antydte. De aktivitetene som var mest betydningsfulle for han var å lese blader, gjøre en øvelse han hadde lært tidligere, og når samboer var sammen med han. Dette var ting som han ønsket mer av, og som sammen med å kunne komme seg ut av sengen og gå tur med hunden var viktig for Kristian.

Særlig i begynnelsen av behandlingen er suksessfull planlegging og gjennomføring av aktiviteter viktige for å sette pasienten i kontakt med betingelser for positive forsterkning (Dimidjian et al. 2011). Nøyaktighet og realistiske spørsmål for å planlegge, forenkle og

strukturere aktiviteten og håndtere hindringer og som eventuelt utløser forslag til andre aktiviteter stimulerer pasienten til å involvere seg i behandlingen uten at han får følelsen av å bli fortalt hva han skal gjøre (Myhre 2017). Spørsmål som stimulerer til involvering og som setter fokus på målet, å gå ut med huden kan være: Hva må til for at du skal kunne gå ut med huden? Hvis vi skal dele oppgaven opp i flere små oppgaver, hvilke oppgaver ville det vært? Martell, Dimidjian og Herman-Dunn (2013) anbefaler å dele krevende oppgaver i mindre komponenter, dette for å sikre suksess. Som svar på hva som skulle til, svarer Kristian blant annet, at han må klare å reise seg opp av sengen. For å tilpasse vanskelighetsgrad, med tanke på Kristians ubehagelige kroppslige reaksjoner ved forsøk på å reise seg opp i tidligere, kan å reise seg opp modereres i første omgang til å sette seg opp på sengekanten. Å sette seg opp på sengekanten vil trolig oppleves som en overkommelig oppgave som Kristian har mulighet for å mestre. Mestring av en liten endring kan være med på å gi motivasjon til større endringer på sikt. Overtalelse og argumentasjon kan gi økt motvilje mens en opplevelse av å ha valgets frihet og ikke minst kontroll over situasjonen kan være med på å styrke innsatsviljen (Berge og Repål 2015). Egenskaper ved aktivitetene som kan diskuteres i felleskap er frekvens, varighet, intensitet, situasjoner, tidspunkt og eventuelt sammen med hvem aktiviteten skal gjennomføres. Diskusjoner rundt detaljer som dette, er med på å øke pasientens og terapeutens involvering og engasjement i oppgaven (Martell, Dimidjian og Herman-Dunn 2013). Under en dyp depresjon kan det være avgjørende å møte en terapeut som tydelig formidler håp og engasjement. Senere når en er mindre plaget, kan det gjøre godt at terapeuten demper sitt engasjement og overlater mer initiativ og ansvar til pasienten (Beck 2011, Myhre 2017). I Kristians tilfelle vil det nok, etter hvert, være nyttig å benytte seg av en detaljert plan med aktiviteter som skal gjennomføres for å motvirke hans uttalte passivitet og inaktivitet. Etter hvert som han blir bedre kan aktivitetsnivået og vanskelighetsgraden på oppgaven økes.

Kristian opplever positiv forsterkning i aktiviteten isolert og ved at vanskelighetsgraden er tilpasset slik at han mestrer oppgaven. Mestring og aktivitet gir symptomlette og skaper energi (Kåver 2012). Når en person kommer i aktivitet og bevegelse påvirkes tanker og følelser (Martinsen 2018). Ved endring av atferd endres også de andre komponentene i den kognitive diamant; følelser, tanker og kroppslige reaksjoner. Mange deprimerte, trolig også Kristian, bruker mye tid på å gruble over ting som har skjedd, kanskje noe en skammer seg over, angrer eller er bitter over. Samtidig kan en forestiller seg alt det ubehagelige som kan

komme til å skje. Slik stenger fortid og bekymring for fremtid for opplevelser her og nå (Barraca 2012). Det er tanker som dette og ikke handlinger som sliter mest på oss og som bidrar til å vedlikeholde depresjonen (Berge og Repål 2013). Ved å gjøre noe konkret og fysisk kan man oppleve mestring samtidig som oppmerksomheten rettes bort fra en selv over på det man holder på med og på omgivelsene rundt (Hvenegaard et al. 2015).

Når oppgavene i behandlingen gjennomføres rettes blikket mot det en gjør og det en opplever. Kristian inviteres til «å være i opplevelsen». Legge merke til hva han gjør, hva som er rundt han, fokusere på hva som kommer til han gjennom sansene (Berge og Repål 2013). En forsøker å ikke rette oppmerksomhet mot invaderende tanker, men heller observere hendelser i kroppen, som indre spenninger, respirasjon, hjerteslag, hvilke stillinger du beveger deg imellom og hvilke følelser som dukker opp (Barraca 2012). Etter at Kristian har gjennomført en oppgaven kan en åpne med spørsmål som: Kan du beskrive hvordan du løste oppgaven i detalj? Hva kjente du på når du gjorde oppgaven? Hvordan hadde du det i kroppen? Hvordan forholdt du deg til omgivelsene rundt deg? Dette er spørsmål som er knyttet til den kognitive diamant og som kan nyttes for å øke nærvær i aktiviteten. Videre kan en spørre om hvordan en opplevde egen pust, om en la merke til endring i hjerterytmen underveis i oppgaven. Hvordan ulike kroppsdelar oppleves eller hvordan spenninger i kroppen endres i løp av aktiviteten. Pasienten kan så gjenta oppgaven og observere og kommentere en mengde ulike aspekter knyttet til aktiviteten. Poenget er å oppleve hva en gjør når en gjør det. Slikt nærvær i aktivitetene gjør godt. Det er gjennom tilstedeværelse i seg selv en kommer i kontakt med egne følelser (Barraca 2012).

5.4 Sunn og usunn atferd

Kristians depresjon gjør at han føler seg trøtt, sliten og generelt dårlig. I starten av depresjonen innebar dette trolig at han følte behov for å slappe av, men, i motsetning til folk som ikke er deprimerte, fører ikke avslapningen noe sted. Han får ikke mer energi eller motivasjon til lystbetonte aktiviteter. I stedet bærer det i feil retning, hvor han føler seg verre. Kristian har nå mistet interessen og lysten til å gjøre noe som helst. Aktiviteter som han tidligere likte har blitt erstattet med et depressive atferdsmønster bestående av sengeleie, inaktivitet, prokastinering, grubling og devaluering av seg. Det er ikke så rart at Kristian føler elendig, inaktivitet gjør at man ikke får de opplevelsene som før var positive og ga energi (Martinsen 2018). Depresjon gir høy forekomst av unngåelse av aktivitet som

fører til reduksjon og begrensninger av positiv forsterkning. Altså atferd som fører til redusert livskvalitet og ytterligere depresjon (Myhre 2017). Kristian sitter fast i den depressive selvforsterkende negativ sirkelen.

I Mazzucchelli, Kane og Rees` (2009) metaanalyse som omfatter studier som omhandler atferdsaktivering for voksne med depresjon, hevdes det at mangel på positive forsterkning ligger i depresjonens natur. Atferd blir utilstrekkelig belønnet og aktiviteten forringes i kvalitet, frekvens og intensitet. Studien viser signifikant sammenheng mellom sinnsstemning og deltagelse i lystbetonte aktiviteter. Deprimerte finner færre aktiviteter lystbetonte og gjennomfører aktiviteter sjeldnere og får dermed færre positive forsterkninger enn andre (Mazzucchelli, Kane og Rees 2009). Ved bevisstgjøring og hjelp til å reetablere kontakt med positiv forsterkning vil Kristian kunne få et sunnere atferdsmønster, og han kan komme ut av den onde sirkelen, som fører til økt livskvalitet og reduksjon i depressive symptomer (Dimidjian et al. 2011). Sunne atferdsmønstre skal ifølge Myhre og Eilertsen (2015) være fornøyeelige på kort sikt, betydningsfulle på langsikt og i tråd med pasientens mål og verdier.

For Kristian kan slik atferd, i første omgang, være å gjøre mer av de aktivitetene som han skalerte som mest betydningsfulle i fra aktivitetsmonitoreringen. Eller jeg kan spørre; Hvis du skulle velge noen aktiviteter som ga en form for glede som du kunne gjennomføre i dag, hva kan du tenke deg det kunne ha vært? Hva likte du å gjøre tidligere som er mulig å gjennomføre nå? Nesten hva som helst av aktiviteter som Kristian foreslår som innebærer mer aktivitet, kan velges. Små endringer er lettere å gjennomføre enn store. Det er bedre å sitte enn å ligge, stå fremfor å sitte og gå fremfor å stå (Martinsen 2018). Det handler om å øke antall aktiviteter som gir mestring og tilfredsstillelse (Berge og Repål 2013). Slik lystbetont sunn atferd er uforenlige med hans nåværende depressive atferdsmønstre (Myhre og Eilertsen 2015). Aktiviteter som inneholder forpliktelser, øker sjansen for gjennomføring og kan bidra til at aktiviteten blir naturlig del av hverdagen. Det kan eksempelvis være å låne en bok på biblioteket - de må leveres tilbake, kjøpe en plante- den må vannes. Eller i Kristians tilfelle til å begynne med, ha en forpliktende avtale med samboer eller med terapeuten og etterhvert gå tur med hunden. Aktiviteter en kan gjennomføre sammen med andre eller som han opplever nyttige for seg selv eller for andre er eksempler på andre aktiviteter som er særlig lindrende på depresjon (Berge og Repål 2013) som Kristian kan velge på litt sikt.

5.5 Psykoedukasjon

I min egen usikkerhet eller muligens iver etter å hjelpe legger jeg ut om ulemper ved overdreven sengeleie og inaktivitet. Slik psykoedukasjon passer nok til noen pasienter som har behov for en mer aktiv rådgivning, men det er tydelig at på dette tidspunktet hos Kristian opplevdes det lite hensiktsmessig. Hos han hadde trolig en mer tilbaketrukket og passiv væremåte vært mer nyttig. Det er ifølge Berge og Repål (2015) viktig særlig i start av behandlingen at ikke terapeuten tar for mye styring i samtalen og i for sterk grad prøver å forsøke å selge inn sin forståelse av hva som skjer. Psykoedukasjon er likevel en viktig del av behandlingen, informasjon om symptomer og betydning av behandlingen, opprettholdende faktorer for depresjon, bruk av aktivitet for å endre følelser og sunne og usunne atferdsmønstre er temaer som bør adresseres. (Myhre 2017). Dette støttes også av Bordin (1979), men må forsones med kløkt. I Kristians tilfelle ser jeg for meg at jeg kan få innpass om jeg spør han om jeg kan få fortelle han litt om sammenhengen mellom atferd, tanker, følelser og hvordan en har det i kroppen. Videre etter at vi har møttes noen ganger tenker jeg at jeg kan si noe i denne retningen; I vårt første så trakk jeg i salaten og ville belære deg om sengeleie og inaktivitet, husker du det? Trolig husker Kristian det. Videre kan jeg spørre han om vi sammen kan diskutere ulempene med å ligge så mye og ikke være i aktivitet.

5.6 Samarbeidsproblemer

Når samarbeidsproblemer oppstår, er det betimelig at jeg vurderer mine egne holdninger til Kristian eller til behandlingen. Jeg kan også utvikle uheldige tenkemåter. I situasjonen med Kristian kjenner jeg meg usikker. Usikker på min rolle som terapeut muligens. Usikker på om jeg kan klare å hjelpe Kristian. Ifølge Berge og Repål (2015) er det viktig at terapeuten har et tilstrekkelig fleksibelt selvbilde til å erkjenne og anerkjenne egne tanker og følelser i samspillet med pasienten.

Alliansen er ikke statisk, og problemer bør fanges opp på et tidlig tidspunkt. Studien til Rym og Stiles (2007) viser at klinisk skjønn eller magefølelse ikke er noe godt mål. For at en god relasjon skal bestå, er det er klokt å kontinuerlig og systematisk kartlegge alliansen i løpet av behandlingskontakten (Kåver 2012). Ved å utforske og reflektere over terapirelasjonen sammen med pasienten, gi tydelige tilbakemeldinger til Kristians atferd

tanker og følelser om relasjoner kan den styrkes. Som med mål og oppgaver må også relasjonen justeres og revideres (Bordin 1979).

6.0 Avslutning

Når jeg traff Kristian var han fanget i en depressiv negativ selvforsterkende sirkel, han kom seg ikke videre. Hans fokus var endret fra atferd og aktiviteter som ga glede og mestring – til passivitet, inaktivitet og repetitive tanker om håpløshet og ikke-mestring. Ren samtale terapi var forsøkt, men Kristian ønsket ikke å jobbe direkte med tanker og følelser på dette tidspunktet. Jeg har i denne oppgaven forsøkt å belyse hvordan en kan benytte den terapeutiske alliansen i kognitiv terapi til å hjelpe en person med depresjon til et sunnere atferdsmønster.

Depresjon påvirker en persons liv på mange områder, og endring av atferd innrammet i en genuin, empatisk og validerende terapeutisk allianse kan påvirke flere av disse områdene. En gjensidig trygg relasjon, mellom pasient og terapeut er den viktigste faktoren i den terapeutiske alliansen. Dette krever høy grad av nærvær og følsomhet hos terapeut. Terapeut bør sette samspillet i fokus fra første møte. Relasjonen er dynamisk og bør evalueres og diskuteres jevnlig mellom de to. Sekundært spiller enighet og forståelse av mål og pasientens forståelse av sammenheng mellom oppgaver og mål en viktig rolle. Pasienten må oppfordres til å handle i tråd med en plan eller et mål, fremfor følelser eller andre fluktuerende tilstander for å oppnå endring i sin situasjon, for å gjøre dette må den terapeutiske alliansens tre faktorer adresseres. Ved endring av atferd endres også de andre komponentene i den kognitive diamant; følelser, tanker og kroppslige reaksjoner. Økt aktivitetsnivå gir positiv forsterkning og symptomlette. Mestring og aktivitet bidrar til å dempe de depressive symptomene, det skaper energi og håp om ytterligere bedring.

Atferdsendring er langt fra den eneste relevante innfallsvinkelen i kognitiv terapi, i møte med personer med depresjon. Men jeg opplevde at det var riktig vei å gå i Kristians situasjon. Dette utelukker ikke at det senere i behandlingsforløpet kan og muligens bør brukes andre terapeutiske redskaper innen kognitiv terapi. Det er høyst trolig temaer som Kristian ønsker å adressere etter hvert som behandlingen utvikler seg. Jeg ser det som sannsynlig at Kristian vil introdusere dette selv etter hvert som den terapeutiske alliansen bygges. Eventuelt at han vil godkjenne forslag som terapeut introduserer på et senere tidspunkt.

Andre behandlingsperspektiver kan også vært aktuelle i møte med deprimerte. Eksempelvis kan personsentrert terapi nevnes, som en annen terapiform der relasjonen mellom terapeut og pasient er vektlagt. Sentralt for tilnærmingen er empati, kongruens, ekthet og bevissthet om følelser. Gjennom disse punktene i terapiprosessen, skapes det en endring der pasienten opplever frigjøring og vekst (Haugsgjerd et al. 2009)

Det er en svakhet med oppgaven at det ikke er mulig å kontrollere det som diskuteres i oppgaven med pasienten. Hva synes han egentlig om betraktningene og forslagene? For å kunne få svar på dette kunne det være en ide å designe en studie. Eksempelvis et utviklingsstudie, med en pasient, der en kunne måle og vurdere den terapeutiske alliansen gjennom en behandlingsprosessen fra pasienten og terapeutens ståsted. Det kunne vært interessant å forsøke å fange opp variasjoner og svingninger over tid ved å fordele målingen og evalueringer utover i behandlingen.

Det presenterte er et utdrag fra en del av en behandlingsprosess av en deprimert pasient fra en terapeutens ståsted. Behandlingen av deprimerte bør følge en individuelt tilpasset plan som involverer samarbeid med flere relevante helseaktører, samt pasientens pårørende og nettverk. Dette for å oppnå best mulig resultat og ikke minst for å forhindre tilbakefall.

Litteratur:

- Bahr, Roald (Red.) (2008). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet
- Barraca, Jorge (2012). «Mental control from a third-wave behavior therapy perspective.» *International Journal of Clinical and Health Psychology* 12 (1): 109-121
- Beck, Judith S. (2011). *Cognitive behavior therapy. Basics and beyond*. New York: Guilford Press
- Berge, Torkil og Repål, Arne (2010). *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Berge, Torkil og Repål, Arne (2013). *Lykketyvene*. Oslo: H. Aschehoug & Co
- Berge, Torkil og Repål, Arne (Red.) (2015). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bordin, Edward S. (1979) «The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance.» *Psychotherapy: theory, research and practice* 16 (3): 252-260
- Dahl, Alv A. (2016). *Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske
- Dahl, Alv A., Hess, Siri Lothe og Kiserud, Cecilie E. (2018). «Seneffekter etter kreftbehandling.» *Tidsskriftet Sykepleien* 2018 8, 16-22
- Dimidjian, Sona, Dobson, Keith S., Kohlenberg, Robert J., Gallop, Robert, Markley, David, K., Atkins, David C., Hollon, Steven D. et al. (2006). «Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in acute treatment of adults with major depression.» *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74 (4): 658-670

- Dimidjian, Sona, Barrera, Manuel Jr., Martell, Christopher, Munoz, Ricardo F. og Lewinsohn, Peter M. (2011). «The origins and current status of behavioral activation treatments for depression.» *Annual Review of Clinical Psychology* 2011 7, 1–38
- Dunn, Andrea L., Trivedi, Madhukar, H., Kampert, James B., Clark, Camilla G. og Chambliss, Heather O. (2005). «Exercise treatment for depression: Efficacy and dose response.» *American Journal of Preventive Medicine* 28 (1):1-8
- Gloaguen, Valérie, Cotteaux, Jean, Cucherat, Michel og Blackburn, Ivy-Marie (1998). «A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients.» *Journal of Affective Disorders* 49 (1): 59-72
- Haugsgjerd, Svein, Jensen, Per, Karlsson, Bengt og Løkke, Jon A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet. (2009). IS-1561 *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2011). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Vigmostad og Bjørk AS
- Hvenegaard, Morten, Watkins, Ed R., Poulsen, Stig, Rosenberg, Nicole K., Gondan, Matthias, Grafton, Ben, Austin, Stephen F., Howard, Henriette og Moeller, Stine B. (2015). «Rumination-focused cognitive behaviour therapy vs. cognitive behaviour therapy for depression: study protocol for a randomised controlled superiority trial.» *Trials* (2015) 16: 344
- Kåver, Anna (2012). *Allianse – den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Lassemo, Eva, Sandanger, Inger, Nygård, Jan F. og Sørgaard, Knut W. (2016). «Predicting disability pension - depression hazard: a 10 year population-based cohort study in Norway.» *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 25(1):12–21
- Martell, Christopher R., Dimidjian, Sona, Herman-Dunn, Ruth (2013). *Behavioral activation for depression. A clinician`s guide*. USA: Guilford Publications
- Martinsen, Egil W. (2018). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*. Oslo: Fagbokforlaget
- Mazzucchelli, Trevor, Kane, Robert og Rees, Clare (2009). «Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review.» *Clinical Psychology: Science and Practice* 16 (4): 383-411
- Myhre, Martin og Eilertsen, Jon M. (2015). «Atferdsaktiverting for depresjon – en klinisk evaluering med et AB design.» *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse* 42 (2): 91-95
- Myhre, Martin (2017). «Atferdsaktiverting for depresjon.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 54 (5)
- Nordmo, Magnus. 2020. «Depresjonsboka. Et selvhjelpsprogram for deg med depresjon.» Norsk Helseinformatikk
- Richards, David A., Ekers, David, McMillan, Dean, Tayler, Rod S., Byford, Sarah, Warren, Fiona C. og Barrett, Barbra (2016). «Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trail.» *The Lancet* 2016 (388): 871-880
- Ryum, Truls og Stiles, Tore C. (2005). «Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 42 (11): 996-1003

Schuch, Felipe B., Vancampfort, Davy, Richards, Justin, Rosenbaum, Simon Ward, Philip B. og Stubbs, Brendon (2016). «Exercise as a treatment for depression: A meta analysis adjusting for publication bias.» *Journal of Psychiatric Research* 77, 42-51

Strawbridge, Wiliam J., Deleger, Stephane, Roberts, Robert, E. og Kaplan, Georg A. (2002). «Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults.» *American Journal of Epidemiology* 156 (4): 328-334

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders*. Geneva: WHO Document production services