



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**Tittel: Forståelse og behandling av deprejon i et kognitivt perspektiv/ Understanding and treating depression in a cognitive perspective**

**Forfatter: Stine Rodal Gaaso**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 27**

**Molde, 14.04.2010**



**Høgskolen i Molde**

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Forståelse og behandling av depresjon i et kognitivt perspektiv**

**Tittel på engelsk: Understanding and treating depression in a cognitive perspective**

**Forfatter(e): Stine Rodal Gaaso**

**Fagkode:**

**Studiepoeng:**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Karl Yngvar Dale**

## 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.

Opgaver 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: 13.04.2010**

**Antall ord: 8261**

## **SAMMENDRAG**

I mitt arbeid som miljøterapeut på åpen akuttpost, møter jeg ofte mange pasienter som lider av depresjon. Blant disse pasientene opplever jeg stadig at de har et fremtredende destruktivt og negativt tankemønster om seg selv og fremtiden. Disse tankene er svært dominerende hos de fleste deprimerte pasientene. På bakgrunn av dette, ønsket jeg å finne ut om det er mulig og få en forståelse av disse destruktive tankene. Samt om det gjør det lettere for miljøpersonalet om en vet mer om den bakenforliggende årsaken for disse negative tankene. Videre ønsket jeg å finne ut hvordan jeg best mulig kan møte, samhandle og behandle pasienter som lider av depresjon. Jeg har valgt å se på dette i lys av et kognitivt perspektiv. Min problemstilling ble derfor: **Hvordan kan vi som miljøterapeuter anvende kognitiv terapi til å forstå og behandle pasienter med depressiv lidelse?**

Jeg har tatt utgangspunkt i Becks kognitive depresjonsmodell. Den bygger på hvordan tidlige erfaringer virker inn på utviklingen av negative levereregler, samt hvordan spesielle situasjoner kan utløse negative automatiske tanker. Disse negative automatiske tankene, kan igjen ha en medvirkende årsak i utviklingen av depressive symptomer. Videre har jeg sett nærmere på andre begreper innenfor kognitiv terapi, samt bruken av en såkalt ABC-modell. Denne innbefatter ett skjema hvor en registrerer en aktuell hendelse, tanker omkring hendelsen, samt følelsene en fikk av tankene en gjorde seg da hendelsen inntraff. I diskusjonen tar jeg for meg disse teoretiske momentene og diskuterer det i lys av kasuset i oppgaven. Min konklusjon er at Becks kognitive depresjonsmodell er et nyttig verktøy å benytte seg av, både for å få en forståelse av personens depresjon, samt i behandling av depresjon. I behandlingen av depresjon var også ABC- modellen hensiktsmessig å anvende med tanke på endring av negativt tankemønster hos personer med depresjon. Men en skal likevel ikke se bort fra at andre perspektiver også kan være effektive tilnæringsmetoder å benytte seg av i behandlingen av personer med depresjon.

## **Innhold**

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>3</b>
<b>Innhold .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUKSJON .....</b>	<b>1</b>
<b>TEORI .....</b>	<b>3</b>
Depresjon .....	3
Årsaker til depresjon: .....	4
Kognitiv terapi .....	5
Terapeutisk holdning .....	6
Den kognitive depresjonsmodellen .....	7
Negative Automatiske tanker: .....	7
Feilfortolkninger: .....	7
Levereregler/skjemaer: .....	8
Kognitiv terapi ved depresjon .....	9
Kartlegging og valg av problemfokus: .....	9
Innføring av rasjonale .....	10
Kartlegging og identifisering av negative tanker .....	10
Forebygging av tilbakefall .....	11
<b>EMPIRI.....</b>	<b>13</b>
<b>DISKUSJON.....</b>	<b>14</b>
<b>KONKLUSJONER.....</b>	<b>20</b>
<b>Litteratur .....</b>	<b>22</b>

## INTRODUKSJON

*”Nyere analyser tyder på at depresjon er i ferd med å bli den ledende sykdom i den vestlige del av verden.” (Berge og Repål, 2010. s 48)*

Depresjon er også en sterk risikofaktor for å falle ut av inntektsgivende arbeid i kortere eller lengre tid. Det er altså ikke bare store personlige lidelser ved depresjon, men også store økonomiske og samfunnsmessige omkostninger. Først og fremst ved tap av produktivitet, økte trygdeutgifter og tapte skatteinntekter. Berge og Repål (2010)

På min arbeidsplass møter jeg mange pasienter med depresjon. Det er alt fra milde depresjoner til dypt deprimerte. Noen ganger føler jeg meg hjelpløs og rådvill i møte med de deprimerte pasientene. Hva kan jeg gjøre for at livsgnisten til disse menneskene igjen kan bli tent? Den er helt på randen til å slukne, og mange ganger er den allerede sluknet. De ser absolutt ingen lys i tunellen og kjenner ikke lengre noen glede over livet. De forteller meg sin historie, og i mine øyne er det mye der de har å glede seg over. Men selv greier de ikke å se det. De kjenner verken på glede eller sorg. Ingenting betyr noe. Det svarte hullet. Hva kan jeg gjøre for å hjelpe? Hvordan kan jeg gjøre en forskjell? Dette er spørsmål jeg ofte stiller meg selv i møte med de deprimerte pasientene. Syntes derfor dette er ett svært interessant og ikke minst viktig tema. Ikke bare fordi dette er noe jeg ofte møter i min hverdag på jobb, men også fordi det stadig blir et mer og mer aktuelt tema i dagens samfunn.

*”.....Jeg kommer meg ikke ut, og ingen kommer inn til meg....”* Bildet av huset uten trapp og døren uten dørhandtak gjorde et sterkt inntrykk på meg. Hvordan kan jeg hjelpe denne jenta som sitter innestengt og ser på den fargerike verden utenfor? Mari er ei jente jeg møter på min arbeidsplass. Hun er innlagt for første gang, og får etter hvert diagnosen depresjon. Mitt første møte med Mari blir spesielt. Hun snakker ikke mye, men tegner i stedet ett bilde og viser til meg. Bildet forklarer mer enn ord av og til kan gjøre i sånne situasjoner. Bildet er hennes beskrivelse på hvordan hun opplever å være fanget i depresjonen. Tegningen inneholder sterke fine farger. Ett rødt hus, grønne trær, fargerike blomster, blå klar himmel og en sol med smilefjes inni. Det ser ut som en helt normal tegning, helt til du ser nærmere på huset. Først da kan du se at alle vinduene er svarte,

døren eier ingen dørhandtak, samt at det ikke finnes noe trapp å stige ut på. Maris historie er dessverre ingen uvanlig historie. Det er en historie mange kan kjenne seg igjen i.

*”Kognitiv terapi er den formen for psykologisk behandling av depresjon som er mest undersøkt. Det er gjort over 75 kontrollerte studier, og resultatene viser at kognitiv terapi hjelper mot depresjon og bidrar til å forebygge tilbakefall” (Helsedirektoratet 2009)*

Kognitiv terapi er først og fremst en behandling som bygger på hjelp til selvhjelp, der målet er at pasienten skal bli sin egen terapeut. Dette perspektivet retter oppmerksomheten mot å finne pasientens interesser, ressurser og sterke sider. Finnes det ressurser i nettverk? Hva er han eller hun god til? Hvordan kan dette brukes i sammenheng med pasientens problemer? (Berge og Repål, 2010)

### **Problemstilling:**

**Hvordan kan vi som miljøterapeuter anvende kognitiv terapi til å forstå og behandle pasienter med depressiv lidelse?**

I Becks såkalte ”kognitive depresjonsmodell” er depresjon beskrevet som en ond sirkel preget av negative tankemønster og følelser (Berge, Axelsen, Nielsen, Nordhus og Ommundsen 2003). Denne beskrivelsen av depresjon var tydelig gjenkjennbart hos pasientene jeg møtte i mitt arbeid. Men i hvilken grad kan vi bruke kognitiv terapi som en måte å tilnærme seg deprimerte pasienter? Noen av mine kollegaer har hatt tatt kurs og videreutdanning i kognitiv terapi, så Becks depresjonsmodell og kognitiv terapi overfor deprimerte pasienter er ikke helt ukjent. Men i en travel hverdag og ofte utskiftninger av pasienter får personalet liten til å praktisere sin kunnskap de har om kognitiv terapi. Hvordan ville det fungert dersom man anvendte en kognitiv tilnærming, for eksempel når det gjelder Mari som vi møter i caset? Hvilke elementer fra Becks depresjonsmodell vil være de mest relevante? Hva er oppnåelig i en travel hverdag?

## TEORI

### *Depresjon*

Ifølge Snoek og Engedal (2005) havner lidelsen depresjon under betegnelsen stemningslidelser også kalt affektive lidelser.

Lidelsen blir nå diagnostisert i diagnosesystemet ICD – 10 (1996) under Affektive lidelser [stemningslidelser] (F30 – F39 )

Videre hevder Snoek og Engedal (2005) at denne stemningslidelsen ifølge det offisielle diagnosesystemet kan deles inn i to hovedgrupper. Det er manisk – depressive (bipolare) lidelser og depressive lidelser.

- Manisk depressive (bipolare) lidelse kjennetegnes ved at stemningsleie svinger mellom ytterpunktene mani og depresjon. Men hva er mani? Snoek og Engedal (2005) gir oss et lite innblikk i noen symptomer på mani. Typiske symptomer er oppstemthet preget av økt energi og aktivitet både psykisk og fysisk. Løpsk tale, og at andre ikke kommer til ordet, idèrikdom, tankeforandringer som kan inkludere psykotiske symptomer, affektforandring og irritabilitet inntil aggresjon. Videre skriver de at den bipolare lidelsen igjen kan deles inn i tre undergrupper. Dette for å dele inn de forskjellige variasjonene av svingningene mellom de maniske og de depressive periodene. De tre undergruppene er: *Bipolar lidelse type 1* der svingningene skifter mellom alvorlige depressive episoder til tydelige maniske episoder. Så har vi *bipolar lidelse type 2* som karakteriseres ved at depresjonene er mer uttalte, og at de maniske episodene er mindre tydelig. Ved *syklotomi* er svingningene mellom mani og depresjon tydelig, men ikke så alvorlig.

– De depressive lidelsene deles også inn i undergrupper. Vi har *unipolar depressiv stemningslidelse* som er en lidelse der de alvorlige depressive episodene gjentatte ganger vender tilbake. *Dystemi* forklares som en lettere depresjon som kan vare i lengre perioder, ofte over år, og noen ganger kan det vare livet ut. Denne typen depresjon fremtrer oftest tidlig i voksenlivet. To andre former for depressiv tilstand er *dystemi med depressiv episode* og *kortvarig, gjentatte depresjoner*.

Lingjærde (2004) fremholder at ordet depresjon har to forskjellige betydninger. En snever betydning, og en videre betydning. Den snevre betydningen gjenspeiler et enkelt symptom,

og det er å være trist og nedfor, og ikke noe annet. Den videre betydningen er når en person "lider av depresjon". Da er det ikke bare symptomet depresjon en ser, men også rekke andre symptomer. Snoek og Engedal (2005) beskriver typiske symptomer på depresjon med nedstemthet med tap av gleder og interesser, tretthet og nedsatt aktivitet, nedsatt oppmerksomhet og konsentrasjon, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og følelse av verdiløshet, pessimisme, tanker på selvskading og selvmord, søvnforstyrrelser samt nedsatt matlyst.

**Årsaker til depresjon:** Det kan være mange årsaker til depresjon. Berge og Repål (2003) deler årsaksforholdet til depresjon inn i sårbarhet for utvikling av depresjon, og hva som kan utløse depresjon i nåtiden.

Under sårbarhet for utvikling av depresjon har Berge og Repål (2003) beskrevet den biologiske sårbarheten. Denne omhandler en forskning som har blitt gjort på overføringsstoffene serotonin og noradrenalin til hjernen. Dette er stoffer som virker inn på menneskers følelsesliv. Ved depresjon kan det være et underskudd på disse signalstoffene til hjernen. Søvnproblemer, likegyldighet og energimangel er knyttet til mangel av stoffet serotonin. Denne kjemiske ubalansen må ikke ses på som årsak til depresjon, men heller som en måte depresjon fremtrer på. Videre skriver de at arv kan være en sårbarhet for utviklingen av depresjon. Da det viser seg at mange har hatt foreldre som også har vært plaget med depresjon. Men også tidlige livsbelastninger og oppdragelse blir beskrevet som en årsak. Herunder kommer det frem hvor stor betydning trygge rammer under oppveksten har å si for hvordan vi utvikler oss. Omsorgssvikt kan skape usikkerhet, og kan dermed danne et grunnlag for utvikling av angst og depresjon senere i livet. Det er dermed ikke sagt at mennesker som vokser opp i trygge miljø ikke kan utvikle angst og depresjon. Det er altså ingen automatikk i dette. Flere livsbelastninger som kan ha preget barndommen kan være krangling og alkoholmisbruk i hjemmet, blitt utsatt for seksuelle overgrep, fysisk og/eller psykisk mishandling, mobbing og trakkasering, tap av foreldre ved dødsfall samt konfliktfylte skillsmisser kan være noen livsbelastninger som kan gi følelser av mindreverd, skam og skyld i barndommen/oppveksten. Også ekstrem oppdragelse i den ene eller den andre retningen, kan det i verste fall gi depresjoner og uheldige konsekvenser senere i livet. Ingen foreldre er perfekte. Men om de åpenlyst foretrekker det ene barnet fremfor det andre, eller har skyhøye forventninger og alltid er kritiske og misfornøyde med barnas prestasjoner, vil det kunne skape problemer når det gjelder selvtilliten hos barnet, som igjen kan skape pessimisme og depresjon. En trygg oppvekst inkluderer anerkjennelse



og kjærlighet fra de nærmeste, disse er viktige og har betydning for oss senere i livet. Videre fremkommer det av Berge og Repål (2003) at selvtillit og negativ tenking også kan være en faktor som skaper depresjon. Dette er også et kjennetegn ved depresjoner, og kan ofte være et resultat av depresjonen. Deprimerte føler seg ofte mindreverdige, har lite tro på seg selv, sine evner og muligheter. De tenker negativt om seg selv, livet og fremtiden, og har en evne til å fortolke tilværelsen på en negativ, pessimistisk og selvkritisk måte. En del kan også ha hatt negative tanker om seg selv og tilværelsen allerede før de ble deprimert. De har en måte å tenke, føle og handle på som gjør dem mer sårbare for motgang. Og de kan reagere sterkere på negative hendelser og er mer følsom for avvísning. Andre kan være redde for å bli latt alene, og er avhengige av andre av natur. Alle mennesker har forskjellig personlighet, og ifølge Berge og Repål (2003) har noen personligheter høyere risiko enn andre for å utvikle depresjon.

Som nevnt tidligere kan det også være livsbelastninger i nåtiden som kan utløse depresjon. Herunder nevner Berge og Repål (2003) tap og konflikter, vold og ulykker, skilsmisse og ansvar for barn, sykdom, utbrenthet og økonomi som noen utløsende årsaker til depresjon i nåtiden.

## ***Kognitiv terapi***

*”Kognitiv terapi er en øvelse i indre samtale, der pasienten videreutvikler evnen til og utforske egne tanker og sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre.” (Berge og Repål 2010, s.9)*

Ifølge Berge og Repål (2010) er det samarbeidet mellom pasienten og terapeuten som utgjør og former kognitiv terapi. Det essensielle i dette samarbeidet er å finne ut hvordan problemene fremtrer i pasientens hverdag her og nå. Det som også er et viktig moment i kognitiv terapi er pasientens behov og pasientens opplevelse av situasjonen. Videre er det viktig at pasienten og terapeuten har en felles forståelse og er enige i hvilke problemer de skal samarbeide om å løse. Her er det tre sentrale mål: Det ene målet er å få kontroll over problemet. Det andre er å forstå hva som har bidratt til å opprettholde dem. Og det tredje målet er og finne metoder som kan brukes til å forebygge eventuelle nye problemer.

*”Kognitiv terapi er først og fremst hjelp til selvhjelp, der pasienten lærer å bli sin egen terapeut.” (Berge og Repål 2010, s 10)*

Ifølge Stiles (1993) har kognitiv terapi utviklet seg i mange forskjellige former. Men i min oppgave velger jeg å se på den formen av kognitiv terapi som ble utviklet av Aaron T. Beck. Dette fordi at hans form for kognitiv terapi kom som et resultat av hans forskning innen depresjon. Videre hevder Stiles (1993) at Becks kognitive terapi ble utviklet på begynnelsen av 60-årene. Han hadde en psykoanalytisk utdanning, og på bakgrunn av den var han opptatt av å bekrefte antagelsene Freud hadde om at depresjon kom av aggresjon vendt innover mot en selv. Etter å ha studert tankene og drømmene til deprimerte pasienter oppdaget han at det var opplevelsen av nederlag som var gjentakende hos de deprimerte, ikke sinne slik som Freud antok. Dette førte til flere eksperimentelle studier og kliniske observasjoner som viste at systematisk negativ bearbeiding av informasjon var fremtredende hos depressive pasienter. På bakgrunn av dette utviklet Beck og hans medarbeidere en kognitiv psykopatologimodell der hensikten var å beskrive forandringer som skjer i vårt kognitive system når ulike psykiske problemer utvikler seg. (Stiles, 1993). Videre hevder Stiles (1993) at det var fire teoretiske tilnærminger som påvirket Becks kognitive psykopatologimodell. Den ene tilnærmingen er den fenomenologiske tilnærmingen, som vektlegger hvordan individets syn på seg selv og omverdenen i stor grad bestemmer ens atferd. En annen påvirkningskilde er den strukturelle teorien. Det sentrale her er Freuds hierarkiske inndeling av primære og sekundære prosesser. Der primærprosesstenkningen er analog til rigid og betraktes som en mer primitiv tenkning. Mens sekundærprosesstenkningen blir sett på som en normal bearbeiding av informasjon. En tredje påvirkningskilde er kognitiv psykologi. Becks modell blir stadig underlagt eksperimentell hypoteseprøving. Dette gjør at teorien hans bevarer den vitenskapelige kvaliteten. Og etter hvert som ny empirisk viten vokser frem, vil Becks teori bli nyansert og eventuelt også modifisert. Den fjerde og siste påvirkningskilden er atferdsterapeutisk tenkning og behandling. Her hevder Stiles (1993) at en må kunne slå fast at kognitiv terapi og atferdsterapi har hatt en gjensidig påvirkning på hverandre.

### ***Terapeutisk holdning***

Det fremkommer av Nielsen og Lippe (2003) at det er særdeles viktig i kognitiv terapi at terapeuten er ekte, empatisk og ubetinget aksepterende. Empati er i følge Repål og Berge (2010) et sammensatt begrep. Det innebærer både kognitive, kommunikasjonsmessige og

emosjonelle aspekter. Terapeuten må her prøve og forstå den andres perspektiv, føle pasientens følelser, deretter prøve og formidle sin forståelse tilbake til pasienten. Videre hevder Nielsen og Lippe (2003) at terapeuten skal formidle sin kompetanse til å hjelpe pasienten med hans eller hennes problemer, samtidig som han også skal vise tålmodighet, nærhet og varme. Ærlighet er også et viktig begrep innenfor kognitiv terapi. Ærlighet ovenfor pasienten er nødvendig for at terapeuten skal kunne opprette et tillitsforhold til sin pasient. Det som også karakteriserer den kognitive terapeuten, er den sokratiske spørreteknikken. Terapeuten stiller relevante og konkrete spørsmål til pasienten. Dette er spørsmål som får pasienten til og hele tiden reflektere over hendelser og egne opplevelser. En kognitiv terapeut skal altså ikke argumentere med pasienten eller komme med tolkninger. En skal heller ikke tillegge pasienten følelser eller motiver pasienten selv ikke erkjenner.

### ***Den kognitive depresjonsmodellen***

*”Den sentrale antagelsen i Becks depresjonsmodell er at kognitive faktorer spiller en betydningsfull rolle i utviklingen og opprettholdelsen av depresjon.”* Berge mfl. 2003, s.29.)

Ifølge Berge et al. (2003) bruker Beck disse 3 kognitive begrepene i sin depresjonsmodell: Automatiske tanker, feilfortolkninger og skjemaer.

**Negative Automatiske tanker:** Berge et al. (2003) hevder at negative automatiske tanker er spontane forestillinger og tanker som kommer inn i vår bevissthet helt uanmeldt. Disse negative automatiske tankene dukker oftest opp ved spesielle situasjoner eller ved en bestemt sinnstemning, og har et spesifikt innhold. Det kan for eksempel være tanker om at ”ingen bryr seg om meg” eller ”jeg er mislykket”. Disse tankene blir ofte akseptert som sanne i vår bevissthet, og vi tenker ikke videre på hvor realistiske de er. Dette fordi vi ikke er vant til å rette oppmerksomheten vår på dem. På den måten virker de inn på kroppslig aktivering, følelser og atferd.

**Feilfortolkninger:** Ifølge Berge et al. (2003) er feilfortolkning ulike måter vi kan forvrengte eller mistolke informasjon på. Når negative skjemaer aktiveres er det mange forskjellige feilfortolkninger som trer i kraft.

De mest vanlige feilfortolkningene ved depresjon er ifølge Berge et al. (2003):

*Diskvalifisering av det positive:* Her bortforklares positive erfaringer og opplevelser. Om en sier til en deprimert person at en setter pris på han eller henne, vil de tenke at dette kun ble sagt for å trøste meg. De diskvalifiserer herved den positive opplevelsen.

*Overgeneralisering:* beskrives med at en overfører/generaliserer fra en hendelse til alle hendelser. Det har skjedd en gang, dermed kommer det alltid til å skje. Om en med sånne tanker blir kritisert en gang, kan en lett generalisere og tenke ”han liker meg ikke”, dermed blir fortolkningen til ”ingen liker meg”.

*Svart-hvitt-tenkning:* Her tolker man episoder til enten eller. Enten er jeg vellykket eller så er jeg mislykket. Verdifull eller verdiløs, smart eller dum.

*Takelesing:* Ved tankelesing leses andres tanker selv om man kanskje ikke har holdpunktene for det. Man kan sitte sammen med andre i et rom å tenke at ” de syntes jeg er stygg og rar”. Dette uten de i det hele tatt har sett om de har lagt merke til deg.

*Negativ spådom:* Her forutser man at fremtidige hendelser vil komme til å få et negativt utfall. ”orke ikke gå på den festen, det kommer til å bli så kjedelig allikevel.”

*Personliggjøring:* Ved personliggjøring tar personen på seg skyld/ansvar, selv om det er langt utenfor hans eller hennes kontroll. Om noen er i dårlig humør o.l kan de tenke at ” det er min skyld, det er nok jeg som har gjort noe galt.”

**Leveregler/skjemaer:** Berge et al. (2003) hevder at Beck var opptatt av betydningen av skjema. Beck beskriver skjema som noe som blir brukt til å danne oss en oppfattning av oss selv, andre og vår samhandling med dem. Når en hendelse inntreffer, vil skjema bli brukt til å fortolke, klassifisere og analysere den aktuelle hendelsen. Innholdet i de spesifikke skjemaene vil også ha en direkte innvirkning på personens tenkning, persepsjon og hukommelse. Videre fremkommer det av Berge et al. (2003) at ”leveregler” er et ord som også kan benyttes, og har samme betydning som skjema. Beck antok at de såkalte levereglene først og fremst ble etablert i barndommen som et resultat av erfaringer som ble gjort da. Berge et al. (2003) hevder at Beck her argumenterer for at individet har en genetisk utrustning som spiller en aktiv rolle i forhold til sin egen utvikling. Han mener også at miljøet påvirker utviklingen vår ved at det reduserer eller forsterker ”naturlige” atferdstendenser. Dermed innebærer dette at påvirkningen av barnet ikke bare er relatert til hendelsen, men også til hvordan barnet tolket hendelsen, og hvordan det valgte å forholde seg til den. Disse levereglene er stabile, men aktiveres i spesielle situasjoner, da de ofte ligger latente i oss. Ved aktivering av en negativ leveregel, vil de negative automatiske

tankene strømme inn i vår bevissthet. En vil da kunne begynne å huske tidligere tapsopplevelser, som videre fører til feilfortolkninger av hendelser som igjen bidrar til at en ser mørkt på fremtiden. Disse negative tankene har en innvirkning på humøret som igjen kan bidra til depressive plager. Etter hvert som utviklingen av depresjon skrider frem, vil de negative tankene bli flere og mer intense. Dette kan føre til at depresjonen øker ytterligere, som igjen kan resultere i aktivering av flere negative tanker. Personen har da kommet inn i en ond sirkel som er vanskelig å bryte.

## ***Kognitiv terapi ved depresjon***

### **Kartlegging og valg av problemfokus:**

Berge et al. (2003) hevder det må gjøres en grundig kartlegging for å finne ut om pasienten i det hele tatt egner seg for kognitiv terapi. Det må også gjøres en vurdering om pasienten trenger medikamentell behandling.

Nielsen og Lippe (1993) hevder at terapeuten i løpet av kartleggingsfasen burde ha fått en oversikt over pasientens livshistorie, familie, sosiale nettverk og jobbsituasjon. Videre nevner de noen viktige momenter terapeuten må se etter i kartleggingsfasen, og det er:

- Pasientens evne til å identifisere negative tanker og følelser
- Pasientens villighet til å akseptere sine negative tanker og følelser
- Pasientens redsel for å avsløre sine tanker og følelser
- Pasientens tendens til å overlate alt ansvar til terapeuten
- Pasientens behov for selvstendighet
- Pasientens evne og villighet til å etablere et gjensidig samarbeidsforhold til terapeuten

Når de har fått en oversikt over dette, kan terapeuten ifølge Nielsen og Lippe (1993) ta stilling til en realistisk tidsramme for behandlingen. Terapeuten vil i løpet av kartleggingsfasen også få en oppfatning av hvilken relasjon pasienten har behov for, og hvor lang tid det vil ta for pasienten og terapeuten og opprette arbeidsallianse. Under kartleggingen vil terapeuten også kunne ta en vurdering av evt samarbeidsproblemer som kan oppstå. Det blir som regel brukt 2 - 4 behandlingstimer til kartlegging og evaluering av pasienten.

Ifølge Berge et al. (2003) er problemfokus og valg av problem et viktig tema etter kartleggingsfasen. Her må terapeuten sammen med pasienten lage en oversikt over

pasientens nåværende problem. Oversikten vil bli en liste over pasientens konkrete problemer, og vanligvis består denne listen av en blanding mellom plagsomme symptomer og livsproblemer. Her må terapeuten ta en nøye vurdering på hvilket problem man skal fokusere først på. For og finne ut hvilket problem det sannsynligvis lønner seg å begynne med, kan en stille seg følgende spørsmål: 1. Hvor symptomplaget er pasienten? 2. Hvilket problem er mest plagsomt for pasienten? Og 3. Hvilket problem kan løses relativt fort? Det kan oftest være mest hensiktsmessig å jobbe med et konkret symptom dersom pasienten er betydelig symptomplaget. Det er først når depresjonsplagene avtar at en kan sette fokus på mer alvorlige og langvarige livsproblemer.

### **Innføring av rasjonale**

Berge et al. (2003) beskriver også innføring av såkalt rasjonale. Dette innebærer at terapeuten tidlig prøver å spørre pasienten hvordan han eller hun tenkte og følte i ulike situasjoner. Dette i den hensikt at pasienten skal få en forståelse av at alt må tolkes av det som skjer. Deretter forklarer terapeuten at alle av og til, på en negativ måte kan misopfatte noen situasjoner. Denne negative misoppfattningen av situasjonen gjør et følelsesmessig inntrykk på oss, som videre skaper konsekvenser for vår atferd. Terapeuten kan da bruke eksempler for å vise hvordan et negativt tankesett påvirker følelser og atferd. Hensikten med dette er at pasienten skal få økt sin forståelse av hvilke tanker og følelser som er rasjonale i ulike situasjoner.

### **Kartlegging og identifisering av negative tanker**

I kognitiv terapi er det ifølge Nielsen og Lippe (2003) viktig å lære pasientene å bli oppmerksom på sine negative tanker. Terapeuten her vil prøve å finne ut hvordan pasienten tenker. Deretter må terapeuten prøve å forklare til pasienten hvordan tankene påvirker følelsene og atferden. Berge et al. (2003) hevder at pasienten må gjøres oppmerksom på at man ikke kan hindre de automatiske tankene i å dukke opp, men at en kan lære å gjøre noe med de når kommer. Her bruker terapeuten forskjellige spørreteknikker for å realitetsteste de negative tankene til pasienten. Målet er og etter hvert lære pasienten å stille disse spørsmålene til seg selv. For å lære seg dette, får pasienten hjemmelektse der oppgaven er å fylle ut et registreringsskjema for de negative tankene.

Berge og Repål (2010) beskriver innholdet i registreringsskjemaet på denne måten:

A. Sitasjonsbeskrivelse: Hva skjedde?

B. Tanker rundt hendelsen: Hvordan oppfattet jeg det som skjedde?

C. Konsekvenser av tankene rundt hendelsen: Hva følte og gjorde jeg da?

Etter hvert som pasienten blir fortrolig med å registrere sine negative tanker, kan pasienten ifølge Berge et al. (2003) få i hjemmeoppgave å registrere neste punkt, som er:

D. Alternative måter å oppfatte situasjonen på. Det vil si at etter at pasienten har registrert sine negative tanker ABC, vil han under D kunne gjøre en revurdering av den aktuelle situasjonen/hendelsen. Å revurdere negative tanker er ikke det samme som positiv tenkning. Det dreier seg mer om å aktivere pasientens rasjonelle informasjonsbearbeiding, som midlertidig ikke fungerer helt som den skal. På den måten kan pasienten lære å tolke de ulike situasjonene på en mer realistisk, nyansert og fleksibel måte. For selv om pasientens negative måte å tolke de ulike situasjonene på kanskje er korrekt, kan pasienten nå utforske hva som er så galt med det, og hva han eller hun eventuelt kan gjøre med det.

### ***Forebygging av tilbakefall***

Ifølge Berge og Repål (2010) opplever mange tilbakefall av depresjonen. De anbefaler derfor at terapeuten tidlig i behandlingen introduserer pasienten for dette. Målet er at den kunnskapen og ferdighetene pasienten får i terapien, skal kunne benyttes ved fremtidige vansker. Dette kan også gi pasienten positive forventninger, økt følelse av kontroll og bedre selvtillit. Er man forbredt, er også mulighetene gode for å forebygge eller dempe skadevirkningene. Denne selvhjelpsmetoden er en viktig forebygging for de som er plaget med tilbakevendende depresjoner. Et viktig steg i denne forebyggingen vil bli å kartlegge risikosituasjoner som kan føre til tilbakefall av depresjonen. Det kan være vanskelig og vite på forhånd hvilke situasjoner som kan være utløsende for et eventuelt tilbakefall. Så for å kjenne igjen risikosituasjonen på et tidligst mulig tidspunkt, kan en for eksempel stille seg disse spørsmålene: Hva bidro til at jeg ble deprimert sist? Hva kan føre til at jeg blir deprimert på ny? Hvilke faresignaler bør jeg være påpasselig på? Hvilke fremgangsmåter og strategier kan jeg bruke for å forhindre depresjonen? Videre fremkommer det av Berge og Repål (2010) at en kan lage seg en beredskapsplan. Denne kan inneholde erfaringer og kunnskaper en har tilegnet seg i arbeidet med depresjonen. Dette kan for eksempel være erfaringer en har fått ved bruk av antidepressiv medisin og

lignende. Beredskapsplanen inneholder også svar på spørsmål som:

- Hvor en kan oppsøke hjelp
- Hva andre kan gjøre for å være til hjelp
- Hvordan en skal forholde seg til familie og jobb
- Hvordan en kan begrense selvkritikk og grubling
- Hvordan en opprettholder aktiviteter som gir tilfredsstillelse
- Hva en kan gjøre for å hindre at negativ tenkning tar overhånd?
- Hvordan en bevarer best mulig søvn ect.

Beredskapsplanen bidrar til at en har konstruktive spørsmål som kan være til hjelp for seg selv, dersom depresjonen skulle vende tilbake. Hensikten med beredskapsplan er ikke for å ta sorgene på forskudd, men for at en skal være forberedt om depresjon vender tilbake.



## EMPIRI

Mari er ei jente i begynnelsen av 20-åra. Mor og far er skilt, og hun har ingen søsken. Mari flyttet hjemmefra og til en kommune 4 timer unna for å begynne på skole da hun var 17 år. Vennene hennes ble igjen i hjemkommunen der de begynte på den lokale videregående skolen. Mari gjorde fra seg frisørskolen, men det var når hun skulle ut som lærling det ble vanskelig for henne, dette var også midt i moren og farens skilsmisse. Hun skulket mye, og det endte med at hun mistet lærlingplassen sin. Dette fikk ikke foreldrene vite om, og etter hvert isolerte hun seg mer og mer inne på hybelen sin. Det var først når hun kom hjem på juleferie til faren at han oppdaget at noe hadde endret seg hos datteren. Hun var blitt innesluttet, svarte bare ja og nei ved tiltale, holdt seg på rommet sitt, spiste nesten ingenting, og virket helt følelsesmessig avflatet når han spurte henne om venner, skole ect. Av og til kunne han også høre henne mumle at livet ikke var noe verdt å leve lengre. Dette gjorde far svært bekymret, han tok kontakt med legen som fikk henne lagt inn på psykiatrisk avdeling. Etter mange tester og samtaler hos psykolog og psykiater fikk hun diagnosen depresjon.

Jeg presenterer meg for henne, hodet er fortsatt bøyd ned mens øynene hennes ser opp på meg, så mumler hun lavt et navn jeg så vidt hører. Hun har akkurat ankommet avdelingen og jeg spør om hun vil bli med på en liten omvisningsrunde. Kroppsspråket hennes sier meg at hun helst vil være alene. Jeg drøyer det litt, før jeg beveger meg mot døren. Da hører jeg hun hviske bak meg: ”Jeg trenger hjelp, jeg trenger hjelp fra å komme ut av dette enorme svarte hullet”. Hun bestemmer seg for å bli med på runden, hun sier ikke mye, men nikker bekreftende når jeg prater og viser henne rundt i avdelingen. Da vi kommer til aktivitetsrommet setter vi oss ned foran et bord der det ligger ark og fargeblyanter. Hun sier fortsatt ikke så mye, men i stede tar hun et ark og begynner å tegne. Så gir hun meg tegningen og sier: ”Sånn er det jeg har det, her er min verden”. Tegningen er en enkel tegning av et hus. Det er et rødt fint hus, og utenfor huset har hun tegnet fargerike blomster, grønne trær, blå himmel og en stor sol med smilefjes inni. Så oppdager jeg at vinduene på huset er fargelagt svart, og døra er tegnet litt opp på veggen. Huset har ingen trapp, og døra har ingen handtak. Så sier hun: ”Inne i det huset er livet mitt, jeg kommer meg ikke ut, og ingen kommer inn til meg. Jeg er helt isolert. Alle utenfor opplever fine farger og sola som smiler, mens her inne er det grått og mørkt, jeg er fanget i mitt eget hus. Jeg trenger hjelp til å få på igjen dørhandtaket på døra, og en trapp fra døra og ned sånn at jeg kommer meg ut.”

## DISKUSJON

### **Hvordan kan man ved hjelp av kognitivt perspektiv forstå mennesker som lider av depresjon?**

I det kognitive perspektivet er det lagt mye vekt på det å få en forståelse av den deprimertes tankegang. Beck studerte blant annet tankemønsteret til den depressive, og hvordan tankene påvirker følelsene og atferden hos dem. Han lagde på bakgrunn av denne forskningen en kognitiv depresjonsmodell som beskriver et typisk tanke og atferdsmønster hos en deprimert person. Så hvordan kan jeg som miljøterapeut forstå Maris depresjon ut ifra det kognitive perspektivet? Når det gjelder Mari og hennes historie, ville det også vært interessant å se litt på om det er noen sammenheng mellom hennes depresjon og det man generelt anser som årsaker til depresjon. Så vidt jeg vet har hun hatt en trygg og god oppvekst. Hennes foreldre var omsorgsfulle og viste mye kjærlighet. Oppdragelsen var det heller ikke noe å utsette på. Hun hadde mange venninner og var godt likt blant dem. På barne- og ungdomsskolen var hun også aktiv i idrettsmiljøet. Hun spilte både handball og fotball. Så i Maris tilfelle kan man etter hva hun har fortalt, se bort i fra tidlige livsbelastninger. Ser vi videre på sårbarhet for utvikling av depresjon i nåtiden, får vi høre om mulige årsaker til at Mari kan ha utviklet depresjon. Hun flyttet fra alle vennene sine og til en annen kommune for å begynne på skole i ganske ung alder. Det hun forteller om det, var at det var vanskelig å skape en ny omgangskrets. Hun fikk venner, men ingen hun så på som veldig nær. Dette ble et stort savn for henne. Videre forteller hun at skolen tok mye av tiden, så hun kom aldri så langt at hun fikk begynne på igjen med fotball eller handball. Midt oppi alt dette fikk hun beskjed om at moren og farens skilsmisse var et faktum. Foreldrene hadde kranglet en del siste tiden hun bodde hjemme, og noen ganger var det isfronter i hjemmet, og foreldrene snakket ikke til hverandre på dager. Etter hun flyttet hjemmefra hadde hun glemt litt av det, og det gikk derfor veldig sterkt inn på henne da moren ringte og fortalte om skilsmissen. Hun forteller videre at hun tror det var etter det ting begynte å rote seg til for henne. Så ifølge teorien kan dette kanskje være noen av de medvirkende årsakene som utløste Maris depresjon. Videre hevder Berge et al. (2003) at det er de spesifikke skjemaene som innvirker på hvordan en fortolker hendelser. Disse tolkningene har igjen innvirkning våre tanker, persepsjon og hukommelse. Mari har fra barndommen utviklet sine skjema, disse skjemaene/levereglene har hun anvendt når hun har fortolket og analysert hendelser i livet sitt. Som nevnt i teorien er leveregler stabile,

men kan aktiviseres i spesielle situasjoner fordi de ligger latente i oss. Så ved aktivisering av en negativ leveregel, vil de negative automatiske tankene strømme inn i vår bevissthet. Disse negative tankene har en innvirkning på humøret som igjen kan bidra til depressive plager (Berge et.al 2003). Så sett i lys av teorien, kan det ha vært hendelser i Maris liv som har bidratt til aktiviseringen av negative leveregler. Disse kan ha ført til at negative automatiske tanker dukket opp, som igjen kan ha vært en medvirkende årsak til utviklingen av Maris depresjon. Har tidligere referert til hvordan ulike personligheter har en sårbarhet for utvikling av depresjon (Berge og Repål 2003). Man kan derfor heller ikke utelukke muligheten for at nettopp Maris personlighetstrekk har høyere risiko for å utvikle depresjon.

Ser vi videre på utviklingen av Maris depresjon og hennes historie, kan en se mange likhetstrekk til Becks depresjonsmodell. Etter at Mari fikk vite om skillsmissen, begynte hun å gjøre seg opp tanker på hvorfor foreldrene hadde skilt seg. Hun tenkte tilbake til da hun bodde hjemme, og alle de gangene de hadde stoppet og kranglet da hun kom inn i rommet. Tankene på at det var hennes feil, og at det måtte ha vært derfor de hadde sluttet å krangle når hun kom inn i rommet ble mer og mer fremtredende. Jo mer hun tenkte jo flere negative tanker om seg selv og omverdenen dukket opp. Tankene om at hun ikke dugde til å begynne som frisørlærling. Hun kunne jo ingenting, hun var jo for dum til det. Så kom tankene om at siden hun ikke kunne noe, kom de andre til å se på henne som mislykket og dum. De kom bare til å le av henne og baksnakke henne. Hun forklarte det som en evig sirkel av vonde tanker. Ser vi tilbake på teorien kan vi her se sammenhenger med Becks kognitive begreper som omhandler negative automatiske tanker, feilfortolkninger og leveregler. Disse begrepene kommer også til syne når hun videre forteller at hun heller ikke kunne flytte tilbake. Da ville jo alle der hjemme få bekreftet antagelsene sine om at hun ikke kom til å fullføre frisørutdanningen. Det har ikke kommet frem i Maris historie om disse antagelsene var reelle antagelser, eller om de var en av de negative tankene Mari skapte seg som en del av den onde sirkelen hun var inni. Det fremkommer også av Berge et al. (2003) at de negative tankene blir flere og mer intense etter hvert som depresjonen skrider frem. Dette kan føre til at depresjonen øker ytterligere, som igjen kan resultere i aktivisering av flere negative tanker. Personen har da kommet inn i en ond sirkel som er vanskelig å bryte. Denne sirkelen viste seg å bli svært vanskelig for Mari og bryte. Hun utviklet både atferdsmessige, affektive og somatiske symptomer. Hun isolerte seg hjemme og trakk seg helt bort fra det sosiale. Tok mindre og mindre kontakt med familien. Hun fikk også søvnproblemer, og dårlig matlyst. Videre sluttet hun å kjenne på gleder i livet,

hun ble uinteressert i det meste, og syntes alt var et ork. Hun hadde også store konsentrasjonsvansker, og greide ikke konsentrere seg til verken å lese blader eller se på tv. Livet hennes bestod av å sitte inne på hybelen og gruble, til slutt kom også tankene om at livet ikke var noe verdt å leve. Det er mange likhetstrekk i utviklingen av Maris depresjon som samsvarer med Becks kognitive depresjonsmodell. En kan derfor ikke utelukke at dette kan være et nyttig verktøy og benytte seg av i forståelsen av depresjonen.

### **Hvordan kan man anvende et kognitivt perspektiv i behandlingen av mennesker med depresjon?**

For å kunne behandle et menneske med depresjon, må en også få en forståelse av hvordan en deprimert person tenker om seg selv, andre og samhandlingen med dem. Som nevnt kan Becks kognitive depresjonsmodell være et nyttig verktøy å bruke i denne forståelsen. Men som nevnt er også terapeutens holdning også en viktig faktor i møte med pasienten.

Terapeutens væremåte, framferd og handlemåte vil derfor bli avgjørende i den videre kontakten med pasienten. Her blir relasjons og alliansebygging viktige begreper. Jeg mener at alliansen mellom terapeuten og pasienten er en av de viktigste momentene for en vellykket behandling. Opplever pasienten at han eller hun ikke kommer overens med terapeuten, tror jeg ikke behandlingen vil være til like stor nytte. Erfaringsmessig har jeg opplevd at pasientene åpner seg mye mer når en har etablert en god allianse. Berge og Repål (2004) hevder at en viktig forutsetning for bedring er å få en god allianse. Videre hevder de at grunner til at behandlingen ikke gir ønskede resultater, kan være at samarbeidet mellom behandleren og pasienten ikke er tilfredsstillende.

Berge og Repål (2004) påpeker også at det er viktig at pasienten opplever sin behandler som engasjert, og at han viser forståelse for problemene, har respekt for pasienten og viser menneskelighet og varme. Det er også viktig at pasienten ikke får en opplevelse av at terapeuten mangler kunnskap og ferdigheter. Opplever pasienten dette som manglede kvaliteter hos terapeuten, vil pasienten få nok et problem han eller hun må forholde seg til. Ifølge Berge og Repål (2010) er det også viktig at pasienten involverer seg og viser engasjement for å kunne få et godt resultat av behandlingen. Så for å kunne få et godt resultat av den kognitive behandlingen av Mari, er det først og fremst viktig at vi får en god allianse og relasjon med henne. Denne alliansen og relasjonen har liten betydning om den ikke oppleves som god av Mari. For å skape en god relasjon og allianse er det derfor viktig at vi i møte med Mari viser empati, forståelse og respekt. Det er også viktig at Mari

får en opplevelse av at vi som miljøterapeuter er oppriktig interessert i hennes historie, og at vi lytter til det hun forteller oss. Når en har greid og skapt en gjensidig allianse med Mari, kan vi starte opp med en mer strukturell behandling. Denne alliansen innebærer også at Mari og jeg har blitt enige om et felles mål vi skal arbeide imot, for som Berge et al. (2003) påpeker, har det liten hensikt og begynne med de største livsproblemene. Her blir det derfor viktig og finne ut hvilke symptomer Mari har, og hva som plager henne mest. Deretter må vi se på hvilket av problemene vi kan løse relativt fort. I samtalene jeg har hatt med Mari, kommer det frem at det er isoleringen hjemme som har blitt hennes største problem. Før hun flyttet forteller hun at hun var en aktiv, glad, sosial og livlig jente. Hun hadde mange venner hun stadig gjorde ting sammen med. Dette beskriver hun som gode minner. Mari har også fått vanskeligheter med å forestille seg at livet igjen kan bli det samme. Det og isolere seg på hybelen har blitt et stort nederlag for henne. Med tanke på hvordan livet hennes var tidligere, er det nå denne isoleringen hun opplever som vanskeligst. For hun vet jo hvor fargerikt og fint det er på utsiden. Derfor er hennes største ønske nå ”å få på igjen dørhandtaket på døra og plassere en trapp fra døra og ned til bakken.” Som miljøterapeut må jeg nå finne ut hvorfor Mari begynte å isolere seg. Var det de negative tankene som var avgjørende for hennes isolering? Det fremkommer i Becks depresjonsmodell at negative automatiske tanker gir depressive symptomer, som igjen kan gi atferdsmessige symptomer som for eksempel sosial tilbaketrekning. En kan dermed trekke paralleller mellom hennes negative automatiske tanker, hennes sosiale tilbaketrekning og Becks depresjonsmodell. Men også her må det tas forbehold om at det ikke trenger å være automatikk i dette. Det vil derfor bli viktig å finne ut om det virkelig er Maris negative tanker som har gjort at hun har isolert seg. I samtalene kommer det så frem at grunnen til at hun holdt seg inne var at hun følte seg dum og mislykket. Dermed utviklet de tankene seg til at de hun kom til å møte utenfor også kom til å synes det samme om henne. Etter hvert som disse tankene ble flere og sterkere, økte også tilbaketrekningen. Til slutt ble hun nærmest helt isolert fra omverdenen

Så ved å bruke kognitivt perspektiv i tilnærmingen til Mari, blir identifisering og realitetstesting av disse negative tankene en viktig del av behandlingen. Det vil derfor bli nødvendig med et mer systematisk arbeid i endringen av hennes negative tankemønster. ABC- modellen vil her kunne bli et nyttig verktøy å benytte seg av. ABC- modellen er som nevnt tidligere et registreringsskjema der pasienten kan registrere A- hendelsen, B- tanker omkring hendelsen og C- følelser knyttet til hendelsen (Berge og Repål, 2010). Videre fremkommer det av Berge og Repål (2010) at nedskrivning av disse negative tankene er

den beste måten å få satt de i fokus på. En måte og identifisere Maris negative tanker på, vil da kunne bli å gi henne en oppgave mellom samtaletimene. Denne oppgaven vil da gå ut på å velge en aktuell situasjon der det oppstod negative tanker. Deretter skal hun skrive ned hvilken tanker som dukket opp i den aktuelle situasjonen. Etter hvert som Mari blir fortrolig med å registrere sine negative tanker, kan hun begynne med å registrere alternative måter å oppfatte situasjonen på. Som er punkt D i ABC- modellen. Under arbeidet av denne oppgaven ble både etisk og praktisk umulig for meg å følge opp Mari og hennes depresjon med kognitiv terapi. Derfor blir noe av diskusjonen min gjort ut fra tiltenkte situasjoner. Tar derfor utgangspunkt i at Mari nå har hatt noen samtaletimer med kognitiv terapi. Hun har blitt fortrolig med registreringsskjemaet, og er nå klar for å begynne med å registrere alternative tanker rundt hendelsene. I registreringsskjemaet sitt har hun beskrevet en hendelse med at hun satt i fellesstua og leste i et blad da en medpasient gikk forbi. Tankene hun fikk da, var at medpasienten sikkert ikke hilste på henne, fordi at han ikke likte henne. I registreringsskjemaet under følelser, skrev hun at hun ble såret og lei seg. Disse følelsene gjorde at hun trakk seg tilbake på rommet. Hun forteller videre at var vanskelig for henne å gjøre en revurdering av disse tankene, men sier hun fikk god hjelp av å stille seg selv refleksive spørsmål. Disse spørsmålene hadde hun skrevet ned i samarbeid med miljøterapeuten i forkant av hjemmeoppgaven. Hun stilte seg selv spørsmål som: Kan det være en annen grunn til at medpasienten ikke hilste? Hvor stor sannsynlighet er det for at tanken om at han ikke liker meg er sann? Hva er mest realistisk å tenke? Svarene hun gav seg selv var at det faktisk kunne være en annen grunn til at han ikke hilste. Kanskje medpasienten også hadde en tung dag? Eller kanskje han var for sent ute til samtaletiden sin? Det trengte for så vidt ikke å bunne i at han ikke likte henne. I litteraturen er registreringsskjemaet beskrevet som et nyttig redskap å bruke i endringen av tankemønster. Men er det i virkeligheten så enkelt for en med depresjon å reflektere seg frem til alternative måter å oppfatte situasjonen på? For en som allerede har et depressivt tankemønster, kan registrering av ABC-modellen nettopp være en sånn situasjon der negative tanker dukker opp. Negative tanker som da kan dukke opp er: ”Det er ikke noe poeng for meg å gjøre det, jeg får det ikke til allikevel.” Her kan terapeuten vise til pasientens negative tanker som dukket opp i forbindelse med introduksjonen av ABC-registreringen.

## **Hvilke begrensinger vil vi møte i en travel hverdag når gjelder å anvende en kognitiv tilnærming?**

På institusjonen hvor jeg jobber, er det som regel psykiaterne og psykologene som tar seg av behandlingen av pasientene, og ofte må det medisiner i bruk i tillegg til samtalebehandling. Vår oppgave som miljøterapeuter blir da å observere pasientene mht til bivirkninger og effekter av medisiner. Det er også vår oppgave å være der for pasientene etter samtalene. Mange kan få sterke reaksjoner etter en samtaletime. Det kan være alt fra sinne, aggressivitet, melankoli og angstanfall til selvmordstanker. Vi har få miljøterapeuter på jobb, og det er ofte mange pasienter innlagt på avdelingen. Så de fleste dagene må planlegges nøye, så vi får sett alle, ha samtaler med pasienter som har behov for det, samt observere fremskritt eller tilbakegang hos pasientene. Dette gjør at man som miljøterapeut har liten tid å avsette til bruk av de forskjellige perspektivene. Miljøterapeutene anvender likevel momenter fra de forskjellige perspektivene i den daglige samtalen med pasientene. Dette uten at det spesifikt blir kalt selvspsykologi eller kognitiv terapi og lignende. Det er ikke uvanlig med sokratisk spørreteknikk i den daglige samtalen med pasienten. Denne spørreteknikken benyttes av miljøpersonell for å hjelpe pasienten ut fra den vanskelige situasjonen de opplever der og da. Jeg er kjent med at kognitiv terapi er en terapiform som blir brukt av psykologene og psykiaterne på avdelingen. De bruker da den mer systematiske metoden som jeg har beskrevet i oppgaven. Der de aktivt bruker momentene som kartlegging, valg av problemfokus og identifisering og realitetstesting av negative tanker under behandlingen av pasienten. Hallberg og Ørbeck (2006) påpeker i sin artikkel at bruken av kognitiv terapi som metode, ikke bare bør være forbeholdt leger og psykologer. Videre fremkommer det også at utdanning innen kognitiv terapi for sykepleiere, har blitt mye mer utbredt de siste årene. Erfaringene psykiatriske sykepleiere hadde med seg etter gjennomført modulkurs i kognitiv terapi, førte til at mange avdelinger viste økende interesse for denne behandlingsformen. Det kom også frem at denne tilnæringsmåten passet utmerket for sykepleiere. I artikkelen er det også beskrevet at sykepleiere som hadde tatt modulkurset, kom med utsagn om at dette var metoder de ofte hadde tenkt å benytte seg av under sitt arbeid, men at de ikke hadde hatt kjennskap til det teoretiske rasjonalet bak denne tilnærmingen.

## KONKLUSJONER

### **Hvordan kan vi som miljøterapeuter anvende kognitiv terapi til å forstå og behandle pasienter med depressiv lidelse?**

Som miljøterapeut tror jeg det kan være lettere å møte mennesker med depresjon, om en har en forståelse av depresjonens bakenforliggende årsak. For å få en økt forståelse av depresjonen, kan Becks kognitive depresjonsmodell være en god teorimodell og benytte seg av. Der kan en få en forståelse på hvordan kognitive faktorer i stor grad innvirker på utviklingen og opprettholdelse av depresjonen. Videre tror jeg at Becks depresjonsmodell sammen med ABC- modellen også kan være nyttige verktøy og anvende i behandlingen av mennesker med depresjon. Men før en starter opp med den strukturelle behandlingen i kognitiv terapi, blir alliansebygging helt grunnleggende for og i det hele tatt kunne oppnå et positivt resultat. Forutsetningen for at en kan kalle det en god allianse, er når pasienten selv opplever alliansen, og har den i sin referanseramme. Jeg vil anta at en god relasjon og allianse er en forutsetning i alle terapeutiske tilnæringsmåter. Videre går jeg også ut fra at en oppnår bedre resultat om pasienten selv involverer seg, og er deltagende i behandlingen.

Selv om jeg ikke fikk benyttet meg av kognitiv terapi i møtet med Mari, har jeg nå i lys av kognitiv terapi, Becks depresjonsmodell og ABC modellen, fått en større forståelse i hvordan jeg kan møte, forstå og behandle mennesker med depresjon. Men som nevnt er tidligere er hverdagene travle for miljøterapeutene, og en møter derfor begrensninger når det gjelder å anvende kognitiv terapi. Tar jeg så utgangspunkt i artikkelen av Hallberg og Ørbeck (2006), håper og tror jeg at miljøterapeuter (med kurs i kognitiv terapi) vil få mer ansvar og tid til å anvende kognitiv terapi til pasienter med depresjon.

Mitt synspunkt videre, er at selv om kognitiv terapi er en god tilnæringsmetode i forståelsen og behandlingen av depresjon, skal en samtidig huske at vi alle er forskjellige individer, og vi har alle vår måte og håndtere problemene på. En skal derfor ikke utelukke at andre perspektiver også kan være effektive behandlingsformer. Som nevnt i innledningen tyder analyser på at depresjon har blitt den ledende sykdom i den vestlige verden. Foruten at det gir store personlige lidelser, medfører det også til store økonomiske og samfunnsmessige omkostninger. Utfallet av behandlingen vil derfor ha betydning for de samfunnsmessige omkostningene.



Hensikten med kognitiv terapi til depresjon er å prøve å få en mer balansert tenkning gjennom spørsmål. En må da prøve å lære seg å se på tankene, ikke gjennom dem. Tanker er kun tanker, ikke fakta (Berge og Repål 2010).

## Litteratur

Berge, T; Axelsen, E.D; Nielsen, G.H; Nordhus, I.H; Ommundsen, R (2003) *Samtaler som forandrer, psykologisk teori i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget

Berge, T; Repål, A (2010) *Den indre samtalen, lær deg kognitiv terapi*. Utgave 3  
Oslo: Gyldendal Akademisk

Berge, T; Repål, A (2003) *Lykketyvene, hvordan overkomme depresjon*. Utgave 2  
Oslo: Aschehoug

Berge, T; Repål, A (2004) *Trange rom og åpne plasser, hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*. Oslo: Ascheoug

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten*.  
Oslo: Helsedirektoratet

ICD-10 *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 10. revisjon, Norsk utgave. Statens helsetilsyn 1996

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

Nielsen, G.H; Von der Lippe, A.L (2002) *Psykotterapi med voksne, fem perspektiver på teori og praksis*. Pensumtjeneste A/S

Snoek, J.E; Engedal, K (2005) *Psykisk, kunnskap – forståelse – utfordringer*. Utgave 2  
Akribe

Stiles, T.C (2002) Kognitiv psykotterapi I: Nielsen, G.H; Von der Lippe, A.L. *Psykotterapi med voksne, fem perspektiver på teori og praksis*. Side 91-114. Pensumtjeneste A/S

Hallberg, M; Ørbeck, A.L (2006) *Kognitiv terapi gir gode resultater* [online] utgitt av norsk sykepleieforbund Tilgjengelig fra URL:

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p\\_document\\_id=118285](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=118285) [Nedlastet 05.03.09]