



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Kognitiv terapi til personer som lider av depresjon

Marthe Lervik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 26

Molde, 18.04.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Nina H. Lystrup

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja

nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja

nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja

nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja

nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 18.04.2012

Antall ord: 7879

Sammendrag

I denne oppgaven skrives det om hvordan psykisk helsearbeider kan få god effekt av kognitiv terapi hos personer som lider av depresjon, relatert til traumer. Dette innebærer blant annet at jeg kommer inn på tema som god kommunikasjon, viktigheten av å forholde seg til klientens motivasjon, og samarbeidsvillighet og det å gi klienten kunnskap og håp om behandling når den kognitive terapiformen utøves. Det fokuseres på viktigheten av psykisk helsearbeiderens sin forforståelse kombinert med kunnskap om depresjon og traumer i arbeidet med klienten for å oppnå en god behandlings effekt. I oppgaven skrives det om depresjon og traumer, og når man kommer over i drøftingsdelen blir man bedre kjent med Oda, som er empirien hentet fra min klinisk praksis. Her møter vi Oda som lider av depresjon, relatert til traumene som kom fra overgrepene hun ble utsatt for i 6 års alderen. I oppgaven reflekteres det over hvordan den psykiske helse arbeideren hjelper Oda, slik at Oda får en bedring. Betydningen av en helhetlig tilnærming til klientens problemer og viktigheten av den gode alliansen mellom terapeut og klient vektlegges for å oppnå en god effekt av kognitiv terapi.

Innhold

1.0 INTRODUKSJON.....	6
1.1 Avgrensing.....	7
2.0 TEORI	7
2.1 Depresjon.....	7
2.2 Traumer.....	9
2.3 Kognitiv terapi	11
2.3.1 Terapeutisk samarbeid.....	11
2.3.2 Negative automatiske tanker.....	13
2.3.3 Leveregelen.....	13
2.3.4 ABC- modellen.....	14
2.3.5 Klinisk fremgangsmåte i kognitiv terapi.....	15
3.0 NARRATIV.....	15
4.0 DRØFTING.....	17
4.1 Terapeutisk samarbeid.....	17
4.2 Negative automatiske tanker.....	18
4.3 Bearbeiding av leveregelen.....	21
4.4 ABC- modellen.....	23
5.0 KONKLUSJON.....	25

1.0 INTRODUKSJON

Jeg vil i denne oppgaven se på hvordan psykisk helsearbeidere kan bruke kognitiv terapi opp mot personer som har diagnosen depresjon.

Det var under min kliniske praksis at Kognitiv terapi fattet min interesse, da jeg fikk se at kognitiv terapi ble brukt som et «redskap» til å hjelpe personer som lider av depresjon. Jeg fikk særlig sett det aktiv i bruk hos Oda som er beskrevet i min empiri. Det er også Oda som blir brukt i diskusjonen, der jeg diskuterer problemstillingen og narrativet opp mot selve teorien i oppgaven.

Berge og Repål (2011) skriver at depresjonen handler om fortvilelse over en uholdbar situasjon, eller et vanskelig vendepunkt som inntreffer i livet. Og ca 1/4 del av de som får lidelsen depresjon danner et kornisk forløp. Verdens helseorganisasjon har depresjon på fjerdeplass på sin liste over lidelser som utgjør den største samfunnsmessige byrden, både samfunnsøkonomisk og i form av tapt livskvalitet og leveår (Berge og Repål 2011).

Jeg vil videre forsøke å koblet depresjon opp mot traumer. Mange av de som sliter med psykiske lidelser har opplevd traumatiske hendelser tidligere i livet (Berge og Repål 2011). Årsakene til traumer er ulike, men som Jørstad (2010) skriver kan det være alt fra krig, voldtekt, bli utsatt for grov voldtekt, forsømt, sviktet eller forlatt, eller alvorlig misbruk i barndommen. Mye av det man husker fra traumet man har vært utsatt for er ofte forskjellig fra hva man husker fra vanlige hendelser. For å få system på tankene kan man bruke kognitiv terapi. Som Berge og Repål (2010) skriver har forskning dokumentert at kognitiv terapi som behandlingsform har hjulpet mange til å få kontroll over problemene sine.

Kognitiv terapi er i følge Berge og Repål (2010) et samarbeid mellom pasienten og terapeuten, og rettet mot hvordan problemene fremtrer i pasientens hverdag. Det er pasienten sin opplevelse av problemene som er hovedfokus. Videre handler det om å finne pasienten sine ressurser, interesser og sterke sider. For å hjelpe pasienten for å få en best mulig hverdag bli det jobbet med tankemønstret, de automatiske tankene, forstyrret tenking, forventinger og holdinger. Dette kommer jeg nærmere innpå i teoridelen.

Under den kliniske praksisen ble jeg nysgjerrig på diagnosen depresjon. Hva skjer? Hvordan har dette oppstått? Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider hjelpe? Og ikke minst hvem er mennesket bak diagnosen?

Ut i fra disse spørsmålene kom jeg frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan psykisk helsearbeidere anvende kognitiv terapi for å bidra til bedring hos deprimerte pasienter?

Ved hjelp av teorien vil jeg se nærmere på problemstillingen i lys av teorien og narrativ fra min kliniske praksis.

1.1 Avgrensing

Depresjon rammer alle aldersgrupper og samfunnslag. Jeg har i denne oppgaven valgt å skrive om damer i 40 årsalderen med depresjon. Jeg vil spesielt se på depresjon som er utløst av tidligere opplevelse av traume. Hovedpersonen i mitt narrativ Oda, har en slik form for depresjon. I beskrivelsen av traumer har jeg valgt å legge vekt på posttraumatisk stressforstyrrelser.

Da min kliniske praksis var på en sykehus avdeling har jeg valgt bruke begrepet pasient, i stede for klinten. Ved å bruke pasient føler at jeg ivaretar brukerperspektivet.

Videre i empirien vil dere lese om kunst og uttrykksterapi, det har jeg ikke omtalt i teorien grunnet oppgavens omfang.

I Narrativet og drøftingen er det enkelte utdrag fra samtalene mellom meg og Oda. Her bli samtalene vist med, T som er terapeuten og O for Oda.

2.0 TEORI

2.1 Depresjon

I følge Berge og Repål (2011) er depresjon er en bred diagnosegruppe, der det mest sentrale kjennetegner er senket stemningsleie og mangel på gled over de fleste aktiviteter. Ca 20% av de som behandles for sin første depresjon kommer ikke ut av den, men danner et kronisk forløp. Andre får stadige tilbakevendinger.

Vanlige symptomer ved depresjon er vedvarende tristhet eller nedstemthet, tap av evne til å føle interesse for noe eller glede seg, og tretthet og redusert energi. Tretthet og redusert energi kan vær koblet sammen med en følelse av treghet i både tanke og fysisk handling. Ved lettere depressive episoder kan det forekomme lysere øyeblikk, men ved mer alvorlige episoder er pasienten nedtrykt hele dagen (Berge og Repål 2010).

Ved depressive episoder har livet mistet både mål og mening, og gledesløsheten kommer mer til syne. Mange opplever også å bli irritable og bli utålmodige. De har et dystert syn på fremtiden, og følelsen av håpløshet kommer tydeligere frem, og mange danner av og til en emosjonell isolasjon (Berge og Repål 2010).

De aller fleste depressive episodene vil være forbundet med ulike grader av angst. Bekymringen og den indre uroen kan være sterk. Ubesluttsomhet er også et annet kjennetegn ved depresjon, og ofte forekommer det vanskeligheter med å konsentrere seg om TV og aviser, og vanskeligheter med å finne ord (Malt, Retterstøl og Dahl 2007).

I vurderingen av alvorlighetsgraden av depresjon er det i følge ICD- 10 en liste på 10 symptomer på depresjon. Disse deles inn som følgende: Mild depresjon (fire symptomer), moderat depressiv episode (fem til seks symptomer), alvorlig depressiv metode (syv eller flere symptomer). Det er viktig å påpeke at alvorlighetsgraden sjelden blir satt fast ved å telle symptomer, men ved en helhetsvurdering av pasienten (Berge og Repål 2011).

Spørsmål som ofte blir stilt i kartleggingen av depresjon er «har du i de siste par ukene kjent deg nedfor, deprimert og ofte følt at alt var håpløst?» og « Har du i de siste par ukene ofte følt at du ikke interesserte deg for eller gleder deg over det du gjør?» (Berge og Repål 2011). Man kan også spørre om søvnforstyrrelser, dårlig konsentrasjon, initiativløshet og ubesluttsomhet, lav selvtillit, skyldfølelse, dårlig eller økt appetitt (Berge og Repål 2011).

Malt, Retterstøl og Dahl (2007) kaller depresjon for stemningslidelser, og deler stemningslidelsene inn i seks ulike hovedgrupper. De er bipolare spektrum lidelser, enkelte eller gjentatte depressive lidelser, dystemi, tilbakevendende kortvarig depressive lidelser, tilpassningsforstyrrelser og organisk affektive lidelser. Jeg vil nevne noe om de bipolare lidelsene, da det er av diagnosen til Oda.

Innenfor diagnosen depresjon, har man bipolare lidelse. Den er inndelt i fire ulike typer, men jeg har her valgt å beskrive kun den bipolare lidelsen type II.

Bipolar type II: I denne diagnosen har pasienten uttalte depressive perioder. Periodene med oppstemthet er mindre enn ved mani, men oppfyller kriteriene for hypomani. Ved mani er man overaktiv, svært pratsom, og storslagen. Men ved hypomani er man ikke fullt så intens i være måten, og omgivelsen vil der med bruke lengre tid på å oppfatte at man har en form for mani (Haugsgjerd m.fl 2009).

Det spesielle med denne lidelsen er episoder med overaktivitet, selv om pasienten selv ikke angir selv å ha hatt det (Malt, Retterstøl og Dahl 2007).

2.2 Traumer

I følge Psykoterapi og veiledning (2010), vil en psykisk traume oppstå når en blir observant på en potensiell livstruende hendelse, som overgår vår evne til å reagere effektivt. Årsaker til traumer er ulike, og de blir behandlet ulikt at ulike mennesker. Et eksempel på iøynefallende årsaker er: krig, voldtekt, bli utsatt for grov vold, forsømt, sviktet eller forlatt i barndommen, alvorlig misbruk i barndommen, eller naturkatastrofer som eksempel brann, jordskjelv etc.

Eksempel på årsaker som er mindre i øyefallende er mindre bilulykker, sykdommer, å bli etterlatt alene (særlig små barn).

Mange mennesker som lider av psykiske lidelser har opplevd traumatiske hendelser tidligere i livet, og det er slike hendelser som ofte er disponerende for somatiske og psykiske lidelser. Diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse beskriver senskader som stammer fra barndom eller voksen alder, som i alvorlig grad svekker pasientens evne til å håndtere hverdagen (Berge og Repål 2011).

Eksempel på symptomer ved posttraumatisk stress er, sterke minner om hendelsen, følelse over tid av engstelse, nervøsitet eller nedstemthet. Irritabilitet, eller sinne. Fysiske symptomer er opplevelse av svimmelhet, kvalme, hodepine og hjertebank (Psykoterapi og veiledning 2010).

Reaksjonene i posttraumatisk stressforstyrrelse deles i følge Berge og Repål (2011) inn i tre punkt;

Påtrengende minner. Personen blir til stadighet innhentet av bilder fra hendelsen, tanker eller sanseintrykk knyttet til den eksakte traume hendelsen. Dette kan forekomme både i våken og sovende tilstand, da ofte som mareritt. Det kan også oppleves som om traumen hender nå, og en kan få fysisk ubehag av indre eller

ytre signaler, som igjen kan symbolisere til noe i traume hendelsen (Berge og Repål 2011).

Unngåelseaksjoner. Her unngår personen stimuli som kan assosiere med traumen. Personen prøver å unngå tankene, følelser eller samtaler om traumen. Andre reaksjoner er liten interesse for å delta i aktiviteter, og eller likegyldighet til andre mennesker, innsnevring av affekter og opplevelse av tapt fremtid (Berge og Repål 2011).

Kroppslig aktivering. Her reagerer personen som om han alltid er i fare. Dette kan sees ved vanskeligheter med å sove, irritabilitet og sinne, vansker med å konsentrere seg, og en overdreven oppmerksomhetsrespons (Berge og Repål 2011).

Berge og Repål (2011) skriver at det man husker fra den traumatiske hendelsen ofte er vesentlig forskjellig i forhold til hva man husker fra vanlige hendelser. Ved traumer er bildene fragmentert, dårlig organisert, detaljer kan være glemt og deler av hendelsen kan være dårlig husket. Grunnen til dette kan være at minnene er mangelfulle, og de kan ha kommet sammen med andre minner personen har i hukommelsen, og har dermed blitt lite bearbeidet kognitivt og emosjonelt. Personer som lider av posttraumatisk stressforstyrrelse har negative tanker om traumatet, og om sin egen framtid. Tanken er knyttet til andre i omverdenen, på den måten at andre vil ha det ondt eller at en ser på seg selv som mislykket (Berge og Repål 2011).

Berge og Repål (2011) skriver at det ofte skjer en overgeneralisering fra den traumatiske hendelsen til lignende andre trygge hendelser. Som for eksempel; « fordi jeg ble angrepet av en mann i uniform, vil alle menn med uniform være farlige». Videre kan tanker om hva en gjorde og ikke gjorde under hendelsen endre selvbildet. Eks: « siden jeg ikke gjorde motstand under voldtekten, er jeg et dårlig menneske». Også mestring i etterkant og tanker rundt det posttraumatiske symptomene kan ha stor innvirkning. Berge og Repål (2011) skriver så videre at mange tenker at de skulle ha blitt ferdig med hendelsen, og at reaksjonen er unormal. Videre kan forhold til familien og venner bli påvirket ved at man trekker seg unna sosialkontakt. Andre måter å reagere på, er at personen blir usikker på hvordan han skal forholde seg til traumatet i etterkant, som igjen kan gi signal til andre at personen ikke bryr seg om hendelsen, som igjen gjør at andre ikke vet hvordan de skal forholde seg til personen. Dette kan igjen føre til at personen unnlater å snakke med andre om det som har skjedd, og for så å miste muligheten for bearbeiding av hendelsen (Berge og Repål 2011).

Dysfunksjonelle mestringsstrategier rettes mot å få kontroll over det som oppleves truende, men vedlikeholder det posttraumatiske plagene ved å produsere de posttraumatiske symptomene direkte. F.eks ved å unngå plasser eller personer som knyttes til traumen, kan en befestet at disse er farlige. «Grunnen til at jeg ikke blir gal er at jeg holder meg unna disse plassene/ personene», dette kan føre til økt angst knyttet til traumet, og eller en økning av minner (Berge og Repål 2011).

Ved å bruke strategier der en unngår å tenke gjennom hendelsen, får en heller ikke mulighet til å bearbeide hendelse effektivt (Berge og Repål 2011).

Ved å jobbe med seg selv på denne måte vil de dysfunksjonelle mestringsstrategiene ofte føre til andre symptomer. Som for eksempel ved å la være å sove, slik at marerittet ikke kommer fram.

2.3 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi ble lansert av Aaron Beck på 1960 tallet, og han blir sett på som terapiformens far. Kognitiv terapi er en øvelse i indre samtale, der pasienten videreutvikler evne til å utforske egent tanker og sette spørsmålsteget ved fastlåst tankemønster. Denne terapi formen har i de senere årene blitt svært populær, da mange mener det er en jordnær og fin måte å jobbe på. Det finnes også ulike former for kognitiv terapi som er lagt til rette for ulike psykiske vansker. Eksempelvis finnes det kognitiv terapi innrettet mot depresjon, panikkangst, bekymringsangst og sosial angst. Det finnes også kognitive terapeutiske teknikker for tvangslidelser, søvnproblemer og plager som skyldes traumer, mishandling og overgrep. I kognitiv terapi er det svært viktig med samarbeid mellom klient og behandler, og det er pasientens opplevelse av situasjonen som står i sentrum. Det er og viktig å presisere at behandleren skal stå fram som en ledsager og/ eller guide, og at behandleren ikke er en bedreviter (Berge og Repål 2010).

2.3.1 Terapeutisk samarbeid

Berge og Repål (2011) skriver at for å etablere en behandlingsallianse er det viktig at terapeuten og klienten har en god relasjon og et godt samarbeid. Det er avgjørende for utfallet av terapien. Terapeuten må forholde seg til klienten på en varm og respektfull måte, og må være ubetinget aksepterende for det klienten sier. Terapeuten må også vise respekt for klienten sitt virkelighetsbilde. For eksempel,

vil det vil si at terapeuten må akseptere at klienten tror at hun er dum, verdiløs, og eller uten håp. Senere i det terapeutiske samspillet skal disse oppfatningene utforskes og utfordres. Ved å gå i mot dette i starten av behandlingen, vil det neppe gi noen god relasjon mellom klienten og terapeuten. Klienten vil dermed føle seg lite forstått og at problemet blir bagatellisert.

Et grunnleggende prinsipp er at når terapeuten bekrefter pasienten som den, han eller hun er, bekreftes alt ved personen. Både pasientens styrker og svakheter, muligheter og problemer. Terapeuten må tro på pasientens evne til å nå sine mål, og behandler dermed ikke pasienten som en skjør gjenstand, men som en som kan konfronteres og utfordres når det er behov for det. For at dette skal fungere må terapeuten være ekte og kongruerende i sine reaksjoner (Berge og Repål 2011).

For at terapeuten og pasienten skal få et samarbeid, må terapeuten finne ut mest mulig om pasienten. Ved å bruke en sokratisk spørreteknikk, som vil bli utdypet nedenfor, vil terapeuten få mye informasjon med pasienten.

Det er psykiateren Karl Tomm som presenterer ulike metoder for utspørring (Vatne 2006), Metodene Karl Tomm presenterer er alle koblet opp mot sokratisk spørring, en sokratisk spørring er ikke ledende. Eksempelvis « hvilken støtte har du for dette?», «kan dette problemet ses på en annen måte?». Spørsmålene kan være forskjellspørsmål som mest eller minst, eller adferds spørsmål som handler om forhold til andre. De sirkulære spørsmålene kan virke frigjørende på pasienten da de er åpne uten å låses fast, som kan føre til at pasienten oppdaget mønster i egen adferd. De refleksive spørsmålene er for å lette situasjonen for klienten ved å utløse en refleksiv prosess om pasienten egne oppfatninger. Spørsmål er hypotetiske og fremtidsrettet, og forsøker å få pasienten til å tenke på andre måter, som igjen kan føre til vekst.

En sokratisk dialog er utforskende, og kjennetegnes ved at hjelperen vet at en ikke vet, og fortsetter og spørre. Dette gjør hjelperen for å danne seg hypoteser, i en utforskende prosess med pasienten. Hensikten med utspørringen er å identifisere sammenkoblinger og mønster pasienten har i samspillet med andre. I tillegg frigjør en slik spørreteknikk informasjon og skaper ny forståelse (Vatne 2006).

Disse ulike spørreteknikkene anbefales å brukes vekselvis i forhold til klientens tilstand, og hvilken situasjon og relasjon det er mellom hjelperen og pasienten (vatne 2006).

2.3.2. Negative automatiske tanker

Det er de automatiske tankene som setter i gang følelser og handlinger. Disse tankene er spontane og vanskelige å huske. Tankene er ikke viljestyrt og heller ikke gjennomtenkte. Disse tankene er situasjons bestemte, men de blir akseptert som sanne i vår bevissthet (Berge og Repål 2010).

Det å lære pasienten å identifisere de negative automatiske tankene er en viktig del av kognitiv terapi. Man kan fortelle pasienten at automatiske negative tanker er ufrivillig, og at de er situasjons- og tidsbetonte.

En måte å få frem dette på er å bruke en nylig konkret oppstått situasjon, som fremkalte en depressiv tanke. «Hva hadde skjedd?», «Hva ble sagt?», «Hva gjorde du?» etc. (Nielsen og von der Lippe 2002). På denne måten kan behandleren få tak i hva pasienten tenker, for så å identifisere de automatiske negative tankene, ved å spørre hvor mye hun tror på dem. En av flere måter å identifisere de automatiske negative tankene på, er å bruke en skala fra 0- 100. Der 0 er at hun ikke tror på dem, og 100 er at hun tror helt og fast på dem. Ved å bruke denne måten kan man realitetsteste de negative tankene, å redusere klienten sin tro på tankene, ved å motbevise og/ eller alternativere dem (Nielsen og von der Lippe 2002). Et eksempel på en negative automatisk tanke er: butikken jeg har jobbet i er blitt lagt ned, jeg har ikke jobb, kommer ikke til å få noe ny jobb. Her ser man også det man kaller en overgeneralisering. Det vil si at en enkel hendelse fører til en generell konklusjon, nemlig at « fordi jeg mistet jobben, er det ingen andre som vil ansette meg» (Berge og Repål 2010).

Målet å komme så langt at klienten begynner å åpne opp for at hennes/ hans tolkning kanskje ikke var riktig likevel, og at det finnes alternative måter å tenke om situasjonen på.

2.3.3 Leveregelen

Leveregelen handler om oppfatningen vi har av oss selv, verden eller fremtiden, og det er negative leveregler som skaper problemer for klienten. Levereglene forestiller hvordan vi oppfatter oss selv, hvordan vi tror andre oppfatter oss, og hvordan vi bør oppfatte oss (Berge og Repål 2010).

Levereglene blir inndelt i primære og sekundære leveregler. De primære levereglene er selve kjernen i oppfattelse av seg selv; "jeg er dum" "jeg kan bli

såret". De sekundære levereglene er mer spesifikke og aktiveres i spesielle situasjoner; "Hvis jeg sier hva jeg mener, så vil jeg straffes for det." En primær leveregel er grunnleggende og gir opphav til flere sekundære leveregler (Berge og Repål, 2010).

Behandleren og klienten finner i fellesskap ut hvilke negative leveregler pasienten har, og hvilke sammenheng de har med tidligere erfaringer. Før det begynnes å jobbe med levereglene, bør behandleren ta en vurdering av hvilke negative leveregler som bør jobbes med, ut i fra innhold, og hvem som bør ha høyest prioritet (Nielsen og von der Lippe 2002).

Det viktig å informere pasienten om en endring når man jobber med leveregler. Eks på negativ leveregel er «jeg er et dårlig menneske» så kan behandleren si noe sånt som «Enten er du et dårlig menneske, eller så tror du at du er det. Hvis du er det, må vi lære deg å bli et bedre menneske. Hvis du bare tror du er det, må vi gjøre noe med din selvopfatning.» Det er viktig å identifisere uhensiktsmessig atferd, slik at de negativ levereglene blir bekreftet (Nielsen og von der Lippe 2002).

2.3.4.ABC- modellen

Kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten til å mestre sine livsproblemer, og samtidig endre uhensiktsmessig tankemønster. Det er her ABC-modellen kommer inn for å strukturere arbeidet. Modellen inneholder følgende punkter:

A: Hendelsen

B: Tanker om kring hendelsen

C: Følelser knyttet til tolkingen av hendelsen.

(D: alternative tanker)

I denne modellen starter man å jobbe med C punktet. Altså knytte følelser til tolkingen av hendelse. Som dere ser her blir også D punktet i ABC-modellen lansert. Når man jobber med depressive klienter jobber man med D punktet sammen med klienten. Da de fleste depressive klientene synes dette er vanskelig å gjøre på egen hånd. Eksempel: En ser en uteligger, tenker negative tanker om vedkommende. Bli klar over hva en nettopp har tenkt, og reagerer med tanker om at en ikke har lov å tenke slik om andre, og med skyldfølelse over å være en

dømmende person. Også en følelse kan vekke negative automatiske tanker. En kan bli redd i en slik situasjon, og man kan reagerer på angsten ved å tenke at en aldri vil få kontroll over den, og dermed føle på håpløshet (Berge og Repål 2011).

2.3.5. Klinisk fremgangsmåte i kognitiv terapi

Målet i kognitiv terapi er å finne de automatiske negative tankene, for så å sette ord på dem. Dette er et tidkrevende arbeid, og for å få oversikt må behandleren kartlegge pasienten sin familie, jobbsituasjon, og sosiale nettverk. For så å få oversikt over det nåværende problemet, må terapeuten finne ut hvordan det har utviklet seg, og hva pasienten tenker om problemet. Gjennom å bruke kognitiv terapi for å bli kjent med klienten på, kan behandleren gjøre seg opp en vurdering om klientens evne til identifisere negative tanker og følelser. Pasienten sin villigheten til å akseptere negative tanker og følelser, redselen for å avsløre negative tanker og følelser, det å overlate alt ansvar til terapeuten, og pasientens behov for selvstendighet, og det å etablere et gjensidig samarbeidsforhold til behandleren må være tilstede (Nielsen og von der Lippe 2002).

Tidlig i behandlingsformen blir også hjemmeoppgaven introdusert, som er viktig for godt behandlingsresultat. Dette på grunn av at hjemmeoppgaver kan øke pasientens, motivasjon og innsats, og det er viktig for samarbeidet med behandleren. Oppgavene kan ha ulike formål, f.eks kartlegging, utprøving av hypoteser og forventninger, ferdighet trening og problemløsning. Det finnes ulike måter å gjøre dette på. Som for eksempel å lese noe, skrive noe, tenke på noe eller gjøre en bestemt ting. Det er behandlere som gir og begrunner oppgaven til pasienten, for så å høre om pasienten er enig. Sammen går de gjennom eventuelt hindrer, for så å finne ut om oppgaven er gjennomførbar. I neste behandlingstid blir det satt av god tid til drøfting av hjemmeoppgaven (Berge og Repål 2010).

3.0 NARRATIV

Narrativet er hentet fra min kliniske praksis, der kunst- og uttrykks terapi var mye brukt. Narrativet er anonymisert.

Oda på 47 år er innlagt i avdelingen etter tiltagende depresjon. Hun har vært innlagt to ganger tidligere. Oda har en omfattende traumehistorie, og en bipolar lidelse type II. Hun er ikke suicidal.

Oda og jeg fikk tidlig en god relasjon. Vi snakket mye sammen i avdelingen og når vi var ute på tur.

Traumehistorien kommer fra den tiden onkelen forgrep seg på henne. Dette foregikk fra hun var 6-7 år gammel. I hvor mange år det pågikk, husker hun ikke.

Oda sliter også med å stole på sin svigersønn, som er far til barnebarnet hennes.

Oda har tidligere jobbet i en klesbutikk. Nå er butikken hun jobbet i lagt ned, og hun er dermed arbeidsløs. Dette har gjort at hun har blitt gående mye hjemme, med liten sosial omgang, annet enn med sin ektemann. Det var dette som var utløsende faktor for den gjentatte depresjonen, og innleggelsen i avdelingen.

En del av behandlingen er å delta i kunst- og uttrykkgruppen. Det er fra en kunst- og uttrykkgruppen jeg har hentet min fortelling.

En gang jeg var med, under kunst- og uttrykks terapigruppen, var temaet fritt. Oda sa til meg før hun begynte å tegne at det kom til å bli tøft for henne, da hun hadde en vanskelig dag. Noe jeg merket raskt, da hun tegnet kun med mørke dystre farger. Det ble tegnet visne, og døde blomstrer, og hus som ikke hadde vindu. Men over huset skinte det en gul sol. Det ble også tegnet to personer med et bristepunkt mellom seg, og en av personene gråt.

Her er et utdrag fra samtalen mellom oss, etter timen var over.

Jeg: «Du sa til meg før du startet å tegne at dagen er tung?»

Oda: «Fordi jeg snakket med mannen min»

Jeg: «Hva snakket dere om?»

Oda: «Hva jeg skal gjøre når jeg kommer hjem, og butikken jeg jobbet i er lagt ned. Jeg kommer ikke til å få meg ny jobb.»

Jeg : « Hvorfor kommer du ikke til å få ny jobb tror du?»

O: «Ingen vil ansette meg, jeg kommer til å visne bort, slik som blomstrene på bildet»

Det var dette jeg bygget videre på i vår samtale etter gruppetimen

4.0 DRØFTING

Jeg vil nå diskutere narrative og problemstillingen, og belyse dette med teorien som har blitt presentert tidligere i oppgaven. Jeg kommer også til å ha med noen eksempler fra samtalene mellom Oda og meg for å bedre illustrere vårt samspill. Problemstillingen er som følgende:

Hvordan kan psykisk helsearbeidere anvende kognitiv terapi for å bidra til bedring hos deprimerte pasienter?

4.1 Terapeutisk samarbeid

Fra første samtale med Oda merket jeg at vi hadde en fin og god kjemi. Måten jeg merket det på var at Oda åpnet seg tidlig over for meg, og praten mellom oss hadde en god flyt. For at kognitiv terapi skal fungere, er det viktig med et godt samspill mellom terapeuten og pasienten. Og som Berge og Repål (2011) skriver er det terapeutiske samarbeid avgjørende for utfallet av terapien. Samarbeidet er viktig for at terapeuten skal veilede pasienten til å skape håp, og hjelpe pasienten til å finne ulike måter å tenke på.

Før jeg var med på kunst- og uttrykks terapigruppen sammen med Oda hadde vi snakket mye sammen i avdelingen, ikke minst på turer vi gikk sammen. Oda var ikke den som var lett å få med på turer i starten. For meg så det ut som om Oda hadde kjennetegnene på det Berge og Repål (2010) skriver som klassiske tegn på en lettere depresjon. Tristhet, nedstemthet, tretthet og redusert energi som er klassiske tegn på depresjon. Dette var lett gjenkjennelig med Oda. Oda uttalte også at hun følte på maktesløshet.

Oda ble med på tur en dag hun følte seg «lettere». Det var den dagen jeg opplevde at vi "fant" samspillet. Vi snakket lett sammen. Når Oda fortalte noe, sa jeg ikke imot henne, men jeg fortsatte å lytte til henne. Jeg tenker her at jeg har vist Oda respekt for hennes oppfatning av tilværelsen og jeg opplevde at vi dermed fant et gjensidig samspill. Kanskje Oda hadde funnet en trygghet ovenfor meg? Jeg kunne ha startet med å stille Oda motspørsmål, når hun fortalte meg noe. Det kunne ha gjort henne usikker, og dermed ikke gjort henne trygg på meg. Siden jeg valgte å lytte og være støttende ble det nok enklere for oss å snakke sammen etter at kunst- og uttrykks terapistimen var over.

Hva som skjedde den dagen vi var ute og gikk tur vet jeg ikke? Det kan være at Oda følte at vi snakket lett sammen, og at det var derfor hun åpnet seg til meg. Eller det kan være at hun bare følte for å prate, og at jeg var nærmest henne der og da. Mine planer på turen var å få bygge en relasjon mellom oss. Grunnen til at jeg valgte turen ut, var at forholdene er mer åpne ute i naturen, og dermed blir praten ofte mer fri. Når praten blir fri, er det også lettere å åpne seg, uten at helsefagarbeideren stiller krav om det. Dermed gikk samtalen på Oda sine premisser. Oda føler seg dermed kanskje ikke utspurt, og hun kunne dermed få en følelse av at hun kunne stole på meg. Å bygge relasjon på denne måten, kan føre til et godt terapeutisk samarbeid. Som videre kan danne grunnlaget for om jeg kan anvende kognitiv terapi i vårt samarbeid.

En måte å føre en samtale på er å bruke sokratiske spørsmål, og få en sokratisk dialog. En sokratisk dialog er som Vatne (2006) skriver, en utforskende måte å spørre på. Grunnen til utspørringen er å identifisere hvordan pasienter tenker, og kanskje se et mønster i tenkningen. Samtidig som en viser at en er interessert i hva pasienten sier. Som når Oda fortalte om sin tunge dag. I stede for å ikke spørre mer om hvorfor dagen var tung, valgte jeg å bygge videre med å spørre henne hvorfor hun hadde en tung dag. Ved å spørre henne om det, viser jeg interesse for det Oda hadde å fortelle, og ikke avviste henne. Som igjen viser at jeg er interessert i henne, og jeg viser at jeg hører hva hun sier.

Det er her viktig å presisere som Berge og Repål (2011) skriver at en allianse ikke er nok til å bedre en posttraumatisk lidelse, men den vil være viktig i starten får normalisere de posttraumatiske reaksjonene.

4.2 Negative automatiske tanker

I følge Berge og Repål (2010) er det de automatiske negative tankene som setter i gang våre følelser og handlinger, og en viktig del av den kognitive terapien er å identifisere de negative automatiske tankene. En kan forklare at de negative automatiske tankene er ufrivillige, automatiske, spesifikke og avhengig av situasjonen man er i. I tilfelle til Oda så var dagen jeg beskriver i narrative en tung dag. Oda fortalte meg at dagen var tung i det samme kunst- og uttrykksterapitimen startet. Noe som gjorde meg nysgjerrig, og dermed spurte Oda om hvorfor dagen var tung. Som beskrevet i narrative viser jeg her et utdrag fra samtalene mellom Oda og meg etter timen:

T: «Hvorfor er dagen tung?»

O: «Fordi jeg snakket med mannen min»

T: «Hva snakket dere om?»

O: «Hva jeg skal gjøre når jeg kommer hjem, og butikken jeg jobbet i er lagt ned. Jeg kommer ikke til å få meg ny jobb.»

T: « Hvorfor kommer du ikke til å få ny jobb tror du?»

O: «Ingen vil ansette meg, jeg kommer til å visne bort, slik som blomstrene på bildet»

For å komme frem til de negative automatiske tankene må man identifisere dem. Og det er det som blir helsefagarbeideren sin oppgave her. For å nå frem til den automatiske negative tanken, vil jeg gå ut i fra en aktuell situasjon. For Oda var det at butikken hun jobbet på har blitt lagt ned, og at hun ikke kom til å få seg ny jobb. Jeg kunne her ha vært enig med Oda, at det kom til å bli vanskelig for henne å få ny jobb. Som igjen kunne ha ført til at Oda hadde stagnert, og ikke klart å se håp. I stedet tok jeg i bruk skaleringsmetoden. Det er en av flere måter som kan brukes for å identifisere de negative automatiske tankene. Jeg spurte henne om hvor sikker hun var på at hun ikke kom til å få seg ny jobb. Hun skulle sette det i en skala på 0- 100 % som er anbefalt i boken til Nielsen og von der Lippe (2002). Der 0 % er at hun ikke vet om hun får ny jobb eller ikke, og 100% er hun helt sikker på at hun ikke får ny jobb. Målet med en slik skalering er å komme så langt at klienten selv begynner å tvile på sin tolking. Men jeg følte ikke at Oda tvilte på sin tolking. Da hun svarte at hun var 100 % sikker på at hun ikke fikk ny jobb. Det kunne virke som at Oda trengte mer tid. Noe som gjorde at jeg stoppet noe opp for ikke å gå for raskt frem. Videre uttalte Oda at hun ikke duger til noe, det får meg og til å tenke på de sekundære levereglene. De sekundære levereglene er mer spesifikke en de primære levereglene, og aktiveres i spesielle situasjoner om hvordan vi oppfatter oss selv, omverden og fremtiden. Oda oppfatter seg selv her som at hun ikke duger til noe, som igjen skaper problemet, at hun ikke kommer til å få noe ny jobb. Den sekundære leveregelen her blir som følgende: "Jeg har ingen jobb, og jeg duger dermed ikke til noe og jeg er dermed mislykket". Her ser man at Oda har en negativ leveregelen. Det er her den psykiske helsearbeideren får sin oppgave, nemlig å få pasienten til å erindre håp i form av kognitiv tilnærming. For at terapeuten skal komme seg inn på pasienten, bruker terapeuten informasjon fra barndommen, nåværende problemer, tanker og følelser som er

innhentet tidligere i forløpet. Denne informasjonen er innhentet ved kartlegging i samtale med Oda. Som skrevet tidligere er målet med kartleggingen å finne de automatisk negative tankene, for så å sette ord på dem. Under kartleggingen får man oversikt over familie- og jobbsituasjonen, og det sosiale nettverket. Oda var veldig åpen ovenfor meg. Årsakene til hvorfor hun var åpen kan være mange. Oda har vært innlagt tidligere, og her dermed noe lettere å fortelle om familie og bakgrunnen sin. Men som beskrevet under drøftingskapitlet om terapeutisk samarbeid, fikk vi en god relasjon. Mange synes kartleggingen av de automatiske negative tankene er noe av de vanskeligste i den kognitive terapien, da den lett blir overfladisk. Noe det ikke ble for meg, da Oda og jeg hadde en god kommunikasjon.

Eksempel på spørsmål som jeg brukte under kartleggingen var relatert til tegningen hun tegnet.

T: « Hvilke farger har du brukt i dag Oda?»

O: «Mørke og dystre farger»

T: «Hvorfor det?»

O: «Dagen i dag er tung»

T: « Jeg ser du har brukt litt gul, hvorfor det?»

O: «Det er en sol, og den skaper håp»

T: «Er det en grunn for at den er plassert rett ovenfor huset?»

O «Ja, det er hjemmet mitt, og det er de skaper håp og trygghet for meg».

I stede for å stoppe opp når Oda fortalte om de dystre fargene, valgte jeg å få henne til å fortelle om den litt mer positive fargen hun hadde brukt. Hvis jeg hadde stoppet opp ved de mørke og dystre fargene, ville Oda kanskje ha tenkt mer på betydningen av det negative, uten å kunne ane håpet. Siden min oppgave som psykisk helsearbeider er å skape troen på håp gjennom å anvende kognitiv terapi, ba jeg Oda å fortelle meg mer om de positive fargene hun hadde brukt. Ved å fortelle meg om den gule solen som skinte på huset hennes, som hun sa var håpet hennes, kunne hun bli mer observant på å se at faktisk så håp. Hun kunne

tenke annerledes ved å legge vekt på andre ting og resonnementer. På den måten ble en positiv refleksiv prosess åpnet hos Oda.

En ser også her tegn som er klassiske for personer med depresjon. Oda har et dystert syn på fremtiden, ved at hun ikke kommer til å få ny jobb. Og ved å ha en negativ leveregel kommer håpløsheten igjen frem.

Vi snakket så videre om det å visne, som Oda har inntrykket av kommer til å skje med henne. Det kom her frem at hver gang hun følt hun «blomstret» fikk hun en «smell» som fikk henne til å assosiere seg med blomster som visner. Slik som hun hadde tegnet på bildet. Det jeg leser ut fra denne reaksjonen er at noen av de automatiske negative tankene til Oda er situasjonsbestemte. Hvorfor Oda assosierte med å gå på en "smell" med å visne slik som blomstene på bildet, er vanskelig å si noe eksakt om. Jeg tenker at det kan være for at det er for ubehagelig å snakke om og lettere kan uttrykkes billedlig, eller at situasjonen Oda var i der og da stemte til bildet og det hun tenkte. Det kan og være at situasjonen forandret seg etter at time var ferdig, og dermed ble ikke tankene så tilgjengelige igjen. Dette viser igjen at de automatiske negative tankene er kortvarige og ofte lite gjennomtenkte.

4.3 Bearbeiding av leveregelen

I boken til Nielsen og von der Lippe (2002) blir det påpekte at leveregelen er en oppfatning av deg selv og forholde til andre. De fleste levereglene danner seg i barndommen. Og som blir beskrevet fra Berge og Repål som den primære leveregelen. Oda hadde i en tidligere samtale fortalt om det seksuelle misbruket Onkelen gjorde mot henne i 6- 7 års alderen. Det er det som er traumet og årsaken til depresjonen Oda sliter med nå. Som Berge og Repål (2011) skriver er posttraumatiske stresslidelser senskader som i alvorlig grad svekker pasienten evne til å håndtere hverdagen som stammer fra barndommen Oda forteller til meg at det er disse traumene som gjør at hun nå ikke helt stoler på sin svigersønn.

Grunnen til dette kan være at barnebarnet hennes nå er 6 år, og at hun er redd for at svigersønnen skal skade barnebarnet. Slik som det hendte med henne. Det får meg her til å tenke på de sekundære levereglene, og det er dette Berge og Repål (2011) kaller for påtrengende minner. Oda var 6 år da traumene hendte. Det samme som barnebarnet er nå.

Berge og Repål (2011) beskriver også en kroppslig aktivering, som irritabilitet, sinne og vansker med å konsentrere seg. Dette er kjennetegn man ser ved personer med diagnosen bipolar type II og som kjennetegnes ved episoder med overaktivitet, som man selv nekter for. Den bipolare spektrum lidelsen kjennetegnes ved nedstemthet og vilje- og tankehemming. Og ikke minst evnen til å glede seg. Personer som lider av dette kan også virke som å ha noe unormal høyt humør, og overskudd.

Det er den psykiske helsearbeideren sin oppgave, i samarbeid med pasienten, å identifisere og utforske sammenhengen mellom leveregelen, følelser, negative tanker og feiltolkninger. Ved sammen å fremholde og analysere den informasjonen jeg hadde fra tidligere opp mot bilde Oda hadde tegnet, åpnet vi for en samtale.

Under ser man et utdrag fra samtalen mellom meg og Oda.

T: «Kan du forklare menneskene på tegningen?»

O: « Det er min mor og meg. Jeg gråter, men mor bryr seg ikke.»

T: «Hvor gammel er du på tegningen?»

O: «6 år, den alderen da alle blir skadet»

T: «Du sier alle blir skadet. Hvorfor blir alle skadet når man er 6 år?»

O: «Det var så gammel jeg var da stefar startet overgrepene på meg, og nå er jeg redd for at min svigersønn skal skade barnebarnet mitt. Han er også 6 år nå»

Det som blir viktig for terapeuten er å få frem en alternativ tolking. For eksempel spørre om hun tror at andre kan ha andre oppfatninger. Det gjør man for å forsøke å få pasienten til å få et mer nyansert bilde. Ikke «alle» blir skadet i 6 års alderen. Jeg spurte Oda om hun visste om ektemannen hennes hadde blitt skadet i 6 års alderen, det hadde han ikke sa hun. Jeg kunne her også ha spurt om hun viste om andre som hadde blitt skadet i den aktuelle alderen. Men jeg valgte her å ikke gå videre på den delen, da det viste seg å være et vanskelig tema å snakke om. Hvorfor det var vanskelig vet jeg ikke, det kan være at jeg hadde gått for raskt frem. Men jeg fikk inntrykk av at Oda kanskje åpnet litt for at ikke alle blir skadet i den alderen. Hun sa: "det virker som om barnebarnet mitt har det bra". Oda ser her kanskje noen feiltolkninger hun gjør, og man kan se et lite glimt av håp. Det er dermed sådd litt tvil i om Oda sin tolking er riktig, som er noe av den psykiske helsearbeideren sin oppgave i kognitiv terapi. Jeg følte også at Oda begynte å

åpne for å sette ting i perspektiv og om antagelsen hun har er riktig eller ikke. Da ved uttalelsen hun hadde om at barnebarnet så ut til å ha det bra. Det er svært viktig å gjøre Oda bevist over feiltolkningen hun her gjør. Slik at hun ikke bygger videre på feiltolkningene, og får enda flere negative tanker. Jeg fikk og en følelse av at Oda hadde en liten åpning ved at hun erkjente livserfaringer som ikke støtter levereglene hun hadde.

4.4 ABC- modellen

En terapeutisk modellen som er fin å jobbe ut i fra i kognitiv terapi, er ABC- modellen. Ved å bruke denne modellen kan man jobbe strukturert, noe som er svært sentralt i denne terapiformen. Får man ikke struktur i tankene sine, kan det bli vanskelig å bearbeide de negative automatiske tankene. Hos Oda ble det viktig å jobbe med strukturen og det kunne til tider virke som at hun vandret mye i tankene sine. For i det ene øyeblikket snakket hun om at alle barn ble skadet i 6 års alderen, og i neste øyeblikk snakket hun om at dagen var tung etter at hun hadde snakket med ektemannen.

Ut i fra denne samtale satte vi oss ned sammen for å skrive ned det Oda tenkte. Grunnen til at vi satte oss ned sammen første gangen var for at følelsene kan også vekke negative automatiske tanker. Man kan blir redd for aldri å få kontroll over de negative tankene. Og pasienten kan føle på en håpløshet. Noe man ikke merket noe av hos Oda. Det kan være fordi Oda har mye trening i å snakke med terapeuter, da hun har vært innlagt før.

Vi startet på punkt C i modellen omhandler følelser knyttet til tolking av hendelsen. Her var at Oda hadde snakket med ektemannen, det skapte mye sinne og fortvilelse hos Oda, som da er følelsen, knyttet til hendelsen. Dette var noe Oda selv betrodde til meg, som igjen gjenspeiler relasjonene mellom oss. Det virket for meg som om hun ble usikker, og det virket som hun hadde en spørrende undertone, «kan jeg stole på mannen min når han snakker med mor?», «Har de rottet seg sammen mot meg, når de snakket sammen?» osv. Jeg tenkte her at vi sammen må gå videre.

Vi gikk videre til B punktet i modellen, som er tanket om kring hendelsen, her skulle Oda skrive ned tankene om hendelsen. Som var fortvilelse, sinne og usikkerhet, både ovenfor ektemannen og sin mor. Hvorfor hun var usikker på sin ektemann er ukjent. Men det kan virke som om hun ble usikker på ektefellen, og

når han hadde snakket med moren til Oda. Noe som Oda også skrev ned. Videre fortalte Oda at hun fikk en følelse av å «visne», sinne, og skuffelsen av aldri å være bra nok. Hvorfor Oda fikk følelsen av å visne fikk jeg ikke helt fatt i, det kan være fordi hun følte hun aldri var bra nok for mor, eller at mor rett og slett krevde mye av Oda, slik at hun ikke fikk følelsen av å strekke til. Sinne og skuffelsen fortalte hun heller ikke så mye om, men jeg tror de følelsen kom på grunn av usikkerheten Oda følte på etter at ektefellen og moren hadde snakket sammen.

Videre gikk vi til A punktet i modellen, som er selve hendelsen. Selve hendelsen her var at ektefellen og moren til Oda hadde snakket sammen. Hva som skjedde vet jeg ikke helt, men det virker som at Oda hadde en overgeneralisering, som fikk henne til å tro at ektefellen og moren hadde «rottet» seg sammen mot henne, siden de hadde snakket sammen. Jeg spurte om hun hadde noen grunn til å tro det, da for å så tvil hos henne. Det ville ikke Oda svare på. Spørsmålet jeg som terapeut satt igjen med var da, hadde jeg gitt Oda noe å tenke på? Men det fikk jeg ikke svar på

Siden jeg og Oda hadde fått en god relasjon, gikk jeg videre på punkt D i modellen. Det punktet legger vekt på de alternative tankene. Berge og Repål (2011) omtaler det som et punkt som man alltid jobber sammen om med depressive pasienter. Dette fordi det kan være vanskelig å se alternative måter å tenke på alene, da tanken ofte er fastlåst, og man klarer ikke å se det alternative. Da jeg spurte Oda om hun kunne se ting på en annen måte, etter at vi hadde skrevet ned og systematisert tanke hennes, tenkte hun lenge. Før hun svarte. *«Ja, familien min er viktig for meg, ser du ikke at jeg har tegnet en sol over huset mitt»* På den måten følte jeg at Oda utvidet sitt "synsfelt" til å kunne "se" noe alternativt den dagen. Jeg følte dette fikk henne til å se antydning til et glimt av håp.

Som Berge og Repål (2011) påpeker er det svært viktig med hjemmeoppgaver. Disse oppgavene er viktig for trene på ulike måter å mestre på. Og er dermed en form for selvhjelp, som er viktig i den kognitive terapien. Disse oppgavene kan være fra alt til å lese noe, skrive om noe eller lytte til noe. Oppgaven Oda og jeg ble enig om, var at Oda skulle tegne noe med lys friske farger til neste samtale vi skulle ha, grunnen til det var at vi da kanskje kunne snakke om håpet, slik som solen over huset, som hun hadde tegnet. Det var her Oda som kom med forslaget om hva hun kunne gjøre til neste time. Allerede her ser man at Oda tar initiativ, som viser at hun har lyst å tro på det hun gjør. Hadde ikke Oda kommet med noen form for initiativ kunne det ha vist at Oda ikke var klar for en kognitiv terapi, eller

det kunne ha vist at hun trengte mer tid. Vi ble også enig sammen at vi skulle sette oss ned å systematisere tanker, ut i fra ABC modellen, slik at hun fikk trening i å bruke den. Abc- modellen vil kanskje da ikke være så skremmende å bruke når hun kom hjem, og hun hadde behov for selvhjelp.

5.0 KONKLUSJON

Jeg har i denne oppgaven sett på hvordan kognitiv terapi kan anvendes for pasienter som lider av depresjon. Det meste av teorien er generell, men er lett gjenkjennelig i avdelingen jeg var i min kliniske praksis.

Jeg har hovedsakelig ved hjelp av kognitiv terapi, prøvd å vise hvordan en kan anvende kognitiv terapi til bedring hos pasienter som lider av depresjon.

Et svar på min problemstilling «Hvordan kan psykisk helsearbeidere anvende kognitiv terapi, bidra til bedring hos deprimerte pasienter?» Som jeg prøve å viser ut i fra min drøfting er kognitive terapien, et godt redskap for selvhjelp, både i avdeling og når man er hjemme. Men det er svært viktig med en god terapeutisk relasjon, fra starten, slik at pasienten vet at han har noen å støtte seg på, om han blir redd for sine tanker, noe som lett kan skje når man skal finne frem i sine negative automatiske tanker, og når man skal bearbeide leveregelen. Man vil kanskje bli redd tankene man har hatt, eller de ny tankene man får. Jeg har og fått sett at Oda aktiv har brukt ABC- modellen, og dermed fått sett at det er en god måte å få «sett» tanken på. Da man skriver ned både, følelser knyttet til tolking av hendelsen, tanker om kring hendelsen, og selve hendelsen.

Til slutt blir det Oda sitt valg om hun føler seg klar til å bruke den kognitive terapien, eller om hun ser nytten i å bruke den. Jeg som psykisk helsearbeider startet å hjelpe henne et stykke på veien, for å lære henne å anvende terapi formen, noe Oda gav uttrykk for at hun likte. Hun uttalte da jeg dro at hun nå såg håpet, og at hun gledet seg til å jobbe videre.

Litteraturliste

Berge, Torkil., Repål Arne. (2010). Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Berge, Torkil., Repål Arne. (2011). Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Haugsgjerd, Svein., Jensen, Per., Karlson Bengt., Løkke, Jon A. (2009). Perspektiv på psykiske lidelser. Oslo: Gyldendal norske Forlag AS

Malt, Ulrik F., Retterstøl, Nils., Dahl, A. Alv (2007). Lærebok i psykiatri. 2. Utgave, 2003, 5. Opplag 2007. Oslo: Gyldendal norske forlag AS

Nielsen, G.H., Von der Lippe, A.L.(red.),(1993). Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis. Oslo: Tano

Psykoterapi og veiledning. 2010. Tema: psykoterapi. <http://www.psykoterapeut.no> (Lest 10.02.2012)

Vatne, Solfrid. (2006). korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi. 1.utgave, 3. Opplag 2009. Oslo: Gyldendal norske forlag AS