



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan kognitiv terapi bidra til å forstå og hjelpe eldre mennesker med depresjon?

Tone Marita Male

Totalt antall sider inkludert forsiden: 30

Molde, 21.04.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: 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 godkjennelse.

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 21.04.2016

Antall ord: 9304

Sammendrag

Jeg jobber i et kommunalt psykiatrisk bofellesskap, der bor beboere som på hver sin måte sliter med depresjon. Jeg opplever at det kan være vanskelig å motivere beboerne til at de skal få det bedre og komme seg ut av den negative tankegangen. I denne oppgaven har jeg undersøkt og drøftet hvordan man kan anvende kognitiv terapi for å forstå og hjelpe mennesker, også eldre, som sliter med depresjon. Så vidt jeg har erfart, kan det være utfordrende å bruke denne terapiformen på min arbeidsplass, med tanke på at vi ikke får til faste samtaler, det er til tider tidspress, ingen dager er lik og andre beboere kan kreve stor plass. Likevel tror jeg at vi kan dra nytte av elementer fra kognitiv terapi for å hjelpe beboere med depresjon. Kanskje går det bedre enn forventet tross utfordringene jeg mener vi har? Jeg har valgt å skrive om en kvinne som jeg har kalt Sara, hun lider av en depresjon. Hun er 76 år gammel, og jeg ønsker å undersøke om kognitiv terapi også kan hjelpe mennesker som er eldre. I diskusjonsdelen har jeg drøftet hvordan jeg kan bruke kognitiv terapi til å forstå og hjelpe Sara. Jeg har i oppgaven skrevet teori om depresjon, depresjon og eldre, og kognitiv terapi knyttet til depresjon og eldre. Jeg har brukt Becks depresjonsmodell, han mente at tidligere opplevelser vi har kan gjøre at vi utvikler negative levereregler/skjema, og at enkelte situasjoner kan utløse negative automatiske tanker. Dette kan føre til depresjon hvis det får utvikle seg. Dette har jeg beskrevet nærmere i teoridelen min. Jeg har også beskrevet ABC-modellen i teorien.

Relasjonen til Sara må være god, nær og trygg uansett hvilket perspektiv jeg velger. Dette er viktig for å få til en endring. Nærhet er viktig også i kognitiv terapi, det vil ikke være nok å være ekspert, komme med metoder og «løsninger» hvis ikke Sara er trygg på meg. Dette er også mine erfaringer i arbeidslivet. Kognitiv terapi er åpenbart en god tilnæringsmåte med tanke på forståelsen og behandlingen av mennesker med depresjon, men jeg tror også at andre behandlingsformer kan være effektive. Kanskje man også kunne prøve en kombinasjon av kognitiv terapi, for eksempel en systemisk tilnærming. Familie og nettverk kan være viktige bidragsyttere for at mennesker med depresjon kommer seg videre. Verdens helseorganisasjon har slått fast at depresjon er en av de ledende årsaker til sykdom i verden. Depresjon er en av de viktigste grunnene til arbeidsfravær, sykemelding og uførhet. Det er ikke bare personlige lidelser og tap av livskvalitet som er forbundet med depresjon, men også økonomiske og samfunnsmessige omkostninger.

1.0	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling	2
2.0	Teori	2
2.1	Depresjon.....	2
2.1.1	Aldring og depresjon.....	3
2.2	Den kognitive depresjonsmodellen	5
2.2.1	Negative automatiske tanker	5
2.2.2	Feilfortolkninger	6
2.2.3	Leveregler/Skjemaer	7
2.3	Kognitiv terapi.....	9
2.3.1	Den terapeutiske alliansen.....	9
2.3.2	Empati	10
2.3.3	Terapi – et samarbeidsprosjekt.....	10
2.3.4	ABC-modellen	11
2.3.5	Mestringsstrategier	12
2.3.6	Kasusformulering.....	12
2.3.7	Sokratisk spørring	13
2.3.8	Metakognisjon.....	13
2.4	Kognitiv atferdsterapi for depresjon og angst hos eldre.....	14
3.0	Empiri	16
4.0	Diskusjon	19
5.0	Konklusjon	23

1.0 Introduksjon

Jeg ønsker i denne oppgaven å se nærmere på kognitiv terapi og depresjon, også i forhold til eldre. Jeg jobber i et kommunalt psykiatrisk bofellesskap og møter til daglig depresjon. Alle våre beboere har en grad av depresjon, men jeg har valgt å skrive om en kvinne som jeg her kaller, «Sara», som jeg føler har fått god kontakt med. Jeg ser hvor «hemmet» Sara blir av sin depresjon, og at det preger hennes livskvalitet. Det er heller ikke lett som miljøarbeider å være vitne til hvor mye Sara sliter i hverdagen sin. Jeg føler meg til tider hjelpeløs og lurer på hva jeg skal si og gjøre for å hjelpe. I mine samtaler med Sara sier hun ofte at hun ikke greier å se glede i noe lenger, og at hun ikke finner noe mening med livet.

Helsedirektoratet (2016) opplyser at verdens helseorganisasjon har slått fast at depresjon er en av de ledende årsaker til sykdom i verden. Depresjon er en av de viktigste grunnene til arbeidsfravær, sykemelding og uførhet. Det er ikke bare personlige lidelser og tap av livskvalitet som er forbundet med depresjon, men også økonomiske og samfunnsmessige omkostninger. Berge og Repål (2005) hevder at depresjon har fulgt oss gjennom historien, og at vi i utallige steder i verdenslitteraturen finner den beskrevet med ord vi også kjenner igjen i dag. Felles beskrivelse fra oldtiden, opp gjennom middelalderen og frem til nyere tid er hvordan mennesker med depresjon blir passiv, tappet for energi, og urimelig negativ eller pessimistisk. Depresjon kjennetegnes av energimangel og nedstemthet som ikke gir slipp. Det anslås at 100 000 eldre mennesker lider av depresjon (Engedal 2006).

Berge og Repål (2004) informerer om at den mest innflytelsesrike bidragsyter til kognitiv terapi er den amerikanske psykiateren Aaron T. Beck. Jeg vil skrive om hans kognitive depresjonsmodell i teoridelen min. Ved bruk av kognitiv terapi er det et mål å styrke beboerens ferdighet til å identifisere selvdestruktive onde sirkler. I selve terapien gjøres beboeren oppmerksom på virkningen av angstfremkallende, selvkritiske og pessimistiske tankemønstre. Terapeut og beboer drøfter mulighet for ulike tenke- og handlemåter. Det dreier seg om gjensidig samarbeid, hovedsakelig slik problemene oppleves for beboeren, og det er beboerens opplevelse av sin situasjon som står i sentrum. Kognitiv terapi handler altså om samarbeid, problemløsning og endring i tenke- og handlemåter.

Litteraturen jeg har brukt i denne oppgaven har jeg funnet gjennom pensumlitteratur og ved å søke på biblioteket sin side Orio, ordene depresjon og kognitiv ble da brukt. Jeg brukte også, depresjon, kognitiv og eldre i søk på internett. Jeg søkte også på engelsk, der cognitive, depression og elderly ble brukt.

1.1 Problemstilling

Overordnet:

Forståelse av depresjon i et kognitivt perspektiv

Hvordan kan kognitiv terapi bidra til å forstå og hjelpe eldre mennesker med depresjon?

Depresjon og kognitiv terapi er et meget aktuelt tema, og jeg vil se om dette er noe som kan hjelpe. Jeg vet at det er gjort mye forskning som viser positiv virkning, men er det så enkelt som teori og forskning viser? Hvordan kan man i praksis tilrettelegge denne behandlingen for en eldre person i en kommunal setting? Dette håper jeg på å få mer kunnskap om i denne oppgaven. Hensikten blir derfor å demonstrere et sannsynlig opplegg samt drøfte ulike utfordringer en vil stå overfor.

2.0 Teori

2.1 Depresjon

Ifølge Helsedirektoratet (2016) har til enhver tid, mellom 6-12 prosent av befolkningen en depresjon som gir både kroppslige og psykiske symptomer. Medikamentell behandling skal, ifølge retningslinjene, ikke være førstevalget ved behandling av mild til moderat depresjon. Berge og Repål (2005,7) fremholder at depressive lidelser er som tyver som tar lykken fra mennesker. Depresjonen stjeler selvtilliten, energien og livslysten. Man mister evnen til å være glad, men også evnen til å føle sorg. Berge og Repål (2005, 14-15) anfører videre at depressive lidelser er fellesbetegnelse på flere tilstander, der de mest vanlige symptomer er senket stemningsleie, overdreven negativ tenkning, manglende overskudd og initiativ, søvnevansker, irritabilitet, uro og angst. WHO, verdens helseorganisasjon, hevder at det årlig er over 300 millioner mennesker som sliter med depressive lidelser.

Deprimerte mennesker sliter med uforklarlig energimangel og alt kan føles som et ork. Mange plages av søvnproblemer, enten for lite eller for mye. Noen kan trøstespise, mens andre har dårlig matlyst. En del mennesker sliter med vedvarende smerter, kvalme, svimmelhet og fordøyelsesproblemer. Mange blir da redd og bekymret for at de er alvorlig syke. Deprimerte mennesker føler seg også triste og motløse, noen kan si at de føler seg tomme innvendig. Tankene preges av et negativt syn på seg selv, verden og fremtiden.

«Hvorfor er jeg deprimert?» er et viktig spørsmål for mange som sliter med depresjon opplyser Berge og Repål (2005, 26). Noen finner svar som forklarer, mens andre ikke forstår hvorfor dette skjer dem. Årsaken er ulikt fra menneske til menneske. Det er flere veier inn i en depresjon. I følge Snoek og Engedal (2006, 81) er årsakene til depresjon sammensatte og dermed på sett og vis ukjente. Likevel kan det se ut som at både arvelige faktorer, biologiske og psykososiale forhold i ulik grad spiller en rolle både behandlingsmessig og som årsaksfaktorer. Berge og Repål (2005, 38) mener det blir viktig å forsøke å få snudd onde sirkler til gode sirkler i retning av mer energi og større tro på seg selv. Depresjonen ernærer seg på skamfølelse og hemmeligholdelse. Det å trekke seg tilbake, inn i private rom, styrker depresjonen. Depresjonen kan bekjempes ved å ikke bære problemene alene. Helsedirektoratet (2016) mener at kognitiv terapi har vist seg å være effektiv i behandling av depresjon, der personen lærer seg bevisst på å ta tak i negative tankemønstre. Kognitiv terapi retter seg mot hjelp til problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handling og følelser. Et viktig mål er å påvirke selvforsterkende onde sirkler som opprettholder depresjonen gjennom å kartlegge vanskelige situasjoner, utforme aktiviteter som gir opplevelse av mestring og tilfredstillelse, utforske og eventuelt endre negative og hemmende tankemønstre, samt stimulere til økt kontakt og forebygge tilbakefall.

2.1.1 Aldring og depresjon

Ifølge Engedal (2006) rammer depresjon mange eldre, han hevder at 100 000 eldre lider av en depresjon. Mange søker ikke behandling fordi de ikke selv forstår at de er deprimert eller fordi mange kan tenke; «det er sikkert ikke noe å gjøre med det». Professor i alderspsykiatri, Knut Engedal, anfører i denne artikkelen at det er god hjelp å få mot depresjoner i alderdommen. Depresjon hos eldre kan ha et annet forløp eller en endret uttrykksform enn det som sees hos deprimerte yngre mennesker. Symptomene kan være

maskert ved at personen fastholder energisk at det foreligger en somatisk sykdom med magesmerter, hodepine og lignende. Vektendring, søvnforstyrrelse og manglende appetitt kan være andre symptomer på depresjon blant eldre. Tap av energi og interesser observeres oftere blant deprimerte i de eldre aldersklasser. En del eldre med depresjon feildiagnostiseres som personer med demens, men oftest er det klare forskjeller på de to tilstandene. Den eldre deprimerte vil ofte overdrive sine plager, mens den demente prøver så godt han/hun kan å dekke over hukommelsessvikten og å bagatellisere problemene. Det er viktig å tenke på depresjon ved mistanke om aldersdemens og ved ukarakteristiske kroppslige plager, hvis ikke kan man risikere at mange ikke får den behandlingen som kan hjelpe. Hvis personlighetstrekk forandres bør en være observant, som at den eldre blir irritabel og interesseløs. Vanlige symptomer som man bør være oppmerksomme på er når personen mister energi, føler seg trett og ikke har initiativ og evne til å gjøre det han/hun har gjort før. I følge Knut Engedal er det at mange kommer inn i en negativ sirkel det viktigste symptomet. Noe som kan føre til at eldre blir deprimert er hvis han/hun rammes av en fysisk sykdom, blir mindre mobil og må ta imot hjelp, noe som i seg selv ofte kan føles nedverdiggende, og de blir mer og mer isolert. Pårørende kan for eksempel tenke at det ikke er rart at deres nære er deprimert etter så mye motgang de har hatt i livet. Engedal advarer mot bagatellisering når pårørende ønsker å bidra til at den depressive situasjonen bedres. Behandling er viktig, ubehandlet depresjon hos eldre kan gi alvorlige konsekvenser. Dersom man ikke behandler depresjon tilfredsstillende eller ikke følger opp depresjonsbehandlingen hos eldre, vil omtrent en tredjedel av dem gå alderdommen i møte med en betydelig nedsatt funksjonsevne og redusert livskvalitet.

I følge Snoek og Engedal (2006, 204) er sviktende helse, dårlig økonomi, tap av ektefelle, tap av nære pårørende og sosialt nettverk hyppige årsaker til depresjon hos eldre. Alvorlig tap i alderdommen kan for mange være så vanskelig å bearbeide og mestre at depresjonen kan vare livet ut. Depresjon blant eldre er i mange tilfeller altfor sjeldent identifisert, det kan være fordi helsepersonell ikke er flinke nok til å gjenkjenne symptomene på depresjon, på grunn av at det kan være vanskelig å skille depresjon fra det som mange oppfatter som vanlig sorgreaksjon i alderdommen. Eller fordi hverken personen selv eller helsepersonell kan skille depresjon fra ensomhet. Selv mennesker som har vært gjennom mange motbakker før i livet, kan få problemer når tapene tårner seg opp i alderdommen. Snoek og Engedal (2006, 208) hevder at mer enn 70-85 % mennesker med depresjoner som oppstår i alderdommen blir friske eller får vesentlig bedre funksjonsnivå ved riktig

behandling. Prognosen ser dårligere ut jo lengre depresjonen har pågått uten behandling og jo mer alvorlig tapet (som utløste depresjonen) har vært for de eldre. Eldre med ubehandlet depresjon har tre ganger så høy dødelighet sammenlignet med gjennomsnittet av eldre i befolkningen. Behandlingen hos eldre må alltid rette seg etter den utløsende årsaken til depresjonen dersom det er mulig. Eldre som er deprimert har lett for å komme inn i en negativ spiral, og ulike tiltak og behandlingsformer må ofte gjøres samtidig. Det fins i store trekk som for yngre mennesker fire ulike behandlingsstrategier; elektrostimulering (ECT), legemiddelbehandling, psykoterapi eller samtalebehandling og miljøbehandling. Snoek og Engeldal (2006, 210) mener at psykoterapi dessverre ikke er innarbeidet som en standard behandlingsmetode for eldre med depresjon, dette kan skyldes liten interesse hos helsepersonell. Alderisme, det å ha en negativ holdning til aldring er fortsatt utbredt blant helsepersonell. De fleste studier blant eldre har vært kognitiv atferdsregulerende terapi, og effekten av denne type psykoterapi er vist seg å være meget god. Mange deprimerte eldre mennesker har glede av å komme seg ut å treffe nye mennesker og oppleve ulike ting sammen med andre. Noe annet de kan ha glede av er å dra på tur, delta i felles aktiviteter, snakke sammen eller delta i felles aktiviteter.

2.2 Den kognitive depresjonsmodellen

Berge, Axelsen, Nielsen og Nordhus (2003, 29) mener at den sentrale antagelsen i Becks depresjonsmodell er at kognitive faktorer spiller en viktig rolle i utviklingen og opprettholdelsen av depresjon. Det er tre kognitive begreper han opererer med: Automatiske tanker, feilfortolkninger og skjemaer. Disse tre vil jeg beskrive nærmere.

2.2.1 Negative automatiske tanker

I følge Berge og Repål (2004, 13) kan det være vanskelig å registrere og holde fast på tankeaktivitet. For det første er vi ikke bevisst på hva vi tenker hele tiden. For det andre vil mange av tankene våre som for eksempel er knyttet til det vi hører, ser eller lukter, ofte ha et ikke-verbalt innhold, de fremstår ikke med ord. For det tredje kan negative tanker være vanskelig å gripe fatt i, fordi det er ubehagelig å gjenkalle dem. For det fjerde er tankene gjerne forbundet med situasjonen en er i akkurat der og da, de kan bli vanskeligere tilgjengelig når en ikke er i situasjonen. Ofte er slike tanker så korte at en ikke er klar over at tankene farer gjennom hodet. Slike tanker blir kalt «automatiske», det vil si at de er

selvdrevne. Automatisk negative tanker er da blitt en innarbeidet vane, og en godtar dem ureflektert som sanne og gyldige, de bare er der. Slike tanker kan komme som deler av setninger, korte ord eller fantasier/forestillingsbilder: «Ingen bryr seg om meg», «Alt er min feil» eller «Dette er farlig». Tankene vil ofte innebære en overvurdering av mulighetene for eller alvorligheten av en fryktet hendelse. De kan også innebære en undervurdering av egne mestringsmuligheter, eller det kan være andres muligheter for å vise forståelse eller yte bistand. Kognitiv terapi arbeider med å undersøke alternativer til disse negative indre samtalene. Gjennom samarbeidet, bygd på sokrates dialog, styrker personen tro på og evne til å løse problemene.

2.2.2 Feilfortolkninger

Berge, Axelsen, Nielsen og Nordhus (2003, 30) beskriver feilfortolkninger som ulike måter å misopfatte eller forvrengte informasjon på. Det finnes mange ulike feilfortolkninger som trer i kraft når negative skjemaer aktiveres. Noen av de viktigste feilfortolkningene ved depresjon er;

Diskvalifisering av det positive, det vil si at positive erfaringer og opplevelser blir bortforklart. Hvis noen prøver å fortelle en deprimert person at man setter pris på ham/henne, vil personen ofte diskvalifisere det ved å tenke: «Du sier det bare for å trøste meg».

Overgeneralisering, der man generaliserer fra en hendelse til alle hendelser. Hvis det skjer en gang, vil det alltid skje. Et eksempel på dette er hvis en person får kritikk for noe han/hun har gjort, og tenker: «Hun liker meg ikke, ingen liker meg».

Svart-hvitt tenkning, man tolker episoder som tegn på at man enten er smart eller dum, verdifull eller verdiløs, vellykket eller mislykket.

Tankelesing, der man leser andres tanker uten nødvendigvis ha holdepunkter for det. Hvis en person sitter på et rom sammen med andre, kan han/hun tenke: «De synes jeg er rar», uten at personen i det hele tatt har registrert om de legger merke til seg.

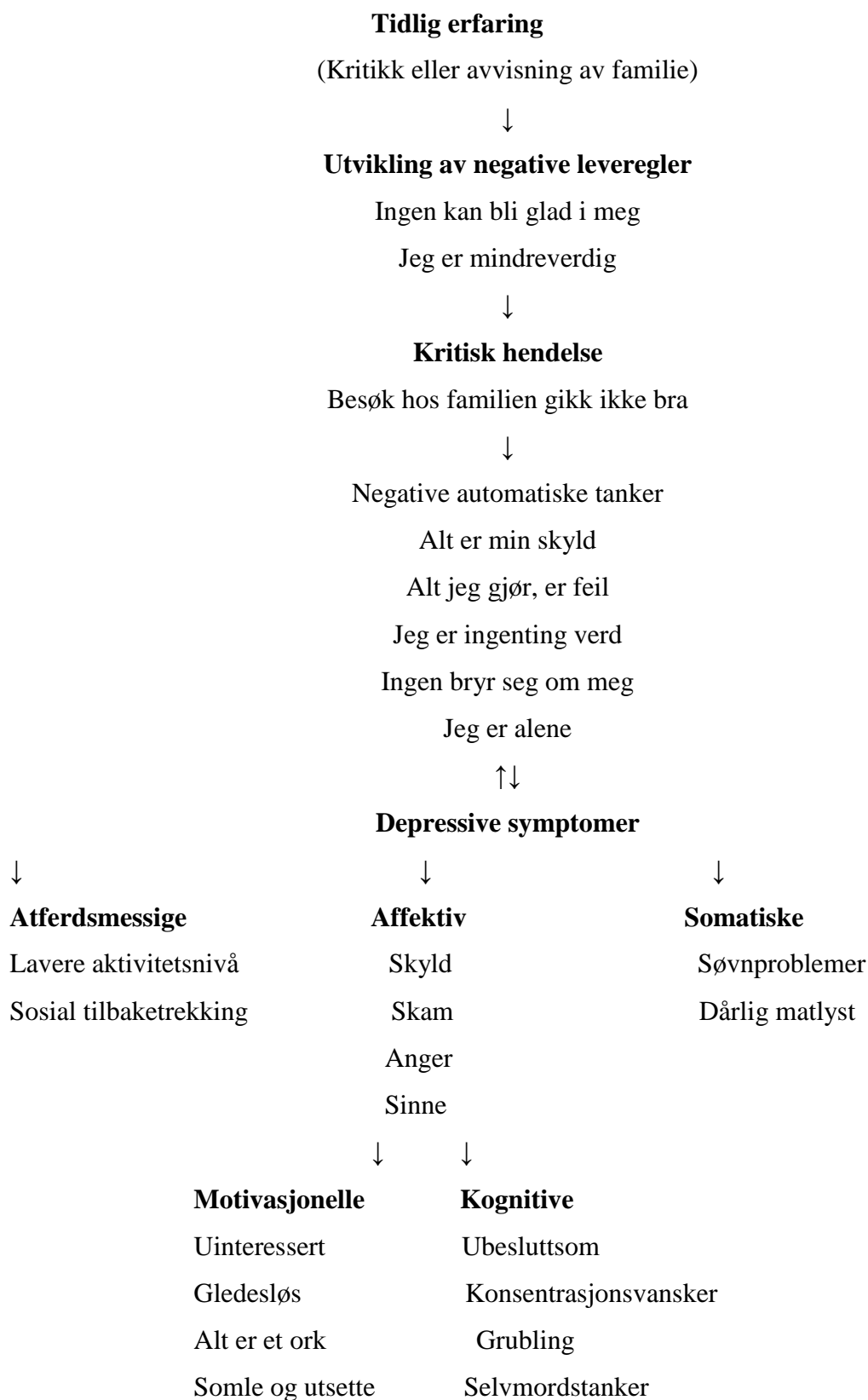
Negativ spådom, er der personen forutser at hendelser vil få et negativt utfall. Et eksempel kan være noen som skal i et selskap, og tenker på forhånd: «Jeg kommer til å kjede meg».

Personliggjøring, vil si at personen tar på seg ansvaret for hendelser som er utenfor hans/hennes kontroll. Når kjæresten kommer hjem fra jobb og er i dårlig humør på grunn av en krangel på jobb, tenker personen: «Han er sur på meg, jeg må ha gjort noe galt».

2.2.3 Leveregler/Skjemaer

I følge Berge, Axelsen, Nielsen og Nordhus (2003, 31-32) er den grunnleggende komponenten i Becks modell de såkalte skjemaer. Når det skjer en hendelse, vil skjemaer som har relevans for den aktuelle hendelsen bli brukt til å fortolke, klassifisere og analysere hendelsen. Innholdet i de spesifikke skjemaene har direkte innvirkning på personens tenkning, hukommelse og persepsjon. Beck var opptatt av de skjemaene vi bruker for å danne oss en oppfatning av oss selv, andre og vår samhandling med dem. Slike skjemaer kan kalles «leveregler». Vi etablerer slike leveregler først og fremst i løpet av barndommen, som et resultat av erfaringer. Mennesket med sin genetiske utrustning spiller en aktiv rolle i sin egen utvikling, og miljøerfaringer forsterker eller reduserer «naturlige» atferdstendenser. Dette betyr at det ikke er bare hendelsen i seg selv som påvirker, men også hvordan man tolker hendelsen, og hvordan han/hun velger å forholde seg til dem. Leveregler er stabile, men de ligger ofte latente og aktiveres i spesielle situasjoner. Når en negativ leveregel blir aktivisert, vil negative automatiske tanker strømme inn i bevisstheten. Personen kan da begynne å huske tapsopplevelser, feilfortolker hendelser og kan se mørkt på fremtiden. De negative tankene virker inn på humøret og bidrar til depressive plager. Atferdsmessige symptomer som lavere aktivtetsnivå og tilbaketrekking, motivasjonelle symptomer som tap av interesser og giddelesshet, kognitive symptomer som konsentrasjonsproblemer og ubesluttsomhet, samt somatiske symptomer som dårlig matlyst og søvnproblemer. Hvis depresjonen får utvikle seg, vil flere og mer intense negative tanker dukke opp. Det vil igjen føre til at personen blir mer deprimert, noe som kan gjøre at mer negativ tenkning blir aktivert. Personen vil da være inni en ond sirkel som er vanskelig å komme seg ut av.

Figur 1: Becks kognitive depresjonsmodell:



2.3 Kognitiv terapi

I følge Nielsen og Von Der Lippe (1993, 91) finnes det mange ulike former for kognitiv terapi. Jeg vil fokusere på den som er utviklet av Aaron. T. Beck. Becks kognitive terapi begynte å ta form i begynnelsen av 1960-årene som et resultat av hans forskning på depresjon. Berge og Repål (2004, 9) mener at ordet kognisjon er betegnelsen på menneskets kontinuerlig bearbeidelse av informasjon, det kan være hvordan vi tenker på, forestiller oss eller minnes en bestemt hendelse. Gjennom en stadig pågående indre samtale tenker vi over og ser for oss hva vi opplever, vi kommenterer våre handlinger og forestiller oss hva som kan komme til å skje. Vanligvis skjer dette uten at vi er helt klar over det. Snoek og Engedal (2006, 49) beskriver kognitiv terapi som en behandlingsform der man hjelper pasienten til å styre følelsene sine og reagere rasjonelt ved hjelp av kognisjon eller tankeprosessene, det vil si at en bruker personens bevisste tenkning til å skape en forandring. I følge Norsk forening for kognitiv terapi (2016) retter behandlingen seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Et viktig mål er å bryte selvforsterkende onde sirkler som opprettholder psykiske helseproblemer. En kartlegger vanskelige situasjoner, utformer aktiviteter som gir selvtillit og energi, utforsker og eventuelt endrer negative tankemønstre, stimulering til økt sosial kontakt og forebygging av tilbakefall. Kognitiv terapi er en godt dokumentert behandlingsmetode for mennesker med psykiske lidelser.

2.3.1 Den terapeutiske alliansen

Berge og Repål (2004, 47) anfører at den terapeutiske alliansen kjennetegnes med at terapeuten og beboeren er enige om terapeutens mål og hvilke metoder som brukes for å nå målene. Også kvaliteten på det emosjonelle båndet mellom dem, som grad av gjensidig tillit, akseptering og forståelse. Kvaliteten på båndet vil være avhengig av grad av enighet omkring mål og metode, og omvendt. Berge og Repål (2004, 11) mener at endringen av tenkemåte neppe vil skje hvis ikke grunnmuren for slikt arbeid, alliansen med personen, er sterk og trygg. Tillit er også viktig for at terapeuten skal få nødvendig kunnskap om personen det gjelder. Terapeuten må hele tiden sikre seg at alliansen er tilstede, og at de begge har en felles forståelse av hvilke problemer de arbeider med å løse.

2.3.2 Empati

I følge Berge og Repål (2004, 47) innebærer empati at terapeuten forsøker å forstå hvordan beboeren ser seg selv og sin verden, sette ord på sin opplevelse og så sjekke ut om en har oppfattet den andre rett. Empati er et sammensatt begrep med både emosjonelle, kognitive og kommunikasjonsmessige aspekter. Det dreier seg om å forstå den andres perspektiv, føle den andres følelser og formidle sin forståelse av den andre tilbake. Empati er en sentral faktor for å oppnå gode resultater. Det er først og fremst personens opplevelse av empati, og i mindre grad terapeutens vurdering, som er knyttet til resultatene av behandlingen.

2.3.3 Terapi – et samarbeidsprosjekt

Berge og Repål (2008, 42-44) mener at personen skal sikres mulighet til aktiv medvirkning i utredning og behandling. Dette samarbeidet er avgjørende for hvilket resultat som oppnås. Forfatterne beskriver videre om terapeutens bidrag i dette samarbeidsprosjektet. Det er store ulikheter i hvilke resultater terapeuter oppnår, selv om de bruker samme terapeutiske metode. Effekten er i stor grad knyttet til terapeutens stil og væremåte, eller «terapeuten som person». Beboere tilskriver gjerne positiv endring i terapi til personlige egenskaper ved terapeuten, og blant de mest studerte egenskapene finner man empati, varme og ekthet. Det er ikke manualen i kognitiv terapi i seg selv som virker, men terapeutens og beboerens fleksibilitet og ferdigheter i bruken av den. Terapeuter som ofte får gode resultater beskrives av beboerne som varme, oppmerksomme, aktive, erfarne og forståelsesfulle. Sannsynligheten for at resultatet blir bra øker hvis beboeren oppfatter terapeuten som: engasjert, interessert og respektfull, å være trygghetsskapende, empatisk og forståelsesfull. Det er positivt hvis terapeuten også klarer å formidle håp og realistisk optimisme, bidra til ny forståelse og å oppmuntre til å konfrontere det som er krevende og vanskelig. Beboerens bidrag er at en må være engasjert og involvert for å få til et positivt resultat av behandlingen. Det blir misvisende å si at psykoterapeutiske metoder virker «på» mennesker, de er heller noe som inngår i beboerens eget endringsarbeid. Beboere som er aktive i sin pasientrolle, og åpent diskuterer tanker og følelser, får best resultater.

2.3.4 ABC-modellen

Berge og Repål (2004, 14) mener sentrale prinsipper for kognitiv terapi er at vi ofte blir deprimerte, fortvilet eller urolig ut fra tankene vi får i forbindelse med en hendelse, ikke bare på grunn av hendelsen i seg selv. Endringene i tankene kan føre til at vi endrer følelsene. Målet er å få kunnskap om hvilke tanker som fremmer eller hemmer mestring, tilpasning eller endring. For å endre negativt tankemønster trenger vi å jobbe systematisk og jobbe hardt. Denne jobben kan ta utgangspunkt i ABC-modellen som inneholder disse punktene: A: Hendelsen. B: Tanker om hendelsen. C: Følelser som er knyttet til tolkningen av hendelsen. Her er et eksempel for å beskrive ABC-modellen: Hvis en god venn har lovet å besøke deg en avtalt kveld, men ikke dukker opp, kan man reagere på ulike måter. En kan bli såret, sint, irritert, trist eller redd for at det har skjedd noe galt. Man kan også oppleve det som en lettelse hvis en for eksempel har lyst til å gjøre noe annet den kvelden. Hvordan reaksjonen blir, avhenger selvfølgelig av hva du tror årsaken er, og det er poenget, våre følelser er nær forbundet med den mening vi tillegger en gitt hendelse. Forfatterne mener at kjernen i kognitiv terapi er å støtte beboeren til å mestre sine livsproblemer, og samtidig hjelpe til å endre uhensiktmessige tankemønstre som er forbundet med problemene, og som kanskje har bidratt til dem.

Hjemmeoppgave

I følge Berge og Repål (2004, 20) er en vanlig «hjemmeoppgave» i kognitiv terapi at personen skriver ned erfaringer som er knyttet til problemet. Det kan for eksempel være en deprimert person som får i oppgave å gjennomføre en registrering av daglige gjøremål, eller notere positive aktiviteter, ting som gir personen en følelse av mestring eller tilfredstillelse. Det kan være nyttig for personen det gjelder å skrive ned hva han/hun har planlagt å gjøre, for senere å registrere hvordan det gikk. I den forbindelsen kan en også skrive om forventningene og forutsigelser: Hvordan gikk det? Hvordan trodde jeg det ville gå?

En oppgave inkluderer et skjema som inneholder tre kolonner:

A: Hva skjedde? (Situasjon)

B: Hvordan oppfattet jeg det som skjedde? (Tanker)

C: Hva følte og gjorde jeg da? (Konsekvenser av B)

2.3.5 Mestringsstrategier

Jeg har fra forelesning med Stål Bjørkly (24.04.2015) skrevet noen strategier man kan bruke i kognitiv terapi. Dette er eksempler på avledninger som kan bryte en angstkjede.

Kognitiv strategi, oppmerksomhetsskifte; visualisering. En skal her prøve å påvirke tanken, «sette seg inn i positive opplevelser». Oppmerksomhetsinnsnevring; det kan være at en ser på en bestemt ting, telle noe eller for eksempel nynne, man «flytter fokus».

Adferdsstrategi, kan være eksponering; gradvis tilnærming. Øke aktivitetsnivå: for eksempel mosjon eller øvelser. Øke sosialt aktivitetsnivå; besøke eller ringe noen. Redusere sosialt aktivitetsnivå; for eksempel redusere negativ kontakt.

Sensorisk strategi, stimulere sansene. Det kan være bruk av mentholspray i munnen, musikk på ørene eller strikk på hånden.

Fysiologisk strategi, der en kan bruke bestemte teknikker. Pustpåvirkning, for eksempel puste 30 ganger i løpet av ett minutt. Muskelpåvirkning, dette kan være å spenne musklene på en eller annen måte.

2.3.6 Kasusformulering

I følge Berge og Repål (2008, 292) setter terapeuten og beboeren en hypotese om hva som kan ha bidratt til depresjonen, og hva som opprettholder den. Formuleringen er grunnlaget for behandlingsplanen og fungerer på en måte som et kompass underveis i samarbeidet.

Berge og Repål (2004, 208) mener en kognitiv kasusformulering blant annet skal inneholde en liste over beboerens problemer, hypoteser om hendelsen som har medvirket til problemene og automatiske tanker i de vanskelige situasjonene, forslag til mulige underliggende oppfatninger som medvirker til å opprettholde problemene, og en beskrivelse av hva beboeren gjør for å unngå ubehag og konflikt. Terapeuten og beboeren skal drøfte sammenhengen mellom elementene i kasusformuleringen. Hva forbindelsen er mellom automatiske tanker og kompenserende strategier? På hvilken måte er beboerens problemer forbundet med underliggende, dysfunksjonelle antakelser? Knytter beboeren disse kjerneoppfatningen til smertefulle eller opprivende hendelser tidligere i livet sitt?

I følge Berge og Repål (2008, 388) tar kognitiv terapi utgangspunkt i en kasusformulering, hvor personens følelsesmessige reaksjoner, interpersonlige atferd og leveregler blir kartlagt. Tiltaket i behandlingen er rettet av kasusformuleringen, den bygges på en vurdering av hva som utløser og opprettholder vanskene som personen har. En forutsetning for å lage en god kasusformulering er en presis identifisering av personens problemer. Berge og Repål (2008, 421) mener at en god kasusformulering gjør det lettere for personen å gjenkjenne mønstre og grunnantagelser, unngåelsesatferd og kompenserende strategier.

2.3.7 Sokratiske spørring

Berge og Repål (2004, 12) hevder at sokratiske spørring kommer fra filosofen Sokrates. Han la vekt på å fremtre som en som visste lite, eller ikke noe. En berømt uttalelse som kommer fra ham er, «Jeg vet at jeg intet vet». Dette var også hans utgangspunkt for hans spørrende holdning i en samtale. Mennesker som hadde en samtale med Sokrates førte ofte til at de begynte å granske seg selv, sine kunnskaper og sine mål i livet. Forfatterne informerer videre at terapeuten skal helst fremstå som en ledsager i kognitiv terapi, en instruktør i sokrates form. Målet er ikke å få den andre til å «tenke positivt», fordi urealistisk positiv tenkning kan tvert om svekke muligheten til å mestre problemene. Målet vil heller være å få den andre til å reflektere rundt betydningen av ulike måter å tenke på. Berge og Repål (2004, 18) mener at sokratiske utspørring innebærer å bruke spørsmål som ikke er ledende, som for eksempel: Kan dette problemet ses på en annen måte? Hva betyr det for deg om det skulle forholde seg slik du tenker? Hvilken støtte har du for dette? I følge Berge og Repål (2004, 23) er noe av hensikten med å bruke sokratiske spørring at personen selv lærer å stille seg de gode spørsmålene i de akutte situasjonene der de blir rammet av lynraske, automatisk skremmende eller deprimerte tanker. En ubehagelig situasjon blir verre enn det den trengte å være fordi katastrofetankene kommer. Noen spørsmål personen kan stille seg selv i de vanskelige situasjonene er: Er det en alternativ måte å forstå denne situasjonen på? Hva er det verste som kan skje? Tror jeg at noe vil skje, bare fordi det kan skje? Er det noe positivt i dette også?

2.3.8 Metakognisjon

Berge og Repål (2004, 33-34) mener at kognitiv terapi i stor grad handler om å undersøke alternative måter å tenke rundt egen tenkning på, det blir en tenkning om tenkningen.

Forfatterne beskriver tre nivåer av kognisjon: Ikke bevisst, automatisk kognisjon, aktivitet som foregår uten bevisst formulert intensjon, dette kan også skje samtidig med en annen aktivitet uten å forstyrre. Bevisst kognisjon (det vi ofte er oppmerksomme på og har under viljestyrt kontroll), og metakognisjon (vår kognisjon om vår kognisjon). «Meta» er gresk og betyr «etter». Metakognisjon vil si at vi har kunnskap om og er i stand til å reflektere rundt og regulere egen tenkning. Evnen til å identifisere automatiske tanker og vurdere dem kritisk, er en metakognitiv aktivitet. Når en er i det metakognitive nivået i kognitiv terapi prøver terapeuten med jevne mellomrom å henlede den andres oppmerksomhet på hvordan de tenker, og på alternative måter å tenke på. Målet med dette er at personen selv opparbeider seg en *metakognitiv holdning*, det vil si at de blir bevisst på egen tenkning og forholder seg til den. Videre er målet at den andre skal utvikle *metakognitive evner*. Dette handler om å tenke og reflektere over de situasjoner og problemer som er i fokus, i motsetning til en mer impulsiv og reflekspreget måte å analysere og løse problemer på. Metakognisjon handler altså om å danne seg teorier om sin egen kognisjon.

2.4 Kognitiv atferdsterapi for depresjon og angst hos eldre

Palazzolo (2015) hevder at depresjon og angst er to av de vanligste problemene blant eldre. Forskning som er gjort til nå har fastslått at kognitiv atferdsterapi gir betydelig forbedring ved depresjon og angstsymptomer hos eldre.

Depresjon og angst hos eldre

Depresjon er ikke en del av normal aldring, men det rammer mange eldre, og kan ofte bli vellykket behandlet. Omtrent 5% av eldre oppfyller diagnostiske kriterier for alvorlig depresjon, og opp til 15% har depressive symptomer som påvirker deres funksjon.

Depresjon er også ofte underdiagnostisert og underbehandlet hos eldre. Depresjonen kan gjøre at eldre fungerer dårligere i dagliglivet, helsen kan bli redusert og helsekostnadene blir høye. Eldre som lider av depresjon trenger ofte mer hjelp til egenomsorg og daglige gjøremål, hvis de har fysiske plager kan det ta lengre tid å bli frisk, sammenlignet med eldre uten depresjon. Palazzolo mener også at eldre som lider av depresjon kan gå glipp av en god aldring uten riktig behandling.

Kognitiv atferdsterapi hos eldre

I følge Palazzolo er kognitiv atferdsterapi (CBT) en effektiv og varig behandling for eldre som lider av depresjon eller angst. CBT er en kort og strukturert psykoterapi som fokuserer på kognisjon og atferd. CBT har også vist seg å være minst like virkningsfullt som medisiner for moderat til alvorlig depresjon. For mange mennesker har en kombinasjon av CBT og medisin vist seg å være mer effektiv enn hver behandling alene, CBT har også varige effekter. I løpet av de siste tiårene har forskning vist at CBT er effektivt spesielt for eldre, generelt kan eldre ha nytte av CBT i omtrent samme grad som yngre mennesker, med spesifikke tilpasninger til terapi strategier og selve prosessen kan dette maksimere behandlingsgevinsten hos eldre mennesker, selv om de sentrale ingrediensene i CBT er den samme.

CBT tilpasninger for eldre mennesker

Ved bruk av CBT hos eldre mennesker er det viktig å huske på karakteristikker som definerer de eldre. Det er utviklet en modell for å hjelpe terapeuter med å utvikle en mer passende behandling av eldre mennesker som fokuserer på viktige hendelser og relaterte kognisjoner forbundet med fysisk helse, endringer i rollen de har i livet og samhandling med yngre generasjoner. Palazzolo understreker behovet for å utforske hvordan aldringen blir oppfattet hos den enkelte. For mange eldre mennesker er de siste årene av livet preget av tap og overganger, dette kan utløse tanker av tapte muligheter eller uløste relasjoner og refleksjoner over mål som ikke er oppnådd. CBT for eldre bør fokusere på betydningen disse tapene og overgangene gir for den enkelte. Deprimerte mennesker kan tenke på sin pensjonist tilværelse som et tap og føle seg mindre produktive. CBT kan hjelpe mennesker til å identifisere måter å tenke om situasjonen på, og gjøre dem i stand til å tilpasse seg disse tapene og overgangene.

Endringer i kognisjonen

Endringer i kognitiv funksjon med aldring er vanlig, men det er ulikt fra menneske til menneske, Palazzolo mener det vil være viktig å gjøre nødvendige tilpasninger når det trengs. Eldre kan oppleve en nedgang i kognitiv fart, arbeidsminne, selektiv oppmerksomhet, og intelligens. Dette vil kreve at opplysninger presenteres sakte, med hyppige repetisjoner og oppsummeringer. Det kan også være nyttig å presentere informasjonen på alternative måter, og oppmuntre personen til å ta notater under øktene. Innspillinger av viktig informasjon og konklusjoner som personen kan lytte til mellom

øktene kan også være nyttig for å oppnå fremgang. Telefon eller en alarm kan minne personen på å utføre ulike terapeutiske tiltak, for eksempel pusteøvelser. Litteratur om effekten av psykoterapi, spesielt blant eldre, er begrenset fordi dette er forsket lite på. Men en gjennomgang av psykoterapeutiske behandlinger som er gjort hos eldre deprimerte mennesker viser at både kognitiv terapi og atferdsterapi har en signifikant bedre effekt enn placebo på kliniske utfallsmål på depresjon. Konklusjonen i denne artikkelen viser at CBT er en effektiv behandling for eldre mennesker med depresjon. Palazzolo mener også at CBT kan bli en mer fremtredende psykologisk behandling for eldre fremover. Konklusjonen er at CBT for eldre er givende, eldre mennesker har lang erfaring, personlige ressurser, og visdom som kan gjøre CBT til en svært dynamisk, kreativ og meningsfylt opplevelse for terapeut og personen det gjelder.

3.0 Empiri

Jeg er utdannet vernepleier og jobber ved et kommunalt psykiatrisk bofelleskap. I dette narrative vil jeg beskrive mitt møte med en kvinne som heter Sara, og vår videre relasjon frem til nå. Sara er 76 år og kom flyttende til bofellesskapet for 3 år siden. Jeg fikk informasjon om at denne kvinnen var deprimert, «masete», ringte på døren og ringte på lege/nødtelefon på natten. Hun passet heller ikke på å ta medisiner sine. Jeg fikk en forforståelse av at hun var «vanskelig» å ha med å gjøre. Jeg bestemte meg for å bli kjent med Sara selv, og prøve å ikke la meg påvirke av informasjonen som jeg hadde fått på forhånd. Da Sara kom inn dørene møtte jeg en kvinne som var blid og imøtekommende, selv om hun virket litt usikker på situasjonen. Hun var da sammen med en mann hun hadde vært i et forhold med i mange år. For meg virket det som at de var nær og glad i hverandre. Hun mistet mannen hun var gift med, og har 3 barn sammen med, av kreft for mange år siden. Jeg hilste på Sara og ønsket henne velkommen. Hun fortalte at hun var glad for å komme hit til oss. Etter hvert som tiden har gått er dette noe hun tar opp, forteller at hun er tryggere her.

Sara krevde ikke så mye «oppmerksomhet» den første tiden hos oss, hun hadde mye besøk av kjæresten, hun var også noen ganger hjemme hos ham på overnatting i helgene. Hun hadde perioder der hun kom til fellesstuen og trengte noen å snakke med på grunn av uro, men det skjedde ikke så ofte. Hun har også en tendens til å isolere seg i leiligheten når hun har «tunge» perioder, da vil hun ikke være med på noe, verken handel eller bilturer. Når

Sara er alene i leiligheten sin pleier jeg likevel å gå inn til henne for å slå av en prat. Hun forteller meg om turene hun og kjæresten pleide å dra på, hun liker også å fortelle meg om familien sin. Hun har 3 barn og 10 barnebarn som hun er stolt av. Når jeg spør henne om hun har søsken forteller hun at hun har en tvillingsøster som hun er veldig lik, hun har flere historier om hvor mange ganger mennesker tok feil av dem, på grunn av likheten. Hennes søster er også psykisk syk og bor i et bofelleskap på hjemstedet deres. Hun forteller at søsteren har 2 barn men ikke noen barnebarn. Dette synes hun er synd. Hun sier at hun er «rik», med dette mener hun at det å ha barn og barnebarn gjør henne rik i livet.

For en tid tilbake ble forholdet til kjæreste over. Dette var en tung tid for Sara. Hun fikk en periode der hun ringte familien sin og sykehus/nødtelefon om natten og kom mye fortvilet til fellesstuen, der personal opplevde henne som angstfylt og oppkavet. Vi har nå en skriftlig avtale om at vi har telefonen hennes på kontoret om natten, og i perioder der hun har det ekstra tungt, dette er for å hjelpe henne med å kutte ned på ringingen. Vi har blitt enige om at personal skal komme oftere inn for å trygge henne og se til at hun har det bra. Jeg opplever at Sara ikke alltid greier å se sin egen oppførsel der hun klager mye til familien sin, det kan virke som at hun bare ser seg selv og hvor vanskelig hun har det. Familien hennes sier de er slitne og det gjør at de kanskje ikke ringer så ofte og besøkene blir sjeldnere. Familien sier de føler det er håpløst å ta henne med hjem i for eksempel høgtider og lignende på grunn av at Sara krever mye oppmerksomhet, det blir for mye for dem. Sara har selv fortalt meg at hun føler på en fortvilelse og sorg når besøkene ikke går som planlagt. Hun har også snakket om usikkerhet i forbindelse med besøkene, hva hun er usikker på har jeg ikke helt fått tak på. I disse periodene sier hun også at hun ikke ønsker å leve.

En dag jeg kom på ettermiddagsvakt og gikk inn til leiligheten hennes for å se hvordan det stod til, satt Sara og holdt seg om magen. Jeg spurte henne om hvordan hun hadde det. Hun fortalte meg at hun hadde en klump i magen som gjorde vondt. Da jeg spurte henne om hvordan klumpen i magen føltes sa hun at det føltes som at alle vonde følelser satt i magen og ikke ville slippe taket. Hun beskrev det som å bli oppspist av klumpen i magen. Sara kan ofte klage på magesmerter til personal og familie, både natt og dag. Hun sier hun er redd for at noe er galt, og vil helst på sykehuset. Hvis jeg spør henne om det er noe spesielt hun tenker på, forteller hun meg om hvor fortvilet hun er over at det er ingen som bryr seg om henne, ingen tenker på henne, og det er ingen som er så syk som henne. Hun

forteller også at det var ved denne alderen hennes mor ble «syk». Hennes mor var deprimert og psykisk syk på alderen hennes. Det mener hun er en forklaring på hvorfor hun nå er deprimert. Jeg har spurt henne om barnebarna hennes som hun har masse bilder av på stuen sin. Da opplever at jeg hun glemmer «problemene» sine, og forteller historier om barnebarna og hvordan hun selv hadde det som barn. Hun kommer seg ofte ut av de negative tankene sine i disse stundene. Sara har sagt at hun mener det er trygt at jeg er hos henne, vi trenger heller ikke alltid å snakke sammen, vi kan også sitte sammen i stillhet.

Jeg har snakket med Sara om det er noe hun gjør eller har gjort tidligere for å føle seg bedre. Da sier hun at hun blant annet føler seg bedre etter at hun har vært på biltur. Jeg var nettopp på kveldsvakt på jobben, Sara og jeg skulle være sammen den kvelden. Jeg gikk inn til henne og hun satt og gråt, så hun følte seg ensom og livet var ikke verdt å leve. Hun klaget også på at hun hadde vondt i magen. Jeg spurte henne om hun kunne kjenne på hvorfor hun gråt, da svarte hun at det visste hun ikke helt. Det bare kommer sier hun. Jeg spurte Sara om hun ville være med på biltur for å se om hun kunne føle seg bedre, dette ble hun med på etter en liten prat. Vi kjørte en runde i nærmiljøet og snakket om hvor folk bodde og lignende, vi stoppet også på kiosken for å kjøpe softis. Da vi kom tilbake satt vi og snakket om barna hennes og alle barnebarna. Jeg kjente på at Sara hadde snudd de negative tankene sine, jeg kunne se henne smile og hun sa at hun satte stor pris på meg, og at hun var glad i meg. Jeg kan også fortelle Sara om opplevelser jeg har hatt og hvilke følelser det gir meg. Jeg fortalte henne at jeg mistet min far i ung alder og hvilken fortvilet følelse det ga meg. Dette kan kanskje gjøre at vi blir tryggere på hverandre. Jeg opplever at vi har fått en god og nær relasjon, og at vi kan snakke om det meste. Jeg har så lyst til å hjelpe henne, og kjenner fortvilelsen på meg når hun ikke vil vaske seg eller dusje, ikke vil være med på handel, ikke vil spise, ikke vil være med på biltur eller bare gå en tur. Siden Sara bor i et bofelleskap har vi ikke faste samtaler slik som det ofte er i institusjoner, men vi har samtaler når det passer seg slik. Sara sier hun er klar over depresjonen sin, og at hun vil bli bedre, men ikke vet hvordan hun skal få det til. Jeg kjenner at jeg kan utfordre henne litt når hun trenger det, dette tror jeg ikke jeg kunne gjort tidlig i relasjonen vår. Hvis Sara har en dårlig dag og ikke ønsker å gjøre noen ting, opplever jeg at jeg kan jeg si hva jeg mener til henne. Vi kan ha en samtale der jeg tar opp hva vi har snakket om tidligere, blant annet om hva vi tenker kan hjelpe for at hun skal få det bedre. Sara er enig i at aktivitet er noe som får henne til å føle seg bedre, men hun sier det er tungt å få det til alene, hun sier at hun trenger hjelp til det når hun er «nedbrutt». Aktivitet for Sara kan for

eksempel være en biltur, handle på butikken, eller å rusle en tur utenfor leiligheten. Hvis Sara for eksempel ikke vil dusje føler jeg meg trygg på at jeg kan «presse henne» litt, jeg kan gjenta avtaler som vi har. Vi snakker ofte om hvilken følelse det kan gi henne etter dusjen i disse situasjonene. Hun blir for det meste med meg og takker meg etterpå, og forteller at hun føler seg litt lettere i form. Det viser tydelig for meg hvor viktig nærhet og trygghet er i en relasjon. Hvis jeg skulle satt meg i hennes situasjon, ville heller ikke jeg følt meg trygg på en person jeg ikke kjenner, som kommer og forteller meg hva jeg skal gjøre for å få til en endring i livet mitt.

4.0 Diskusjon

Hvordan kan jeg som miljøterapeut anvende kognitiv terapi til å forstå og hjelpe eldre mennesker med depressiv lidelse?

Før man kan hjelpe Sara og andre mennesker som har en depresjon ved å bruke kognitiv terapi må de ha innsikt i å identifisere tanker og følelser. De må også være motivert til behandlingen. Sara har selv fortalt at hun vet at hun har «problemer», men hun vet ikke hvordan hun skal komme seg ut av det. En annen forutsetning for at behandlingen skal fungere er som jeg har skrevet i teoridelen, den terapeutiske alliansen, empati og samarbeidsprosjekt. I følge Berge og Repål (2004) handler *den terapeutiske alliansen* om at vi er enige om mål og metoder. En må også ha gjensidig tillit, akseptering og forståelse. *Empati* handler om å forsøke å forstå hvordan Sara ser seg selv og verden. Her er det Sara som føler på empatien, jeg kan ikke bare si at jeg er empatisk. Kognitiv terapi er også et *samarbeidsprosjekt*, noe av dette vil si at Sara skal være aktiv medvirkende i utredning og behandling. Det vil ikke være mulig å få til en god behandling uten at en god relasjon, eller allianse, ligger i bunn. Sara og jeg må være trygge på hverandre. I følge Berge og Repål (2008) er terapeuter som beskrives av beboerne som varme, oppmerksomme, aktive, erfarne og forståelsesfulle som får best resultater. Jeg har også delt noen av mine erfaringer i mitt liv for at Sara skal kjenne på at det er normalt å føle det slik som hun gjør. Det er viktig å være nær, men samtidig passe på at det ikke blir for nært.

I følge Palazzolo (2015) viser kognitiv terapi seg å fungere godt også overfor eldre. Endringer i kognitiv funksjon med aldring er vanlig, men det er viktig å gjøre nødvendige

tilpasninger når det trengs. Sara kan for eksempel oppleve en nedgang i kognitiv fart, arbeidsminne, selektiv oppmerksomhet, og intelligens. Dette vil kreve at opplysninger presenteres sakte, med hyppige repetisjoner og oppsummeringer. Det kan også være nyttig å presentere informasjonen på alternative måter, og oppmuntre Sara til å ta notater under øktene. Telefon eller en alarm kan minne Sara på å utføre ulike terapeutiske tiltak, for eksempel pusteøvelser. Jeg forstår at dette ikke behøver å være den hele og fulle sannheten, men det er dette jeg har funnet.

Bruk av ABC-modellen

Denne terapeutiske modellen mener jeg er god å bruke i kognitiv terapi. Man skal jobbe strukturert, noe som er sentralt i denne terapiformen. Hvis Sara ikke får struktur på tankene sine, kan det bli vanskelig å bearbeide de negative automatiske tankene. For å kunne hjelpe henne må vi ta utgangspunkt i følelsene, og Sara må lære seg å identifisere de negative tankene. Jeg har allerede prøvd å få Sara til å fokusere på sine følelser og tanker i samtalene våre. Ved å starte med spørsmål om følelser vil jeg kanskje få Sara til å knytte ubehaget sitt til følelsene sine. I følge Berge og Repål (2004) trenger vi å jobbe systematisk og hardt for å endre negativt tankemønster. Denne jobben kan ta utgangspunkt i ABC-modellen. Når en jobber med ABC modellen starter vi med C, følelsene. For eksempel kan jeg spørre Sara hva hun føler når besøket med familien ikke går som planlagt. Sara vil her kunne si at dette utløser både fortvilelse og sorg. Neste steg blir B området, hennes tanker om hendelsen. Hva tenker hun om besøket med familien? Sara sier at hun blir usikker, og hun tenker i ettertid at de ikke bryr seg om henne. Dette er negative automatiske tanker. Her kan jeg hjelpe Sara til å identifisere de negative tankene. Hendelsen (A-området) vil her være at besøket hos familien ikke gikk som planlagt. Jeg kunne ha spurt Sara om det skjedde noe hos familien som hun vil snakke om. Kanskje ville det fått henne til å bli oppmerksom på sine følelser og tanker, og på sin egen og andres reaksjoner?

Utforming av kasesformulering

Sara og jeg må komme frem til en kasesformulering. I følge Berge og Repål (2008) lager terapeuten og beboeren en hypotese om hva som kan ha bidratt til depresjonen, og hva som opprettholder den. Sara mistet ektemannen sin for noen år tilbake. Det ble også et brudd mellom henne og kjæresten for en kort tid siden, og Sara føler at kontakten mellom henne og familien har blitt mindre. Hun føler seg mye ensom og ønsker selv at dette skal bli

bedre. Når hun «er på sitt verste», ringer hun ofte pårørende og «klager», hun ringer også sykehus/nødtelefon og vil ha hjelp. Hun klager mye på at hun har vondt i magen og tror selv at noe er galt med henne. Familien sier også det kan være vanskelig å ta med Sara i hjemmet sitt på grunn av at de føler hun tar mye plass og blir «vanskelig å ha med å gjøre». Hvis vi fokuserer på hva Sara tenker og føler i forhold til familien og ved besøk, kan vi finne strategier Sara kan bruke for å få til en endring. En annen side vi kan fokusere på er hva Sara skal gjøre når hun blir «tung» til sinns hjemme, hva hun skal gjøre for å føle seg bedre. Via sokratisk spørring vil jeg kunne få Sara til å reflektere rundt betydningen av ulike måter å tenke på. I videre samtaler med Sara vil jeg følge henne i samtalen og stille henne åpne spørsmål, slik at hun skal greie å reflektere over seg selv, og kanskje finne en alternativ måte å forstå situasjonen på. Slike spørsmål kan være: Hva er det verste som kan skje? Eller; Er det andre måter å forstå denne situasjonen på?

Hvis vi ser på Sara og hennes utvikling av depresjon, mener jeg en ser likhetstrekk med Becks depresjonsmodell (figur 1). Familien hennes kommer sjeldnere på besøk, ringer sjeldnere og kommer sjeldent å tar henne med seg på tur. Sara utvikler da negative levereregler; ingen bryr seg eller ingen er glad i meg. Hun tenker; jeg er alene og alt er min skyld. Dette fører igjen til depressive symptomer; lavere aktivitetsnivå, sosial tilbaketrekking, skyld og magesmerter. Hun blir også uinteressert, alt blir et ork, gledesløs og sier av og til at hun ikke ønsker å leve. Jeg mener at Sara`s skjema i forhold til mor og hennes sykdom, er at Sara knytter seg selv til henne: «mor var deprimert og syk, dermed er det naturlig at også jeg er det». Sara tenker ofte negativt om seg selv eller andre, hun er da inne på feiltolkninger som Berge m.fl (2003) skriver om. Jeg antar at hun overgeneraliserer, der hun kan tenke at besøket hos familien ikke gikk bra denne gangen, det vil si det går ikke bra neste gang heller. Dette tror jeg blir en ond sirkel for Sara, noe hun føler hun ikke klarer å komme seg ut av selv. Berge og Repål (2005) skriver om gode sirkler, det er viktig å forsøke å få snudd onde sirkler til gode sirkler i retning av mer energi og større tro på seg selv.

Mestringsstrategier og hjemmeoppgave

I samarbeid med Sara kan vi finne strategier som hun kan bruke for å få til en endring. Jeg har spurt Sara om det er noe hun føler hjelper når hun prøver å komme seg ut av de negative tankene, om det er noe hun gjør eller har gjort som vi kan forbedre, noe vi kan jobbe videre med. Sara har sagt at hun føler seg bedre når hun kommer seg ut på tur. Jeg

mener at blant annet *adferdsstrategier* vil være gode å bruke for Sara. Hvis det blir vanskelig for henne å komme til oss personal å ifra når hun ikke har det bra, kan vi avtale at vi hjelper henne når hun har det tungt, for å motivere henne for å dra på tur. Min opplevelse er også at hun kan føle seg «lettere» når hun tenker på barn og barnebarn, det vil være en *kognitiv strategi*. Dette kan være at Sara tar frem bilder av barnebarna sine og tenker på hvor heldig hun er som har dem. Tenke på for eksempel opplevelser hun har hatt sammen med dem. En *sensorisk strategi* kan være at Sara setter på musikk når de negative tankene kommer. Min erfaring er at hun kan føle seg bedre når hun hører på musikk, men dette er noe jeg måtte ha snakket med Sara om. En *fysiologisk strategi* kan være at Sara spenner musklene i kroppen når hun har det vanskelig. Dette kan vi øve litt på for å se om dette kan hjelpe henne. Videre kan en *hjemmeoppgave* til Sara være at hun skal skrive hva hun føler når ting går bra, hvis det er dette hun vil fokusere på. Hun kan skrive før, under og etter besøket hos familien. Også her ville jeg ha snakket med Sara om teknikker hun kan gjøre under besøket. Det vil bli viktig og snakke med henne etter besøket for å høre hva som skjer. Her vil hun prøve å endre adferd, men hun må også endre tankene.

Det hender at Sara gråter, og føler seg ensom og sier livet ikke er verdt å leve. Hun kan også klage på at hun har vondt i magen. Jeg mener det her er viktig å tenke på hva Engedal (2006) informerer om at symptomene kan være maskert ved at mennesker fastholder energisk at det foreligger en somatisk sykdom med magesmerter, hodepine og lignende. Det er viktig å ta henne på alvor, men å ha slik kunnskap i bakhodet er positivt. Hvis jeg spør Sara om hun vil være med på biltur for å se om hun kan føle seg bedre, ser det ut som at hun greier å snu de negative tankene sine. Det vil være viktig å fortsette med økt aktivitet når hun kjenner at de negative tankene kommer.

Særlige utfordringer

Det vil kanskje bli vanskelig for Sara å greie ulike strategier alene, hun vil muligens trenge litt hjelp og støtte underveis. Strategiene fra Stål Bjørkly (2015), og hjemmeoppgaver som Berge og Repål (2004) har skrevet om kan virke enkel å bruke når en leser dem, men jeg ser at det ikke alltid er like enkelt i praksis. Når Sara er deprimert, ikke klarer å se «lyset i tunnelen», og ikke finner motivasjon selv, trenger hun muligens hjelp til dette. Om dette er på grunn av alderen hennes, det vet jeg ikke.

Dette vitner om, som Palazzolo (2015) har påpekt, at man i størst mulig utstrekning må tilpasse behandlingen til en eldre person som Sara. Det er utviklet en modell for å hjelpe terapeuter med å utvikle en mer passende behandling av eldre mennesker som fokuserer på viktige hendelser og relaterte kognisjoner forbundet med fysisk helse, endringer i rollen de har i livet og samhandling med yngre generasjoner. Man må blant annet gjøre det litt enklere. Eldre kan oppleve en nedgang i kognitiv fart, arbeidsminne, selektiv oppmerksomhet, og intelligens. Dette vil kreve at opplysninger presenteres sakte, med hyppige repetisjoner og oppsummeringer. Det kan også være nyttig å presentere informasjonen på alternative måter, og oppmuntre Sara til å ta notater under øktene. Innspillinger av viktig informasjon og konklusjoner, som hun kan lytte til mellom samtalene våre kan også være nyttig for å oppnå fremgang. Telefon eller en alarm kan minne Sara på å utføre ulike terapeutiske tiltak, for eksempel pusteøvelser.

Det er ikke helt tydelig for meg hvor mye Sara greier å reflektere når det gjelder blant annet hjemmebesøk, når negative tanker kommer eller hva hun sier til familie eller personal. Om hun greier å kjenne på og fortelle/skrive ned hvilke følelser hun har når hun føler det går godt, eller når hun kjenner at det ikke går så godt. Det at Sara bor i et bofellesskap og at vi ikke har faste samtaler, kan også bli en utfordring. Dagene er ulike, noen dager er rolige og andre dager er det mye som skjer, andre beboere kan også kreve mye tid. Jeg mener samtidig siden hun sier hun tenker over sine handlinger, og ønsker at det skal bli annerledes, er det verdt å jobbe med dette. Jeg håper og tror at hun greier å være med på denne prosessen, med mulige justeringer.

En kritikk mot kognitiv terapi kan være at mange som vil hjelpe blir for ivrig med bruk av teknikker, går for fort frem og glemmer personen. En kan da få en opplevelse av å bli «oversett». Jeg mener det er viktig å fokusere på hva den andre føler. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Sara og meg, det blir en form for likeverdighet.

5.0 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven sett på hvordan kognitiv terapi kan anvendes for mennesker, også eldre, som lider av depresjon. Jeg har prøvd å vise at ved hjelp av kognitiv terapi kan mennesker med depresjon få det bedre. Jeg har også fått en bedre forståelse i hvordan jeg bør møte, forstå og hjelpe eldre med depresjon. Det kan være en utfordring med tanke på

at jeg jobber i et psykiatrisk bofelleskap, der vi ikke har faste samtaler, og dagene er ulike. Det er andre beboere som til tider kan kreve mye oppmerksomhet. Det kan også bli vanskelig hvis det er lite personal på jobb og lignende. Relasjonen til Sara må være god og nær uansett hvilket perspektiv jeg velger. Dette er viktig for å få til en endring. «Empati», «trygghet» og «nærhet» er viktige nøkkelord her. Jeg kan heller ikke si at: «jeg er empatisk», dette må føles av Sara. Nærhet er viktig også i kognitiv terapi, det vil ikke være nok å være ekspert, komme med metoder og «løsninger» hvis ikke Sara er trygg på meg. Dette er også mine erfaringer i arbeidslivet. Kognitiv terapi er åpenbart en god tilnæringsmåte med tanke på forståelsen og behandlingen av mennesker med depresjon, men jeg tror også at andre behandlingsformer kan være effektive. Kanskje man også kunne prøve en kombinasjon av kognitiv terapi, for eksempel en systemisk tilnærming, med tanke på at familie og nettverk kan være viktige bidragsytere for at mennesker med depresjon kommer seg videre.

REFERANSER

Berge, Torkil og Repål, Arne (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Berge, Torkil og Repål, Arne (2005). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Aschehoug & Co. (W. Nygaard), Oslo.

Berge, Torkil, Axelsen, Eva Dalsgaard, Nielsen, Geir Høstmark og Nordhus, Inger Hilde (2003). *Samtaler som forandrer. Psykologisk teori i praksis*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Engedal, Knut (2006). *Depresjon rammer mange eldre – men det er god hjelp å få*. Sinneshelse. Foretakets navn: Terje Fugelli

Helsedirektoratet (2016). *Depresjon*. Oslo.

Nielsen, Geir Høstmark og Von Der Lippe, Anna Louise (1993). *Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis*. Engers Boktrykkeri A/S.

Norsk forening for kognitiv terapi (2016) *Kognitiv terapi*. Oslo.

Palazzolo, Jerome (2015) *Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in the Elderly*. Austin Publishing Group. Publisert: 10. September 2015.

Snoek, Jannike Engelstad og Engedal, Knut (2006). *Psykiatri – Kunnskap – Forståelse - utfordringer*. Akribe Forlag.