



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan helsepersonell anvende kognitiv terapi i møte med en mann som har en depressiv lidelse og selvmordstanker?

Hilde Tøvik Male

Totalt antall sider inkludert forsiden: 30

Molde, 22.04.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

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

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 22.04.2022

Antall ord: 7605

Forord

Forklaring til bruk av malen - Noen veiledende punkt, som du sletter før besvarelsen leveres:

- **Ark 1-3 (Forside, Egnerklæring og Publiseringsavtale):** Skjemautfylling med nedtrekksmenyer og felter.
- **Ark 4 (Antall ord):** Innhold på denne siden kan slettes av de som ikke har krav om å fylle inn antall ord. Siden kan også brukes til annet innhold, som man ønsker lagt inn før innholdsfortegnelse.
- **Ark 5-6 (Forord og Sammendrag):** Disse arkene er uten sidenummerering. På arkene med Forord og Sammendrag kan du endre overskriftene. Trenger du flere sider til denne delen, se veiledning for hvordan du får et nytt ark uten sidenummerering – i korte trekk: Sett markøren på slutten av arket foran der du vil ha et nytt ark – Velg fanen **Page Layout** – Åpne nedtrekksmenyen **Breaks** – Velg (section break) **Next Page**
- **Ark 7 (Innholdsfortegnelse):** Tabellen med innhold oppdateres etter du har definert overskrifter i selve besvarelsen. Vedlegg listes opp under tabellen, uten sidetall.

Ark 8 og utover (Besvarelsen): Her starter du å skrive (eller kopiere inn) din besvarelse (Innledning osv).

- Overskrifter (hovedkapittel og underkapittel) defineres enkeltvis med stilene (Heading 1-6), som du finner under fanebladet Home. Alle hovedkapittel settes til Heading 1. Videre er det mest vanlig å bruke et eller to nivå for underkapittel, Heading 2 og 3.
- Hvert hovedkapittel kan gjerne starte på ny side. For å ha kontroll på dette benytter du menyvalg **Insert** – **Page Break** (som er et vanlig sideskift og noe annet enn inndelingsskiftet Next Page) på siden foran nytt hovedkapittel.
- Overskriftene får automatisk nummerering. Dette er ok helt fram til Referanseliste, hvor du tar bort nummereringen.
- Ark med vedlegg: Disse kan gjerne ha sidenummerering, men de defineres ikke med overskrifter fra stilmenyen (siden de ikke skal ha sidetall i innholdsfortegnelsen).

Sammendrag

Denne fordypningsoppgaven omhandler sammenhengen mellom depressiv lidelse og selvmordstanker og hvordan kognitiv terapi kan bidra som behandlingsform.

For at en skal få kunnskap om hvorvidt en person har planer om å ta sitt eget liv, skriver Berge (2011) er å kunne skape en konkret og åpen diskusjon til personen. Her er det viktig at terapeuten formidler varme, trygghet og en entydig akseptering av personens beskrivelse, da denne samtalen kan være skamfull og smertefull å snakke om.

Forskningen som er presentert i oppgaven viser til at kognitiv terapi og atferdsterapi ovenfor personer med depressiv lidelse og selvmordstanker kan ha gode resultater i behandlingen.

Narrativet i denne oppgaven handler om en mann som sliter med depressiv lidelse og som også sliter med selvmordstanker. Hvordan skal jeg som terapeut klare å benytte kognitiv terapi i samtalene som jeg har med Thomas og hvordan kan jeg bistå med å endre tankemønsteret som Thomas har om seg selv? Berge (2011) skriver en del om viktigheten med en god relasjon mellom terapeut og pasient. Det er viktig at det er en trygg og tillitsfull relasjon og at pasienten blir møtt der han er og blir akseptert for de følelsene som en har.

Utgangspunktet i kognitiv terapi opp mot en depresjonslidelse, er å skape en tillitsfull og trygg relasjon mellom terapeut og pasienter bruk av empatisk refleksjon og sokratiske spørsmål er ønskelig å kunne oppnå god samhandling.

Behandlingen med kognitiv terapi kan bidra med å bygge håp og redusere negative tanker, som kan da føre til at en reduserer sjansen til selvmordstanker. Ved kognitiv terapi så skal en se på en alternativ tanke til de tankene som en kanskje har satt seg fast i. At pasienten skal kunne se tankene sine på utsiden og kanskje stille spørsmålstegn og klare å se sine sterke sider, ikke de negative tankene som en har satt seg.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Databasesøk	2
1.2	Forskning	3
1.3	Problemstilling	4
2.0	Teori	5
2.1	Kognitiv terapi	5
2.2	Depresjon	6
2.3	Negative tanker	6
2.4	ABC-modellen	7
2.5	Motiverende intervju	8
2.6	Selv mord	8
3.0	Narrativ	10
4.0	Drøfting	12
5.0	Konklusjon	20
6.0	Referanseliste	21

1.0 Innledning

I denne fordypningsoppgaven har jeg valgt å ta utgangspunktet i kognitiv terapi i møte med en mann med en depressiv lidelse som har ført til at han har fått selvmordstanker. Jeg jobber i psykisk helse og rus innenfor kommunale tjenester og som kontaktperson så har jeg flere brukere som sliter med en depressiv lidelse som også sliter med selvmordstanker. Berge (2011) skriver at det er en kjent forhøyet risiko mellom personer med depresjon og selvmord. Det ses på som størst fare når en person mangler håp og en opplevelse av at lidelsen vil fortsette. Håpløshet blir sett på som et bindeledd mellom depresjon og suicidal atferd.

Evjen (2014) beskriver at det er forskjellig intensitet av en depresjon. Det er en lett variant som en kanskje ikke søker noe behandling for, og som kanskje ikke har innvirkning på funksjonsnivået, til litt tyngre depresjoner som kan virke inn på funksjonsnivået, og alvorlige depresjoner med en følelse av håpløshet som kan gi selvmordstanker, selvmordsplaner, selvmordsforsøk og eventuelt gjennomføring av selvmord.

Årsstatistikken som ble publisert i 10.juni 2021 fra Dødsårsaksregisteret viser at selvmord og villet egenskade var underliggende dødsårsak for 639 personer i 2020. Den største prosentandelen av dem som gjennomførte selvmord var menn. Selvmord stod for 1,6 prosent av alle registrerte dødsårsaker i Norge i 2020 (Folkehelseinstituttet 2021).

FHI (2012) skriver videre i artikkelen at ved åpenbare selvmord er det sjelden at andre dødsårsaker blir aktuelle å rapportere. Omstendighetene kan ofte være iøynefallende og psykisk sykehistorie kan underbygge sannsynligheten for at det faktisk var et selvpåført drap.

Coombs, Coleman og Jones utførte en studie i 2002 der de så direkte på betydningen av å inkludere et søkelys på følelser i kognitiv terapi. Studien kunne vise til at ved bruk av kognitiv terapi ved depresjon, viste terapeuten at som kombinerte kognitive og adferdsmessige metoder med ivaretagelse og utforskning av pasientens følelser, oppnådde et bedre resultat enn de som ikke gjorde dette (Berge 2011).

Jeg ønsker å belyse dette temaet da en sammenheng kan ses mellom en depressiv lidelse og ha en økende sjansene for selvmordstanker. Ved økt søkelys på dette ønsker jeg å se på

hvordan kognitiv terapi kan hjelpe disse personene, med tanke på mulighet for eventuell bedring og reduksjon i selvmordstanker. Det å kunne se på hva som er viktig å ha fokus på og hva som kan være med på å hjelpe den pasienten som har en så veldig dyp depresjon og som kan føre til et eventuelt selvmordsforsøk. Med denne oppgaven så vil jeg også hjelpe meg selv i møte med denne brukeren og kunne ha en økt forståelse for hvordan jeg kan bidra denne brukeren med benyttelsen av kognitiv terapi som terapiform. Det å kunne se hvordan dette påvirker personens tankemønster å se på sammenhengen mellom en depressiv lidelse og selvmordstanker. Det å se hvordan jeg som helsepersonell kan bevisstgjøre tankesettet og eventuelt muliggjøre bedring.

1.1 Databasesøk

Jeg gjennomførte artikkelsøk i databaser gjennom Høgskolen i Molde. De databasene som jeg søkte i var OVID nursing og OVID Medline.

Nøkkelordene som jeg søkte med OVID nursing var healthcare professional*, cognitive therapy, depressive disorder og suicid*. Jeg kombinerte depressive disorder og suicid* og cognitive therapy med depressive disorder og suicid*. Hver enkelt av søkeordene kunne gi veldig mange funn, men med kombinasjonen ble resultater 54 artikler i denne databasen.

Ut av funnene i denne databasen plukket jeg ut disse to artiklene:

- Behavioural activation and trial-based cognitive therapy may be beneficial to reduce suicidal ideation in major depressive disorder: A post hoc study from a clinical trial (Hemanny mfl., 2021).
- Cognitive therapy and interpersonal psychotherapy reducesuicidal ideation independent from their effect on depression (S. van Bentum mfl., 2021).

I databasen OVID medline brukte jeg samme søkeordene og kombinasjonen som i OVID nursing. Dette ga meg et mye større treff med til sammen 147 artikler. I denne databasen identifiserte jeg en artikler som jeg ønsker å inkludere i oppgaven:

- The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial (Forkmann mfl., 2016).

1.2 Forskning

I artikkelen «*Behavioural activation and trial-based cognitive therapy may be beneficial to reduce suicidal ideation in major depressive disorder: A post hoc study from a clinical trial.*» (Hemanny mfl., 2021) sammenlignet dem effekten av atferdsaktiverting (BA), prøvebasert kognitiv terapi (TBCT) – både lagt til antidepressiv (AD) behandling – og behandling som vanlig (TAU) for å lindre selvmordstanker hos pasienter med alvorlig depressiv lidelse (MDD). Funnene deres tyder på at BA og TBCT, sammen med antidepressiv behandling kan sannsynligvis redusere selvmordstanker hos pasienter med tilbakevendende eller kronisk MDD. Denne studien er en av få som evaluerer effekten av BA om selvmordstanker og den første som evaluerte TBCT for dette utfallet.

«*Cognitive therapy and interpersonal psychotherapy reducesuicidal ideation independent from their effect on depression*» (S. van Bentum mfl., 2021) brukte to depresjonsbehandlinger for å se om det ville bidra å redusere suicidaliteten.

Behandlingsformene som ble brukt var kognitiv terapi (CT) og interpersonell psykoterapi (IPT) og utforsket de tidsmessige assosiasjonene mellom depresjon og selvmordstanker (SI) løpe av terapien. Resultatene viste at SI sank signifikant under behandlingen og det var ikke forskjelleffekter på de to behandlingsformene. Depresjonsbehandlingene hadde også en direkte assosiasjon med SI og det kunne være mest fordelaktig å behandle SI først.

«*The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial.*» (Forkmann mfl., 2016) ville se på effekten av Mindfulness fra kognitiv terapi (MBCT) og ved behandling av individuelle behandlinger (TAU) av psykiatere eller lisensiert psykoterapeut og kognitiv atferdsanalyse System of Psychotherapy (CBASP). Resultatene viste at det var multivariate regresjonsanalyser som viste til ulike resultater på selvmordstanker (SI), basert på om de ble vurdert via selvrapporing eller klinikkvurdering. Betydelig reduksjon av SI ved klinikkvurderingen i MBCT- og CBASP-gruppen, men ikke i TAU-gruppen mens de kontrollerer for endringer i depresjon, var det ingen signifikant effekt av behandling på SI ved vurdering via egenrapportering.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan helsepersonell anvende kognitiv terapi i møte med en mann som har en depressiv lidelse og selvmordstanker?

2.0 Teori

2.1 Kognitiv terapi

Haugsgjerd (2015) skriver at i kognitiv terapi forsøker en å kartlegge og påvirke menneskets tankeliv. Det er en anbefalt behandlingsmåte for personer med moderate depresjoner og angst.

Berge (2011) skriver at kognitiv terapi oppleves som en varm og følsom terapiform og ligger nær pasientens tenkning og enkeltes fortvilelse, angst, sorg, sinne, skam, skyldfølelse og lengsler. Det legges opp til at det skal være et tett samarbeid mellom pasient og terapeut og skal baseres på likeverdighet. Det fokuseres på å bruke et fenomennært og jordnært språk, tett opp mot virkeligheten pasienten selv erfarer. Kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten til å mestre livsproblemer og hjelpe til å endre uhensiktsmessige tankemønstre som er forbundet med problemene, og som også kanskje har bidratt til problemene. Terapeuten oppfordres til et mer aktivt og mer strukturert i samarbeid med pasienten. Deprimerte pasienter har god effekt av dette siden det begrenser muligheten for negative tolkninger. Likevel må vi respektere pasientens virkelighetsbilde og akseptere at pasienten tror på sin negative virkelighetsopplevelse. Terapeuten skal fremstå som en ledsager eller guide, en instruktør i sokratisk form. Ved bruk av sokratisk spørreteknikk så skal ikke terapeuten overbevise pasienten at den «tenker feil», men gjennom spørsmålene så skal en først og fremst stimulere til en refleksjon rundt egen tenkning og problemløsning. Pasientens egne forslag til alternative tanker viser seg å være de beste og skal ligge til grunnlag.

Kognitiv terapi er en øvelse med sitt indre der pasienten skal utvikle evnen til å utforske egne tanker å klare å sette spørsmålstegn hvis en blir fastlåst i et tankesett. Det blir et samarbeid mellom pasienten og terapeuten, men det skal i hovedsak rette seg inn på hvordan pasienten har det med seg selv i hverdagen i nåtid. Det er pasientens opplevelse av en situasjon og behovet til pasientens om skal stå i sentrum i behandlingen. Det har blitt satt opp tre sentrale mål i terapien der en skal få kontroll over problemet, forstå hva som har bidratt for å opprettholde dem og finne metoder som kan brukes for å forebygge nye problemer (Berge 2011).

2.2 Depresjon

I kognitiv terapi ønsker en å begrense skadevirkningene av de stadige negative tankene og grublingene som en får. Det blir tatt opp både positive og negative sider ved bekymring og grubling og kunne gi konkrete råd for å kunne begrense denne bekymringen og grublingen. Det blir også lagt opp til en aksept til at de depressive tankene er det, uten at en skal bli redd for dem eller oppleve det som et personlig nederlag, det å kunne se på mulighetene for å håndtere symptomene på en konstruktiv måte (Berge 2011).

Typiske symptomer på depresjon kan for eksempel være nedstemthet, trøtthet, nedsatt aktivitetsnivå, konsentrasjon, oppmerksomhet, matlyst, interesse, redusert selvfølelse og selvtillit, økt skyldfølelse og verdiløshet og tanker på selvskading eller selvmord. En alvorlig depresjon kan oppleves som en somatisk sykdom med symptom som tretthet, smerter og en følelse av å være utbrent. Ved en depressiv lidelse så har en enten enkelte eller gjentatte episoder med depresjon, eller så kan en være jevnt deprimert over tid (Snoek 2012).

Snoek (2012) skriver også at depressive lidelser ofte kan ses på som kronisk diagnose. En slik diagnose kan ofte gi tydelig redusert livskvalitet, men ikke nødvendigvis føre til en funksjonsnedsettelse i hverdagen. Når en depressiv lidelse svinger, øker initiativet og handlekraften ofte, før en får tilbake livsmotet. I denne fasen øker faren for at pasienten kan ta sitt eget liv.

2.3 Negative tanker

Berge (2011) skriver om fire punkter innen negative tanker. For det første så er vi ikke bevisste i det vi tenker på til enhver tid. Vi ser ikke alltid på tankene, men fra dem og gjennom dem. Berge (2011) skriver at vi mennesker «svømmer» i tankene våre og involverte i dem at vi ikke legger merke til at dem alltid er der. For det andre så vil mange av tankene våre ofte ha et ikke-verbalt innhold, at dem ikke fremstår som ord. Vi har behov for å «oversette» tankene til ord, slik at det kan bli lettere for å reflektere rundt betydningen av dem. For det tredje så kan negative tanker være vanskelig å gripe tak i, da dem kan være ubehagelige å gjenkalle. En kan også oppleve at en har tanker som er kortvarige og en er ikke alltid da klar over at dem reiser gjennom hodet og blir kalt for

«automatiske» tanker, altså selvdrevne tanker. Tankene har blitt til en vane og er bare der og tankene godtas som sanne og gyldige.

Negative automatiske tanker innebærer ofte en overvurdering av muligheten for eller alvorligheten av en fryktet hendelse. Tankene kan også ha en undervurdering av egen mestringsmulighet, eller av andres mulighet til å vise forståelse og yte bistand. Kognitiv terapi retter seg mot å undersøke alternativer til de negative indre samtalene. For å kunne styrke pasientens tro på og evne til å løse problemene, blir det bygd på et aktivt samarbeid og på prinsippet om sokratiske dialog (Berge 2011).

2.4 ABC-modellen

Ved hjelp av ABC-modellen som et verktøy, blir kognitiv terapi brukt som en øvelse i å se på tankene, ikke bare fra dem eller gjennom dem. Det å kunne trene på å se på sine egne negative tanker fra sidelinjen, ikke være en del av dem og ta dem for gitt (Berge 2011). Berge (2011) skriver videre at tankene ikke er fakta, men at det bare er tanker. Tankene kan være gyldige, ugyldige, konstruktive eller nedbrytende. Det er sentrale premisser for kognitiv terapi:

- Ofte fortvilelse, urolige eller deprimerte ut fra de tankene som vi gjør oss av hendelser, ikke bare på hendelsene i seg selv.
- Endringer i tanker kan føre til endring i følelser.
- Det å kunne få kunnskap om hvilke tanker som hemmer eller fremmer mestring, tilpasninger eller endringer.

Det sier da at for å kunne endre de negative tankemønsteret, er det ofte nødvendig med systematisk arbeid.

Utgangspunktet for kognitiv terapi ved en depresjonslidelse er å skape en trygg og tillitsfull relasjon. Dette ønsker en å oppnå gjennom empatisk refleksjon og bruk av sokratiske spørsmål. Det er ønske om at pasienten skal klare å finne en fin balanse mellom nødvendige gjøremål og aktiviteter som fører til en opplevelse av mestring og tilfredsstillelse (Berge 2011).

Berge (2011) skriver videre at en sentral del av terapien skal bestå i å lære pasienten til å identifisere de negative tankene sine. Terapeuten prøver fra starten av å forstå hvordan pasienten tenker i de konkrete situasjonene, for å kunne drøfte med pasienten om

sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger til pasienten. Det er metoder som er nyttige for systematisk kartlegging, spørsmål og gradering av troverdighet. Pasienten skal jobbe med å reflektere over gyldigheten av de deprimerte tankene og få prøvd ut alternative tankemåter. De negative og dysfunksjonelle forventninger og antakelser ligger til grunn for pasientens virkelighetsopplevelse og får i denne sammenheng en større oppmerksomhet under behandlingen. Holdninger som er knyttet til verdiløshet, meningsløshet og håpløshet står også sentralt i behandlingen.

2.5 Motiverende intervju

Berge (2011) skriver at motivasjonsbygging er viktig for å få kontroll over depresjon og angst. Ved lengre tid med psykiske vansker så kan motivasjonen svekkes, en kan få mindre tro på seg selv og en kan kanskje være redd for å gå på et nytt nederlag. Gjennom motiverende intervju skal samtalen gå ut på å utvikle motivasjon mot de viktige målene som de setter seg. En skal diskutere hvilke fordeler og ulemper ved en endring og finne motivasjonen hos pasienten. Videre skriver Berge (2011) at pasienten og terapeuten diskuterer hva som kan være lure endringer ved en eventuell endring i tenkemåte, konkrete handlinger eller livsstil.

Berge (2011) skriver videre at motiverende intervju kan være et godt hjelpemiddel og at vi skal motivere disse personene til å se på de viktige målene som de har satt seg, men en må da kunne danne en relasjon til disse for å klare å kunne endre tankemåten og handlingene som de har. Det å kunne finne frem til pasientens ressurser, interesser og sterke sider blir viktig i dette arbeidet.

2.6 Selvmord

Berge (2011) skriver den beste måten til å få kunnskap om hvorvidt en person har planer om å ta sitt eget liv, er gjennom en konkret og åpen diskusjon. En slik samtale kan oppleves skamfull og smertefullt å snakke om og det er viktig at terapeuten formidler varme, trygghet og en entydig akseptering av personens beskrivelse. Videre skriver Berge (2011) at relasjonen er grunnlaget og kvaliteten mellom pasient og terapeuten er avgjørende for et godt resultat. Pasienten skal oppleve at terapeuten er engasjert og har forståelse for problemene, men ved et for stort engasjement fra terapeuten, kan det

oppleves motsatt for pasienten og føre til at et resultat kan bli fraværende i terapien. Berge (2011) skriver om validering, eller gyldiggjøring, der terapeuten skal formidle til pasienten at reaksjonen til pasienten er forståelige og står i lys for livssituasjonen. Videre så er fleksibilitet et viktig stikkord, der terapeuten går fra en lyttende rolle til en mer aktiv rolle.

Når terapeuten bekrefter pasienten som et enkeltindivid, bekreftes alt ved personen. Hva en opplever, føler, tenker, gjør og sier, ikke bare deler av personen. Personen blir anerkjent for hvordan en er som person, med styrker og svakheter, muligheter eller problemer.

Terapeuten har tro på pasientens evne til å mestre sine livsmål, og behandler dem ikke som en skjør gjenstand. En kan konfrontere og utfordre pasienten når det er behov for det, men spiller også over på terapeuten, at den kan være ekte og kongruent i sine reaksjoner.

Terapeuten må kunne bli autentisk menneskelig møte og reagere spontant i øyeblikket (Berge 2011).

3.0 Narrativ

I narrative mitt så ønsker jeg å fortelle om en voksen mann som heter Thomas. Han har mottatt tjenester, i form av samtaler, fra kommunal psykisk helse over mange år. Lever alene i egen leilighet, forresten, han har en hund som samboer, og har datter fra et tidligere forhold, men datter bor fast hos mor.

Jeg ønsker å fortelle om en samtale på en helt vanlig dag. Solen skinte og vi var ute og gikk tur, jeg, han og hunden. Vår avtale var å gå en tur under samtalen i dag. Det var fin temperatur og hadde ikke behov for noe jakke. Han hadde på seg bukse, genser og en caps. Capsen bærer preg over mangel på vask, noe som kan tyde på at den er ofte brukt. Etter en stund med fysisk aktivitet, begynte det å glinse i pannen til Thomas. Svetteperler begynte å trille nedover kinnene hans. Svetten som trillet nedover kinnene fikk en misfarging fra capsen.

Vi snakker om løst og tynt, helst ikke så veldig mye oppmerksomhet på sykdom, da han klarer å tenke nok på det i eget samvær. Vi har hatt kontakt siden jeg startet opp i kommunal psykisk helse i januar 2020 og fikk med en gang en veldig fin kjemi. Vi ler, små kjefter på verden, har fine filosofier om hvordan vi skal løse verdensproblemer og føler at vi har en venn som vi kan fortelle kjedelige ting til.

Hans historie er preget av mange år med depresjon som til tider styrer livet hans. Det har også ført til at han, over en lengre tid, har utviklet selvmordstanker, der han faktisk har prøvd å gjennomføre et selvmordsforsøk for mange år siden.

Denne fine sommerdagen gjennom parken, kommer vi inn på temaet om selvmord. Jeg forteller han at jeg undres veldig og er nysgjerrig på det å kunne klare å forstå hvorfor, eller hvordan, noen kan ta det endelige valget med å gjennomføre et selvmordsforsøk. Han svarer: «Det er så mørkt inne i deg selv, at du er ikke selv alene om å ta det steget til å gjennomføre forsøket.» Denne setningen gjør meg enda mer undrende til hvorfor det kan bli så mørkt som han forteller. Videre forteller han at for et tiår tilbake i tid, og litt til, så hadde han denne mørke følelsen dekt over hver ei celle i kroppen. Han sa at det ikke var et eneste lyspunkt som han klarte å fange opp med blikket, eller følelsen av et håp. Han var dypt deprimert og hadde en sterk følelse av håpløshet. Disse tankene hadde kommet inn i en ond sirkel og det var bare de negative tankene som kom frem. Disse tankene gjorde at han endte opp med en selvmordsplan til ytterste detalj. Han hadde dratt i butikken og kjøpt et tau, et helt vanlig kjedelig tau, og gikk inn i skogen. Der fant han et tre som passet bra til

hans hensikt denne mørke og tunge dagen. Laget ei passe stor løkke, festet tauet til treet, tok løkken rundt nakken og tok det siste steget. Det skulle være meningen at det skulle være det siste steget, bokstavelig talt, men greinen knakk og han falt i bakken.

Det var vel kanskje ikke den mest profesjonelle reaksjonen fra min yrkeskarriere denne dagen, etter denne alvorlige historien, at jeg lo litt? Det kom et knis ut fra munnviken hans, formet seg om til et smil. Ut fra det forsøket, tolket han det som et tydelig tegn på at det ikke var hans tur enda.

Han forteller videre denne dagen at ved neste selvmordsforsøk som han eventuelt skal gjennomføre, så skal han gjøre det på en måte som virkelig gjelder og at det blir det siste steget, eller åndedrettet som han trekker i denne verden. Han har lest seg opp på den mest effektive løsningen, og det vil være med å injisere seg selv med luft i blodårene. Ved å ha en samtale, hjelper det han å komme seg videre og flytte de sykelige tankene som han har, bort for en kort periode. Han forteller at hverdagen bærer mye preg av depresjon og depressive tanker, men samtalene som vi har gir han et lite lysglimt i hverdagen. Dette gir han et holdepunkt for å fortsatt være til stede den dag i dag.

Han sier at disse tankene om selvmord, tar en veldig stor del av livet hans og har gått over til tvangstanker som bare er der. Det er enda ikke noe konkret i de tankene, de er der bare. Det som gir han noe styrke i hverdagen, er å være det for sin datter og se at hun vokser opp. Han sier at datteren hans betyr veldig mye for han og kan bidra å sette noen mål i livet sitt.

Jeg avsluttet samtalen for i dag og takket for den historien som han fortalte og den åpenheten han gir meg i de samtalene som vi har. Beklaget meg for den som jeg viste til en så alvorlig hendelse i hans liv. Han viftet det bort og synes det er noe komisk i det selv.

4.0 Drøfting

Arne Repål publisert en fagartikkel i 2015 som het «*Kognitiv atferdsteori ved selvmordsfare*». Der tar han for seg akkurat det som jeg ønsker å belyse i denne fordypningsoppgaven. I artikkelen beskriver Repål (2015) bruken av atferdsterapi innen kognitiv terapi, med fokus på å bygge håp og redusere negativ tenkning, som skal videre bidra til å redusere selvmordstanker. Den deprimerte vil ha tankemønstre som er preget av automatiske negative tanker. Repål (2015) beskriver en del metoder som er sentrale for å bidra til arbeidet med å skape håp og redusere selvmordstanker.

Jeg ønsker å se dette også opp mot den relasjonen som blir dannet mellom meg som terapeut og Thomas som pasient fra narrative mitt. Jeg ser på relasjonsbyggingen som viktig og Berge (2011) skriver om meg som terapeut skal være en tillitsfull og trygg person for Thomas i en depresjonslidelse. I samtalen som jeg skriver om i denne oppgaven, fikk jeg en automatisk reaksjon som ved at jeg lo når han fortalte at greinen knakk under selvmordsforsøket. Dette er noe som er langt fra en profesjonell reaksjon fra meg som skal være en støtteperson til Thomas, en person som han kan betro seg til. Jeg ønsker også å tenke at den relasjonen som vi har utviklet, så var det en liten akseptabel reaksjon, uansett at den ikke var en støttende reaksjon for hans del. Men i denne situasjonen så fikk vi også snakket om det og jeg fikk beklage min reaksjon.

Kognisjonen vår baserer seg på måten vi tenker omkring en hendelse og vil også påvirke hvilke følelser som blir knyttet til hendelsen. Berge (2011) skriver betegnelsen på kognisjon på menneskets kontinuerlige bearbeidelse av informasjon. Da bruker han eksempel som hvordan vi tenker på, forestiller oss eller minnes en hendelse. Dette gjennom en pågående indre samtale, tenker vi over, ser for oss hvordan vi opplever det, kommenterer våre handlinger og forestiller oss hva som vil skje. En setning som William Shakespeare skrev i Hamlet, og som Berge (2011) har sitert til også, synes jeg er beskriver dette veldig godt: «There is nothing either good or bad, but thinking makes it so.» Denne setningen ble sagt under Hamlet act 2, scene 2, 239-251. Denne hendelsen rundt selvmordsforsøket som Thomas snakker om, er selvfølgelig en alvorlig hendelse og en skal ta dette på alvor, men ut fra fortellingen som Thomas hadde denne dagen, så hørtes det ut som en komisk scene i en komedie film. Dette speiler seg mer i at jeg ikke har noe spesiell relasjon til selvmord før jeg startet å jobbe tettere innpå det. Jeg har selvfølgelig hørt om det og synes at det er veldig trist at det skjer, men har ikke snakket med noen som har prøvd

å gjennomføre et selvmord. Med min uvitende erfaring, så hadde jeg kanskje ikke evnen til å ta det helt alvorlig under fortellingen til Thomas.

Videre skriver Berge (2011) at vårt personlige tankemønster eller personlige stil eller tidligere erfaringer, vil påvirke hvordan vi tenker om en hendelse og at det kan være med på å forklare hvordan to personer kan reagere forskjellig på en hendelse. Min reaksjon er selvfølgelig en reaksjon som jeg vil være klar over i senere samtaler som kan omhandle selvmordstanker eller forsøk, og det er ikke en reaksjon som jeg ønsker skal gjenta seg flere ganger. Berge (2011) skriver at terapeuten skal være ekte og kongruent i sine reaksjoner. Dette skal være påfølgende med at terapeuten skal bli autentisk menneskelig i møte og kunne reagere spontant i øyeblikket. Det vil jeg si at jeg gjorde i dette øyeblikket, men kanskje ikke det beste øyeblikket å være så spontan på. Her kan jeg faktisk benytte meg av teori som støtter opp på min reaksjon, men uansett om det er teori på det, så vil jeg heller ikke si at det er slik vil reagere på, men at det viser til at jeg som terapeut kan ikke alltid gjøre det som er teoretisk rett. Jeg vil også si noen ord på at dette ikke ødela noe for får relasjon, men at det kanskje kunne styrke den. Jeg tenker at dette vil vise at jeg er menneskelig i møte med Thomas når jeg kan vise til mine reaksjoner i samtalen som vi har. Det med at jeg kanskje kan definere mine tanker opp mot en mer humoristisk reaksjon, vil jeg konkludere at grunnlaget til denne reaksjonen kan ses opp mot at jeg ikke har samme erfaring i tankelivet som Thomas har. Jeg har ikke kjent på de tankene som han bærer på, derfor tror jeg at ut fra mitt liv og erfaringer, legger grunnlaget til at jeg ikke helt klarer å ta det like seriøst som det Thomas gjør.

Berge (2011) skriver om de ulike følelsene som vil knyttes opp mot forskjellige tankemønstre. Angst eller frykt kan knyttes opp mot tanker om trussel eller fare, depressive følelser med tanker om feil, tap, verdiløshet, meningsløshet eller håpløshet. Motsatt så kan det være vanskelig å se på en deprimert person uten å tenke oss til at den har mørke eller negative tanker. Dette er et eksempel på hvordan tanker og følelser henger sammen og som vi til vanlig kan ta for gitt. Med dette så tenker jeg at Thomas ser ut som en vanlig mann på gaten, du kan ikke se at han har en diagnose på papiret sitt eller at han har utfordringer i hverdagen. Vi mennesker kan ha veldig lett med å dømme mennesker etter noen sekunder og kun gjerne etter utseende.

Et aktivt samarbeid er sentralt i benyttelse av kognitiv terapi. Som skrevet i narrative så forteller Thomas om sin selvfølelse, og som Berge (2011) skriver så er pasientens negative virkelighetsoppfattelse reel og dette har Thomas virkelig tro på. Berge (2011) skriver også at i en alvorlig depresjon så er tankesystemet til grader ugjennomtrengelig og dette

tankesystemet kan hjelpe Thomas å ha struktur og mening, uansett om det er mørkt og trist.

Når terapeuten klarer å bekrefte pasienten som et enkeltindivid, skriver Berge (2011) at da vil alt ved personen bekreftes. Hva en opplever, føler, tenker, gjør og sier, ikke bare deler av personen. Personen blir anerkjent for hvordan en er som person, med styrker og svakheter, muligheter eller problemer. Terapeuten, som er jeg i denne sammenheng, skal ha tro på Thomas sine evner til å mestre sine livsmål, ikke behandle dem som en skjør gjenstand, men også kunne ha mulighet til å konfrontere og utfordre Thomas når det er behov for det i det tankemønsteret som han er i.

Jeg og Thomas snakker videre om hva som er grunnlaget for Thomas med å leve, noen som han gjentar er datteren sin. Thomas reflekterte selv over egen handling i skogen, at det var ikke hans tur da med å ende sitt liv, at det var ei mening med at greinen knakk, at det var et tegn på at han skulle fortsatt leve. Berge (2011) skriver at motiverende intervju kan benyttes som et godt hjelpeverktøy for å få kontroll over depresjon og angst, men også til å motivere dem til å se på viktige mål som dem kan sette seg. Det at Thomas kan prøve å endre tankemåten sin å se på de ressurser og de sterke sidene som han har. Ved videre samtaler med Thomas, så forteller han at rundt hans datter så har hun hatt en del vansker og som også har vært økende den siste perioden. Han ønsker å gi henne den kunnskapen som han har og bistå henne med å håndtere hvilke utfordringer som livet kan by på, da han kjenner seg igjen i mange av problemene eller utfordringene som hun står i nå. Han har også uttrykt at han selv ønsker å kunne sette ord på følelser som en mann kan ha rundt følelser og vanskeligheter som livet kan gi. Det å selv gjøre det synlig for verden at det er normalt å ha følelser som ikke alltid er like bra eller enkle. Med dette så vil jeg si at han selv er veldig reflekterende over egen situasjon og forstår hvilke begrensninger som det kan gi, men også hvilke positive sider det kan ha. Berge (2011) skriver at med bruk av kognitiv teori så skal en ha en øvelse med sitt indre og klare å stille spørsmål med egne tanker og utforske dem for å ikke sette seg fast i eget tankesett. Dette vil jeg kunne se opp mot at Thomas ønsker å sette ord og belyse at alt er ikke bra og at det skal kunne deles med flere mennesker og gjøre denne problematikken mer synlig og ikke som en problematikk som skal dekkes over.

Ved bruk av kognitiv teori så skal det være et samarbeid mellom pasienten og terapeuten og skal i hovedsak konsentrere seg om hvordan Thomas har det med seg selv i dag. Det er hans opplevelse av en situasjon som skal stå i sentrum av en behandling. Jeg jobber i en kommunal sektor og skal ikke se på meg selv som en behandler, men som en samtalepartner. Jeg klarer å kjenne meg igjen i bruken i mye av de hjelpemidlene som er beskrevet innen kognitiv terapi og ser at jeg benytter meg av teorien i kognitiv terapi ubevisst i samtaler. Det er som om det bare faller seg inn naturlig å benytte sokratiske spørsmål som Berge (2011) skriver om, der pasienten skal klare å finne en balanse mellom nødvendige gjøremål som en kan ha, og aktiviteter som kan bidra med at Thomas kan få en opplevelse av mestring og tilfredsstillelse. Her vil jeg tru at ved å hjelpe datteren sin, så vil det bidra til at Thomas kan få en følelse av for eksempel mestring. For at jeg skal kunne forstå følelsene og tankene til Thomas først, så skriver Berge (2011) at en da videre skal kunne drøfte den sammenhengen som tanker, følelser og handlinger som Thomas kan ha. Jeg vil også definere noe av arbeidet mitt ut fra de sentrale målene i terapien og ser at jeg kan bidra Thomas med det som Berge (2011) skriver om det å kunne få kontroll over problemet og finne metoder som kan bidra til å forebygge nye problemer. Det å kunne forstå hva som har bidratt til å opprettholde problemene til Thomas. Haugsgjerd (2015) omtaler kognitiv terapi som en terapiform som skal forsøke å kartlegge og påvirke tankelivet til et menneske. Berge (2011) skriver at en skal benytte seg av et jordnært språk som skal ligge tett opp mot virkelighetens om Thomas opplever den. Jeg skal ved bruk av kognitiv terapi støtte Thomas med å mestre livsproblemer og bidra til å endre tankemønsteret som er forbundet med problemene og som kanskje også har bidratt til problemene. Opp gjennom tiden som Thomas har hatt utfordring med sin depressive lidelse og som også har ført til å utvikle selvmordstanker, så har Thomas selv fått en veldig god kunnskap selv til å finne metoder som kan bidra å hjelpe han. Uansett med sine egne metoder, så sliter Thomas fortsatt med daglige selvmordstanker, noe som han nå har gjort i flere år, men hvordan kan jeg bidra med å snu disse tankene, denne negative tankegangen, over til noe som kan skape mening og håp for Thomas til å ville fortsette å leve livet sitt videre? Det med å hjelpe han til å kunne se sine ressurser, sterke sider og sette seg mål og kunne føle mestring og håp. Det er dette som kognitiv terapi skal hjelpe meg som terapeut å jobbe sammen med Thomas om. Inne i denne terapiformen så er det viktig at jeg ikke vil konsentrere meg på hva som er de rette eller feile tanker, men at jeg viser forståelse til hvilken opplevelse Thomas har til sine tanker. Jeg må også passe meg for at det er ikke jeg som skal styre eller bestemme, men det er Thomas som bestemmer,

men at jeg kan være mer veiledende. Dette kjenner jeg er et utfordrende punkt i terapiformen, for jeg ønsker å hjelpe Thomas til å finne en løsning, jeg vil jo ikke at han skal lide eller ikke ønske å leve lenger, men det er ikke det som skal være fokuset i kognitiv terapi. Berge (2011) skriver at innen kognitiv terapi skal en gjennom øvelser se på tankene sine. Thomas skal klare å se dem fra sidelinjen og ikke ta dem forgitt. Vi kan fort «svømme» i de negative tankene våre og ikke legge merke til at dem kommer eller er der. Ved å oversette tankene våre fra ikke-verbalt innhold til ord, så skal det bidra til at en lettere kan reflektere rundt de tankene som en får. Dette skal da kunne bidra Thomas med å sette ord på tankene sine og at tankene kan forandre seg til en følelse rundt en handling.

Jeg ønsker å nevne motiverende intervju som et godt verktøy innen kognitiv terapi. Berge (2011) skriver at motiverende intervju er for å få kontroll over depresjonen og kunne bidra til å bygge motivasjon hos Thomas. Som Thomas hadde sagt, så tok han det som tegn når greinen knakk, så da må en kunne bygge videre på dette og utvikle motivasjon mot de målene som Thomas kan sette seg. Det kan for eksempel være at han gjør tanke til en handling når han snakket om det å kunne synliggjøre at en mann kan ha følelser som ikke alltid er enkle. Han har sagt tidligere at han ønsker å spille inn som en podcast og gjøre det da synlig for flere. Dette er noe som motiverende intervju skal kunne hjelpe Thomas med gjennom samtaler som en kan diskutere de fordelene og ulempene ved målene som en setter seg. Thomas kan lett gjøre en ting større enn hva det har behov for å være, at han skaper en større forventning til seg selv, og det kan lett ende med at han går på et nytt nederlag. Dette er noe som også Berge (2011) skriver om, at ved psykisk lidelse så er en redd for at en skal gå på et nytt nederlag og da føre til at en får mindre motivasjon eller mindre tro på seg selv senere. Utfordringer med personer som har en depressiv lidelse er å kunne klare å endre tankemønsteret, og se på sine ressurser, interesser og sterke sider. Her vil jeg også se på et av målene i kognitiv terapi som kan støtte opp under motiverende intervju som også blir vesentlig for Thomas, det med å finne metoder som skal bidra med å forbygge mot nye problemer. Hvis jeg skal benytte motiverende intervju som et verktøy, så er det viktig for meg å kunne klare å motivere Thomas til å kunne nå de målene som han setter seg.

Et annet verktøy som ofte blir brukt i kognitiv terapi er ABC-modellen. Ved denne modellen skriver Berge (2011) at en skal stå på sidelinjen å se på tankene sine. Her blir fokuset på hvilke tanker som vi gjør oss ved en hendelse, at tankene fører til følelser og at en må kunne få en kunnskap om hvilke tanker som bidrar til en blir hemmet eller fremmer

en endring. Berge (2011) poengterer om viktigheten for å kunne skape en trygg og tillitsfull relasjon og at en da kan oppnå en empatisk refleksjon og benyttelse av sokratiske spørsmål. Ved benyttelse av ABC-modellen så skal det kunne hjelpe Thomas med å identifisere de negative tankene og at jeg og Thomas kan drøfte sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger. Thomas skal også her kunne reflektere over gyldigheten av de deprimerte tankene som han har og prøve ut andre alternative tankemåter. En skal ved hjelp av ABC-modellen kunne klare å identifisere de negative tankene, kunne forstå hvordan tankene er i de konkrete situasjonene og drøfte sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger.

Snoek (2012) skriver at ved en vedvarende depressiv lidelse over en lengre periode, så kan det gå over til en mer kronisk lidelse. Dette er noe som vi kan se hos Thomas nå, da han har vært plaget med en depressiv lidelse i flere tiår. Uten at jeg har spurt Thomas så mye om detaljene rundt valget han tok når han skulle ende sitt eget liv, så vil jeg si at han kanskje var i en fase der depresjonen svingte. Han har sagt at han levde i en hverdag som var veldig mørk, der han trolig ikke hadde noe livsmot, og da igjen ikke klarte å se noe positivt i enden av tunellen. Ved at Thomas også forteller at de selvmordstankene som han har slitt med lenge, så kan en se dette også opp mot kronisk suicidalitet. Helsebiblioteket (2016) skriver at selvmordsfaren kan ses opp som sekundær til depresjonen.

Helsebiblioteket (2016) henviser til informasjon hentet fra sosial- og helsedirektoratet fra 2008, at hvis selvmordstankene eller planene er vedvarende, vil det gå over til en kronisk suicidalitet. Videre skriver dem at ved god behandling, så kan livskvaliteten og funksjonsnivået øke og selvmordstanker kan redusere. Dette er noe som også forskningen som jeg har inkludert i oppgaven kan vise til. Ut fra artiklene fra Forkmann m.fl. (2016), Hemann m.fl. (2021) og S. Bentum m.fl.(2021) som jeg presentert innledningsvis, viser det til at ved bruk av kognitiv terapi som terapiform, har det en betydelig effekt i behandlingen av deprimerte personer og samtidig redusering av selvmordstanker.

Berge (2011) skriver at den beste måten for å finne ut om en person har tenkt å ta sitt eget liv, er å ha en åpen diskusjon. Her vil det som Berge (2011) skriver om relasjon, det å ha en tillitsfull og trygg relasjon mellom terapeuten og pasienten være veldig viktig for å kunne ha denne åpne diskusjonen. Berge (2011) skriver videre at en samtale om selvmordsplaner eller forsøk, kan oppleves som skamfull og smertefull og at det da er viktig for terapeuten å formidle varme, trygghet og en entydig akseptering av personens

beskrivelse. Slik som jeg reagerte når Thomas fortalte om sitt selvmordsforsøk, så ble han ikke møtt med en akseptering av Thomas beskrivelse av hendelse. Ut fra denne reaksjonen som jeg hadde, så kunne relasjonen mellom meg og Thomas bli ødelagt, og det kunne også hendt at Thomas ikke ville tatt opp dette temaet igjen. Det kunne da ha ført til at han ble mer inneslutta og at vi ikke får noe ut av de samtale som vi har i ettertid. Ved at jeg lo, så kan det påvirke hvordan virkelighetsbildet til Thomas er, men også at jeg kan svekke motivasjonen til Thomas for å ønske å jobbe videre med de tankene som har gått med. Jeg ønsker å tro at vi har opparbeidet oss en veldig god relasjon i de møtene vi har hatt og hvordan samtale våre flyter, og at han selv også tok reaksjonen med et glis. Jeg klarer enda ikke å legge vekk tanken på hvor fort denne reaksjonen kunne tatt vekk tilliten mellom Thomas og meg som terapeut. Denne refleksjonen som jeg har hatt med meg selv i ettertid, har satt sine spor til hvordan jeg senere skal reagere, eller ønsker å reagere, til det som blir fortalt i samtaler. Men igjen så var dette en veldig spontan reaksjon og som Berge (2011) også henviser til om det menneskelige møtet og hvordan en kan reagere spontant i øyeblikket.

Snoek (2012) beskriver typiske symptom hos en deprimert med blant annet nedstemthet, nedsatt konsentrasjon, nedsatt oppmerksomhet, redusert selvtillit, økt skyldfølelse og tanker på selvskadning eller selvmord. Dette er flere beskrivelser som jeg også kan bruke på Thomas etter å ha blitt kjent med han. Ved å se på en deprimert person og knytte det opp mot kognitiv terapi som terapiform, så skriver Berge (2011) at en ønsker å begrense de skadevirkningene som negative tanker og grubling kan gi. Berge (2011) skriver videre at det blir tatt opp både negative og positive sider ved denne grublingen og kan bistå med råd og veiledning. Det blir også lagt opp til en aksept på at det er negative tanker og se mulighetene for å håndtere symptomene på en konstruktiv måte, ikke ta det som personlige nederlag. Ved de negative tankene skriver Berge (2011) at ved benyttelse av kognitiv terapi, skal en rette seg mot å undersøke alternativer til de negative indre samtale. For å kunne styrke pasientens tro på og evne til å løse sine problemer, skriver Berge (2011) at det blir et aktivt samarbeid mellom meg som terapeut og Thomas som pasient. Berge (2011) legger til at en skal bruke prinsippet om sokratisk dialog. I en kommunal sektor, der jeg har kun enkeltsamtaler, så blir dette ikke gjennomførbart. I en sokratisk dialog så baserer det seg på gruppesamtale, men hos meg så er ikke dette et alternativ som vi tilbyr. Dette er mer brukt ved spesialisthelsetjenesten.

Berge (2011) belyser viktigheten med at Thomas blir bekreftet som et enkeltindivid og får en bekreftelse av meg om at hans følelser, tanker, hva han gjør og hva han sier, at hele han blir sett i sammenhengen. Jeg kan anerkjenne han som den personen som han er, med styrker og svakheter, muligheter og problemer. Jeg viser til å ha tro på hans evne, men også være konfronterende og utfordre han hvis det er behov for det.

5.0 Konklusjon

Ut fra teori og forskning kan en se at det kan være en sammenheng mellom en depressiv lidelse og økt risiko for å utvikle selvmordstanker. En har også gjennom teori og forskning sett at det er en økt mulighet for at kognitiv terapi er en terapiform, kan det vises til å ha en positiv respons i behandlingen. Det å kunne fremheve viktigheten med en god relasjon mellom terapeut og pasient og det med å motivere pasienten til å se på andre tankemåter og hjelpe til å sette seg mål. Berge (2011) skriver at ved å danne seg mål ut fra den nye tankemåten, kan en finne frem til pasientens sterke sider, ressurser og interesser som pasienten kan ha. Ved bruk av kognitiv terapi som terapiform, vil det være en øvelse til å utfordre tankesettet som en har kanskje satt seg fast i.

Kognitiv terapi som behandlingsform har flere hjelpemiddel som for eksempel motiverende intervju og ABC-modellen, så skal dem bidra med å endre de negative tankene som en deprimert person kan ha. Slik som Haugsgjerd (2015) skriver så skal kognitiv terapi bidra til å endre menneskets tankeliv og det er en anbefalt terapiform for personer med depresjon. Ut fra de artiklene som har blitt presentert i oppgaven, kan de vise til funn der kognitiv terapi har hatt resultater med bedring ved personer som har hatt depresjon med selvmordstanker. Gjennom narrative mitt så ser jeg at benyttelse av kognitiv terapi i samtaler med en mann som har depresjon, så kan det bidra til å endre tankemønsteret og komme seg ut av de fastlåste tankesettet som han kan sette seg fast i.

6.0 Referanseliste

Berge, Torkil og Arne Repål. 2011. Den indre samtalen, lær deg kognitiv terapi. Oslo. Gyldendal. 3. utgave, 2. opplag.

Evjen, Reidunn, Knut Boe Kielland, Tone Øiern. 2014. Dobbel opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk. Oslo. Universitetsforlaget. 2.opplag.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/selv-mord-i-dodsarsaksstatistikken/>.

Publisert: 10.06.2021.

Forkmann, Thomas, Eva-Lotta Brakemeier, Tobias Teismann, Elisabeth Schramm, Johannes Michalak. 19.april 2016. «*The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial.*»

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2015. Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle. Kapittel 3, «*Det psykiatriske perspektivet.*» Oslo. Gyldendal. 3 utgave, 4.opplag.

Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/behandling-ved-kronisk-suicidalitet-tidsskrift-for-norsk-psykologforening>

Publisert: 03.05.2016

Hemanny, Curt, Eduardo Pondé de Sena og Irismar Reis de Oliveira. 22. september 2021. «*Behavioural activation and trial-based cognitive therapy may be beneficial to reduce suicidal ideation in major depressive disorder: A post hoc study from a clinical trial.*»

Repål, Arne. «*Kognitiv atferdsteori ved selvmordsfare*»
<https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/2158/2021>.

Publisert: 29.05.2015.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2012. Psykiatri, kunnskap, forståelse, utfordringer. Akribes forlag. 3. utgave, 5. opplag.

S. van Bentum, Jaël, Suzanne C. van Bronswijk, Marit Sijbrandij, Lotte H. J. M. Lemmens, Frenk F. P. M. L. Peeters, Marjan Drukker og Marcus J. H. Huibers. 10.mars 2021. «*Cognitive therapy and interpersonal psychotherapy reducesuicidal ideation independent from their effect on depression.*»

