



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

På hvilken måte kan kognitiv terapi være virksomt hos voksne personer med depresjon

Maja Aarnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 32

Molde, 22. april 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: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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:

Antall ord: 8395

Forord

Å skrive denne oppgaven har vært både lærerikt, slitsomt og motiverende. Jeg har vært heldig å få arbeidserfaring fra både et psykiatrisk sykehus og et behandlingssenter, hvor jeg har fått direkte tilgang og involvering i behandlingsforløp til personer som har det vanskelig. Der har jeg jobbet med personer som har forskjellige plager, og det å skrive denne oppgaven sett sammen med min erfaring har gjort meg mer bevisst på vår tanke- og handlingsmåte.

I en ellers travel hverdag har jeg jobbet hardt for å bli ferdig med denne oppgaven, som har gått utover både jul og nyttår. Jeg hadde ikke greid å skrive oppgaven så smidig om jeg ikke fikk så bra og gode tilbakemeldinger og veiledning som jeg gjorde, så jeg vil takke min veileder for god støtte.

Sammendrag

Oppgaven tar for seg et narrativ som omhandler noen av mine samhandlinger med en klient på behandlingssenteret hvor jeg var i praksis høsten 2021. Klienten slet med depresjon og samhandlingene jeg har valgt å inkludere var noen av dem jeg synes viser depresjon fra klienten sammen med hvordan vår allianse var på det tidspunktet.

Problemstillingene mine tar for seg hvordan kognitiv terapi kan anvendes for å hjelpe personer som sliter med depresjon og hvilke elementer som er viktig for å oppnå resultat i terapien.

I kapitlet for teori tar jeg for meg et utsnitt av teori som jeg anser relevant for min empiri og problemstilling, hvor jeg først skriver om depresjon, deretter om kognitiv terapi med underkapitler for noen hovedsynspunkter fra kognitiv terapi, roller og verktøy. Videre beskriver jeg mine samhandlinger i kapitlet «Empiri», hvor jeg belyser tre ulike interaksjoner som skjedde spredd utover en tidsperiode som viser en forskjell i min og klienten sin allianse.

I diskusjons-kapitlet diskuterer jeg min empiri og de ulike samhandlingene, diskusjonene og tankene jeg hadde i praksis i lys av teori jeg har beskrevet i teori-kapitlet. Jeg forsøkte å være kritisk til mine egne antagelser i samhandlingen og se situasjonene fra et annet perspektiv. Jeg var veldig ny på slik type arbeid og har aldri arbeidet på et behandlingssenter før, så jeg har blitt bevisst over at det er mye jeg burde gjort annerledes, og jeg forsøker å vise dette i diskusjonene.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Litteratursøk og relevant forskning	1
1.3	Problemstilling	3
2.0	Teori	3
2.1	Depresjon.....	3
2.2	Kognitiv Terapi	4
2.2.1	Kognisjon	4
2.2.2	Grunnleggende trekk	5
2.2.3	Kognitive skjema	5
2.2.4	Automatiske negative tanker.....	5
2.2.5	Allianse og terapeutrollen	6
2.2.6	Metodisk tilnærming	8
2.2.7	Endring i terapi.....	10
3.0	Empiri	11
3.1	Samhandling: 1	11
3.2	Samhandling: 2.....	12
3.3	Samhandling: 3.....	13
4.0	Diskusjon	14
4.1	Hvordan kan jeg forstå Sara ut ifra et kognitivt perspektiv.....	14
4.2	Hvilken type utfordringer møtte jeg når det gjelder arbeidsallianse?	16
4.3	Hvilken type kognitiv tilnærming hadde vært egnet tidligere?	18
5.0	Konklusjon	20
5.1	Forslag til videre forskning	21
6.0	Litteraturliste	22
7.0	Vedlegg	24
7.1	Vedlegg 1	24

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å utdanne meg som sykepleier for å hjelpe mennesker som trenger hjelp og jobben min består ofte av at jeg møter mennesker i krise og sorg. Som sykepleierstudent husker jeg at jeg valgte min siste praksisperiode på en alderspsykiatrisk avdeling. Etter å ha jobbet der i 2 år har jeg møtt mange pasienter med psykiske utfordringer og jeg synes det er lærerikt å se hvordan den psykiske og somatiske helsen henger sammen. Jobben min er til tider utfordrende, men også veldig givende.

Jeg ble først bevisst over hva kognitiv terapi er under en forelesning på Høgskolen i Molde 2020. Helt fra begynnelsen, i lys av andre terapiformer jeg fikk forelesning om så syntes jeg at kognitiv terapi var en veldig «rett på sak»-form for terapi. Dette ga meg interesse for terapiformen. Den fokuserer hovedsakelig på nåtid, da med hvilke problemer klienten opplever her og nå, men tar selvfølgelig for seg fortid som kan ha bidratt til dagens problemer. I tillegg er det våre målbare handlinger, tanker og følelser det fokuseres på.

Min kunnskap fra videreutdannelsen og erfaring fra praksis er noe jeg vil ta med meg videre og dra nytte av.

1.2 Litteratursøk og relevant forskning

Jeg har valgt å få litt veiledning av en bibliotekar før jeg startet å søke selv i ulike databaser slik at jeg best mulig var forberedt på egenhånd. Problemstillingen min var godkjent på forhånd slik at jeg fikk gode tips med tanke på valg av søkeord og databaser før jeg startet å søke. I min fordypningsoppgave har jeg tatt med totalt 5 forskningsartikler som belyser problemstillingen min. Det ble benyttet ulike databaser som Ovid Medline, ProQuest, PsycInfo, Oria og sykepleien.no for å finne relevant litteratur til oppgaven min.

Det ble inkludert 1 artikkel med tittelen «Positivity pays off...» fra Ovid Medline som ga meg totalt 261 treff. Jeg har brukt engelske søkeord som «depression» og «Cognitive Therapy» (se vedlegg 1). Jeg avgrenset søket med å finne forskning som var publisert fra år 2016 til 2021. Det ble gjort geografiske avgrensninger. Det ble inkludert Dansk,

Engelsk, Norsk og Svensk. I tillegg avgrenset jeg aldersgruppen til mellom 18-39 år. Til slutt inkluderte jeg kvalitative artikler og valgte «maximize specificity». Jeg leste mange sammendrag før jeg valgte å inkludere den ene artikkelen. Jeg har også utført manuelle søk ut ifra min problemstilling og fant totalt 4 artikler som ble inkludert i fordypningsoppgaven.

Forskningsartiklene jeg har inkludert i denne oppgaven tar for seg kognitiv terapi med fokus på allianse, grubling eller drøvtygging, positiv-fokusert terapi og effekten av kognitiv terapi for psykiske plager forårsaket av somatisk sykdom.

Panchal mfl. (2020) tar for seg hvorvidt KAT kan være effektivt som et ledd i en tverrfaglig behandlingsplan for pasienter som opplever psykiske plager på bakgrunn av annen somatisk sykdom. Forskningsresultatet viser hvordan en klinikk har klart å integrere behandling og kartlegging av forholdet mellom langvarig fysisk sykdom og mentale problemer, og viser hvordan tilpassing av KAT i behandlingen kan bidra til å hjelpe til mot mentale problemer og skape større aksept for sin fysiske sykdom.

Geschwind mfl. (2020) utførte en kvalitativ studie for å finne kontraster mellom KAT med positive hendelser som fokusområde og vanlig KAT. Et av de største symptomene på depresjon er fravær av positive følelser, i tillegg til vanskeligheter med å gå vekk fra negative tanker. Positiv KAT har i stor grad som hensikt å få frem positive tanker. De fleste fra studiet mente positiv KAT var tungt i starten, men ble vant til det og syntes det var å foretrekke, fordi de fikk positive tanke og følelser.

Hvenegaard mfl. (2015) sin forskning studerer hvorvidt det å rette søkelyset i terapi på å motvirke drøvtygging, eller overdreven grubling, over negative hendelser kan ha en god effekt. Grubling over negative hendelser er et vanlig symptom og mange som opplever tilbakefall etter depresjon har dette symptomet. Målet med denne type terapiform er å lære klienten å motarbeide destruktiv grubling. Resultatet var ikke absolutt, men det kan være et alternativ til vanlig KAT for klienten som opplever tilbakefall, spesielt om grubling er et symptom.

Webb mfl. (2011) studerer hvilke komponenter av den terapeutiske alliansen som har størst innvirkning på symptombedring. Funnene viser hvor viktig en terapeutisk allianse er

dersom man skal oppnå resultater, men størst av alt var det «agreement»-komponenten som var viktig. Dette innebærer at klient og terapeut har en felles enighet og forståelse av hverandres roller og av terapien.

Ryum og Stiles (2005) sin forskning studerer på hvor viktig en terapeutisk allianse er for at resultat skal dannes fra terapi. Deres funn viser hvordan en god allianse ikke bare er assosiert med måloppnåelse i terapi, men at det også kan være grunnlag for måloppnåelse.

1.3 Problemstilling

Målet med oppgaven er å finne ut hvordan man som psykisk helsearbeider kan hjelpe mennesker med depresjon ved hjelp av kognitiv terapi med fokus på alliansebygging.

Dette gjenspeiles i følgende problemstilling:

På hvilken måte kan kognitiv terapi være virksomt hos voksne personer med depresjon?

Videre ut ifra ovenstående vil det også utforskes følgende delproblemstillinger:

- 1) Hvordan kan jeg forstå Sara ut ifra et kognitivt perspektiv og hvordan kunne jeg brukt en kognitiv tilnærming?**
- 2) Hvilken type utfordringer har jeg møtt når det gjelder arbeidsallianse?**
- 3) Hvilken type kognitiv tilnærming hadde vært egnet tidligere?**

2.0 Teori

2.1 Depresjon

Norsk legemiddelhandbok (2021) skriver at fem prosent av alle mennesker i verden har en depresjon som egentlig er behandlingstrengende og ca. tjue prosent av kvinner og ti prosent av alle menn vil oppleve å få depresjon i løpet av livet. Depresjon deles inn i mild, moderat og alvorlig depresjon og når man opplever seg deprimert er det en rekke symptomer som er utpreget, som tap av glede og tapt interesse for ting man ellers hadde interesse for, senket stemningsleie, søvnforstyrrelse i form av at man sover mindre eller plutselig mer enn før, nedsatt matlyst eller økt matlyst. Andre symptomer kan være dårlig hukommelse, nedsatt konsentrasjon. Mennesker som er deprimert har dårlig selvtillit og

tenker ofte negative tanker om seg selv, er preget av skyldfølelse og tar alt i verste mening. De grubler ofte over negative hendelser og ser mørkt på fremtiden, som igjen kan føre til at noen tar sine egne liv siden man ikke ser noen ende på depresjonen (Norsk Legemiddelhåndbok 2021).

Ved diagnostisering skjer dette gjennom observasjon og intervju, og det blir ofte brukt Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS; Norsk legemiddelhåndbånd 2021) under kartlegging av depresjonen. Hvilken grad av depresjon man får er alt etter hvor mange symptomer som er til stede. Har man for eksempel 7 eller flere symptomer kan man havne under kategorien: alvorlig depresjon (Norsk Legemiddelhåndbok 2021). Lettere depresjon går som regel over av seg selv og milde depresjoner behandles som regel av psykolog eller helsearbeider før en eventuell medikamentell behandling starter (Berge og Repål 2013).

Når depresjon oppstår er det viktig å tenke over at det ofte er sammensatt av ulike årsaker og er nært knyttet opp mot kultur, samfunn, biologi og arv. Det kan også komme av mange andre årsaker, som opplevelsen av tap og andre sterke påkjenninger (Berge og Repål 2018). I tillegg er det verdt å merke at mange ikke får behandlet sin depresjon fordi de enten ikke makter å gjøre noe, ikke vet at det er hjelp å få eller at man ikke forstår at man er deprimert. Som deprimert vil man oppleve livet som blant annet tomt og meningsløst, man er tappet for energi og et stort problem er også at nåtiden blir stjålet fra deg. Tiden går heller på grubling over tidligere hendelser og fortiden, men også frykten for fremtiden (Berge og Repål 2013).

2.2 Kognitiv Terapi

2.2.1 Kognisjon

Med kognisjon menes vår måte å bearbeide informasjon på, noe som foregår kontinuerlig gjennom indre tanker, forestillinger, minner og opplevelser. Vi er som regel ikke oppmerksom på våre indre samtaler, men de er i høyeste grad med på å bestemme hvordan vi opplever, føler og tenker omkring hendelser på. Ofte kan man oppdage at man selv har spesielle tankemønstre omkring hendelser på, som kan være forskjellig fra andre personer sine tankemønstre, som gjør at vi opplever og føler forskjellig fra andre. Vår kognisjon kan være selvdestruerende dersom de hele tiden går i negativ retning (Berge og Repål, 2018).

2.2.2 Grunnleggende trekk

Kognitiv terapi er en terapiform som forsøker å hjelpe klienten til å bli sin egne hjelper. Dette gjøres ved å lære bort å sette spørsmålstegn til tanker, drøfte og reflektere over om ting kanskje ikke er akkurat slik man tror og tenker, og å hjelpe klienten å omgjøre gamle fastlåste tankemønstre (Berge og Repål 2018). Wilhelmsen (2005) beskriver kognitiv terapi som en strukturert og fokusert terapiform, med dagsordren for terapitimene, selv om disse kan avvikes i løpet av timen. Dette gjør at også klienten er informert om hva som vil skje og kan, og skal, være en aktiv deltager i sin egen terapi. Beck (2013) beskriver kognitiv terapi som en kortvarig, nåtidsfokusert og målrettet psykoterapiform mot depresjon. Også Nielsen og Von Der Lippe (1993) beskriver terapiformen som effektiv mot depresjon.

2.2.3 Kognitive skjema

I kognitiv terapi benyttes betegnelsen «kognitive skjema» om måten vi organiserer, og strukturer informasjonen vi får slik at den er lett tilgjengelig som en referanse eller hjelpemiddel for å senere tolke og forstå lignende situasjoner. Disse skjemaene inneholder grunnleggende informasjon om objekter, situasjoner, hendelser og opplevelser. Når vi befinner oss i situasjoner vil vi finne frem til relevante skjemaer, basert på tidligere lignende situasjoner, og benytte disse til å tolke og forstå situasjonen vi står i (Berge og Repål 2018). Tankene, forståelsene og tolkningene vi gjør oss vil også påvirke våre handlinger og følelser (Nielsen og Von Der Lippe 1993).

Nielsen og Von Der Lippe (1993) og Berge og Repål (2018) skriver at våre skjema dannes helt fra barndommen, basert på de erfaringene vi gjør, som betyr at hvordan vi tolker og forstår situasjoner, og også føler og handler i voksen alder er påvirket av vår barndom. Opplever vi gjentatte nederlag og sorgperioder gjennom barndommen vil de skjemaene som er etablert være påvirket av dette (Berge og Repål 2018).

2.2.4 Automatiske negative tanker

Automatiske negative tanker er sentrale i kognitiv terapi, fordi de i stor grad påvirker vår virkelighetsoppfatning, forståelse av situasjoner og følelser (Berge og Repål 2018).

Nielsen og Von Der Lippe (1993) beskriver dem som veldig korte og ufrivillige tanker som går gjennom oss. De er så korte at vi ikke registrerer dem bevisst, som igjen gjør at vi

tar dem som sanne, uten noen form for realitetsvurdering. Berge og Repål (2018) skriver også hvordan de for deprimerte kan føre til en kjede av negative automatiske tanker, som dermed drar den deprimerte lengre og lengre ned. Ifølge Beck (2013) kan man ved trening bli bevisst over sine automatiske tanker, ved å registrere følelsesendringer og reflektere over hvilke tanker det var som nettopp gikk gjennom hodet.

2.2.5 Allianse og terapeutrollen

Klient- og terapeut-alliansen er svært viktig skal man oppnå resultat i terapien, og det kan ta lang tid å skape en god allianse, alt ut ifra personligheten og lidelsen til klienten og hvorvidt terapeuten greier å forstå og tilpasse seg klienten sine behov. Hvor mye klienten engasjerer seg og er motivert i terapi avhenger mye av hvordan samarbeidet og alliansen er til terapeuten. Når det da er viktig at klienten er involvert i egen terapi, betyr det at alliansebygging er en viktig del av terapien. Noen stikkord for hvordan terapeuten skal oppfattes er varm, imøtekommende, positiv, empatisk og respektfull. Klienten og terapeuten er likeverdige, og begge skal aktivt delta i samarbeidet (Berge og Repål 2018).

En god arbeidsallianse er gjerne preget av felles forståelse av terapiformen, mål, teknikk som skal benyttes, arbeidsoppgaver og arbeidsfordeling mellom klient og terapeut. Resultat fra terapi er nært tilknyttet hvorvidt arbeidsalliansen og samarbeidet er bra (Berge og Repål 2018). Beck (2013) påpeker også hvor viktig en god allianse er for måloppnåelse, og terapi bør begynne med å danne en bra allianse. Hun beskriver fremgangsmåten til dette med at terapeuten viser respekt, lytter aktivt og gir empatiske tilbakemeldinger, oppsummerer hvordan hun har forstått klienten sine tanker og følelser og har en glad, positiv og realistisk optimistisk holdning. I tillegg ber hun om en tilbakemelding etter hver time, for å forsikre seg om at klienten føler seg forstått og er fornøyd med terapitimen.

Ofte er det slik at en svekket eller brutt allianse sjeldent blir oppfattet av terapeuten. Dette kan være fordi klienten ikke tørr eller er redd for å kritisere terapeuten, som gjør at klienten ikke kommuniserer det. Men, det er ulike tegn man kan se etter for om alliansen er svekket, som: klienten viser irritasjon eller misnøye, blir sint, svarer frekt tilbake eller blir ironisk i tilbakemeldingene. Også minskning i engasjement eller motivasjon hos klienten kan være tegn på en svekket allianse. Det er for terapeuten viktig å regelmessig åpne opp for at klienten kan fortelle hvordan alliansen og samarbeidet oppleves, siden

terapeuten ikke nødvendigvis forstår alliansen som svak, selv om klienten gjør det (Berge og Repål 2018).

2.2.5.1 Holdning

Som terapeut innenfor kognitiv terapi skal en tenke at man er et medmenneske med klienten. Man er ikke «over» klienten og kommer med motsigende kommentarer og spørsmål som direkte motsier eller bryter ned oppfatningen og forståelsen til klienten, men man spiller på lag med klienten og hjelper han selv til å få en åpenbaring eller alternative tanker. Når det er sagt så er det fortsatt viktig at terapeut viser kompetanse i form av at han er i stand til å hjelpe klienten. Overordnet skal terapeuten vise respekt, empati, ekthet, aksept for klient sine problemer og oppfatninger, formidle realistisk optimisme og generelt være grei (Nielsen og Von Der Lippe 1993).

Beck (2013) skriver også at det er svært viktig med tillit og kontakt med klient fra starten av. Terapeut skal forsøke å behandle klienten slik man selv ville blitt behandlet, med å vise empatisk forståelse, tenke gjennom hvordan man formulerer seg og hvordan kroppsspråket er. Ifølge Berge og Repål (2008) så vil varm anerkjennelse fra terapeut i seg selv være en intervensjon.

Klienten skal få et inntrykk av at terapeut faktisk og oppriktig ønsker å hjelpe til og er interessert i problemene som uttrykkes. I tillegg er terapeut nødt til å gi tilstrekkelig informasjon om terapien, slik at klienten føler seg inkludert og at terapiforløpet føles overkommelig (Berge og Repål 2018).

2.2.5.2 Nysgjerrighet

Om man skal greie å hjelpe klienten i terapi er det viktig at terapeut vet grunnlaget for hvorfor klienten tenker, tolker og føler slik han gjør. Det kan være mange forståelser som klienten uttrykker, som for terapeut kan virke både uvirkelig og absurd, men det er i de fleste tilfellene vanskelig å bedømme om de er realistiske, sanne eller feil. Det er derfor viktig at terapeut er virkelig og oppriktig nysgjerrig. Forteller klienten om en antagelse han har som virker spesiell, er terapeuten nødt til å utforske gjennom spørsmål hvorfor klienten har de antagelsene. Målet skal være å komme så nært kjernen i disse antagelsene som mulig, og for å greie å gjøre det, og å kunne ta stilling til virkelighetsoppfatningen, forståelsene, tankene og følelsene til klienten er terapeuten nødt til å ha så mye

informasjonen som mulig om hvorfor det er slik. Dersom terapeut ikke er nysgjerrig, ikke spør utdypende spørsmål og bare danner sine egne antagelser er det raskt at terapeuten tar feil og i tillegg skaper spriker i alliansen (Berge og Repål 2018).

2.2.6 Metodisk tilnærming

2.2.6.1 Sokratiske spørsmål

Hovedsakelig skal spørsmål som stilles fra terapeut i kognitiv terapi være sokratiske, eller sirkulære, som beskrevet av Tømm (2013). I begynnelsen vil riktig nok mye av spørsmålene være for å innhente informasjon fra klienten, som om klienten har barn, har partner, benytter medikamenter, jobbsituasjon og så videre, og disse spørsmålene vil typisk være noe mer direkte, men videre bør spørsmålene være av den type som stimulerer til refleksjon og drøfting hos klienten (Berge og Repål 2018). Tømm (2013) skriver at som terapeut må man være klar over at man ikke vet fakta eller sannheten om klienten, men man kan gjennom sirkulære sokratiske spørsmål innhente mer og mer informasjon om klienten og teste ut hypoteser. Det er viktig at man er klar over at klienten sin virkelighetsoppfatning og problemer er helt reelle for vedkommende og at altfor direkte kommunikasjon og tidlige forsøk på å bryte ned eller endre denne virkelighetsoppfatning kan være destruktivt (Berge og Repål 2018). Nielsen og Von Der Lippe (1993) forteller at terapeuten gir ikke argumenter eller tolkninger av deres forståelse, men stiller heller kontinuerlig relevante sokratiske spørsmål som stimulerer til refleksjon. Det er ikke terapeuten som forteller eller pålegger klienten bestemte følelser, oppfatninger eller forståelser, men man gir klienten mulighet til å bli bevisstgjort selv. Dette gjør også at terapeut i mindre grad vil oppfattes som en «motstander» til klienten sine oppfatninger, men heller en hjelpende guide. Berge og Repål (2018) skriver også at dersom man entrer terapi med hensikt å være «eksperten» eller «reparatøren» vil man gjerne bli oppfattet som overlegen, frekk og kald for klienten.

2.2.6.2 Den kognitive diamant

Den kognitive diamanten er en kasusformulering hvor terapeut samler inn informasjon om et gitt problem hos sin klient, for eksempel depresjon og spesifikke situasjoner hvor klienten opplever mye depresjon. Ved å samle inn data og fylle dette inn i «diamanten» vil en enklere kunne kartlegge hvilke faktorer som bidrar til problemet hos klienten.

«Diamanten» har 5 kanter, hvor hver av dem representerer ulike prosesser, som følelser,

tanker, kropp og handlinger. Etter at en problemsituasjon er kartlagt med hva som ble sagt, hvilke tanker klienten fikk når det ble sagt, hvilke symptomer som dukket opp, som hjertebank eller svetting, hvilken følelse kom frem, så vil det være et kart hvor klient og terapeuten kan se sammenhengen av de ulike prosessene. Terapeut kan gjerne tegne opp diamanten på en tavle hvor de kan sette piler ettersom hvilke prosesser som fører til de andre prosessene, for det er nemlig viktig å forstå at ulike prosesser, som negative tanker, kan igjen føre til andre negative prosesser. Slik kan klienten få innblikk i at noen prosesser som settes i gang bidrar til problemet og opprettholder det, som en ond sirkel (Berge og Repål 2018)

2.2.6.3 ABC-modellen

Et verktøy for å enklere kunne vurdere en situasjon objektivt er å ta i bruk ABC-modellen som skal hjelpe klienten med å vurdere og evaluere en situasjon hvor det oppstod et problem. Problemet kan være mye, som en følelse av angst, depresjon, usikkerhet, sinne eller redsel. Modellen tar for seg situasjonen systematisk ved hjelp av bokstavene A, B og C, hvor klienten skal beskrive de ulike fasene i situasjonen. A skal beskrive hendelsen, B skal beskrive tanker som oppstod omkring hendelsen og C skal beskrive følelser tilknyttet hendelsen. Ved å skrive ned dette og systematisk gå gjennom hver av bokstavene kan situasjonen enklere sees i nytt lys og man kan få en ny forståelse av situasjonen ved å analysere den. I tillegg er det enda en bokstav man kan ta i bruk: D, som man gjerne fyller ut sammen med terapeuten og hvor man beskriver alternative tanker som også passer inn i situasjonen, som kanskje er bedre eller mer positive (Berge og Repål 2018).

2.2.6.4 Nedtegning av erfaring

Nedtegning av erfaringer er et verktøy som kan benyttes av klienten mellom terapitimene. Dette verktøyet baserer seg på at klienten skriver ned for eksempel alle situasjoner hvor depresjonen ble stor, eller hvor den ikke var så mye til stede, eller å skrive ned oppgaver som skal gjøres i løpet av uken. Det er mye man kan notere ned, men målet med det er å danne grunnlag for drøfting i terapi og å oppnå en følelse av måloppnåelse, eller å gjøre klienten mer bevisst på hvilke situasjoner som fører til hvilke følelser og tanker. Dessuten kan også ABC-modellen tas i bruk ved for eksempel registrering av en situasjon som førte til negative tanker og dårlige følelser. Dersom klienten skriver ned sine tanker, følelser og hvordan situasjonen opplevdes kort tid etter den hendte vil hukommelsen være større og

flere detaljer kan noteres, i motsetning til om man kun prater om det på husk ved neste terapitime (Berge og Repål 2018).

2.2.7 Endring i terapi

Mennesker ønsker i stor grad å bestemme selv og det gjelder også ved ønske om endring. Det hjelper lite at terapeut forteller hva klienten bør gjøre eller hvordan han bør tenke, for dette kan heller gjøre klienten motstander til denne endringen (Bart, Børtveit og Prescott 2013). Bart, Børtveit og Prescott (2013) skriver videre hvordan man ved hjelp av kognitiv terapi og motiverende intervju kan hjelpe klienten til å oppnå endring ved å finne svar på utfordringer. Også Berge og Repål (2018) beskriver klienten som sin egen største hjelper i å oppnå endring. Klienten skal ikke være en passiv mottaker av informasjon fra terapeuten, som er «reparatøren» eller «eksperten», men tvert imot være en likeverdig bidragsyter i å oppnå endring. Det spiller ingen rolle om terapeuten ser hva som bør endres, så lenge klienten ikke ønsker eller ikke også deler samme forståelse. Terapeuten kan kun være en støttespiller i klientens vei mot endring.

I begynnelsen av terapi er det ikke vanlig at klienten er klar for noen som helst endring, dem er som regel i en fase hvor de er usikre på problemene, har liten tro på seg selv og fremtiden og er i tvil på endring, og dette er noe terapeut må være bevisst over. Endring skjer i ulike faser: Førøvervielsesfasen, overvielsesfasen, forberedelsesfasen, endringsfasen og vedlikeholdsfasen. Førstnevnte starter med at klienten ikke er klar over problemet, videre til at klienten er ambivalent til endring, over til at endring planlegges, etterfulgt av selve endringen og til slutt vedlikeholdsfasen, hvor klienten forsøker å unngå tilbakefall. For terapeuter er det viktig å ikke presse på noen endring. Klienten er selv nødt til å ønske en endring, og terapeut bør heller vise en støttende, positiv, empatisk og motiverende holdning, uansett problem og stadiet klienten befinner seg i (Berge og Repål 2008).

Wilhelmsen (2005) skriver hvordan man gjennom sokratiske spørreteknikk kan hjelpe klienten med selv å finne frem til alternative måter å forstå situasjoner på, som å gi en åpenbaring eller bedre følelse omkring situasjoner eller hendelser for klienten. Det gjelder å utfordre de antagelsene og forståelsene som klienten har, slik at de selv «frigjør» seg fra sine fastlåste tankemønstre. Dette kan derimot være vanskelig, siden veldig mange frykter endring, siden endring fører til noe ukjent og man vet ikke hvordan det faktisk vil bli.

3.0 Empiri

Sara er en kvinne på 38 år som jeg ble kjent med i min praksisperiode på et behandlingssenter. Gjennom mine 7 uker i praksis så var hun innlagt hele perioden, og det var henne jeg hadde mest kontakt med. Sara var innlagt på grunn av tilbakefall av depresjon og søvnvansker.

Sara vokste opp med foreldre som slet med psykiske problemer i mesteparten av barndommen hennes, som førte til at Sara var den som måtte ta vare på foreldrene. Etter tenårene greide Sara å ta en utdanning og fikk seg arbeid, som hun mestret ganske bra. Hun har hatt lite kontakt med foreldrene sine etter at hun flyttet hjemmefra. Mot midten av 20-årene fikk hun sin første depresjon og hun begynte å gå til terapi, men hun har siden fått regelmessige tilbakefall med rundt 1 års mellomrom. Når hun ble 30 år gammel fikk hun sitt første barn, etter å ha vært gift i 2 år, deretter fikk hun enda et barn 3 år senere. Etter fødselen av sitt andre barn fikk hun en større depresjon som førte til at hun ble langtidssykemeldt. Hun ble også skilt fra sin mann, fikk diagnosen diabetes type-1 og ble for første gang innlagt på en psykiatrisk avdeling. Ett år før hun ble innlagt på behandlingssenteret hvor jeg hadde praksis mistet hun omsorgsrettigheten til sine barn og ble etter hvert innlagt på langtidsavdelingen som hun var på før jeg møtte henne.

3.1 Samhandling: 1

På en formiddagsvakt i starten av praksisperioden så tenkte jeg at det ville vært fint å gå en tur, siden det var så pent vær og naturen var så fin rundt behandlingssenteret. Jeg ønsket å få Sara med på dette, slik at hun greide å koble av litt og nyte frisk luft. I tillegg tenkte jeg at det er kanskje enklere for oss å prate om vi er alene, fremfor å sitte inne med alle de distraksjonene som kan oppstå der. Sara var alene på rommet sitt når jeg spurte henne.

Jeg: «Hei, Sara! Jeg tenkte jeg skal ut å gå tur langs turstien i skogen bak bygget her, men jeg har ingen å gå sammen med. Kan ikke du bli med?».

Hun: «Nei, jeg orker ikke ut. Jeg vil heller slappe av inne».

Jeg: «Vi trenger ikke gå så lang tur, så du blir ikke lenge ute og kan være inne resten av dagen. Hadde det ikke vært godt med litt frisk luft da?».

Hun: «Nei, jeg skal slappe av inne».

Jeg: «Okey, hva med senere på dagen da, vil du bli med å gå tur da?».

Hun: «Vi får se, men jeg tror ikke det».

Jeg: «Nei, okei, men jeg kommer til å spørre deg senere likevel jeg. Det gjør jo godt å komme seg ut litt».

Hun ville ikke bli med senere på dagen heller. Jeg spurte veilederen min om råd og hun sa det kan godt hende Sara er litt usikker på deg, med tanke på at du nettopp har startet her. Hun er kanskje ikke sikker på hvem du er, eller hva din rolle her er. Etter hvert fikk jeg til noen samtaler med Sara. Det virket ikke som hun hadde noen positive aspekter i livet, alt var bare negativt, fra hennes barndom og hvordan hun syntes det var på sin plass at det skulle gå galt med henne, til hvor mislykket hun er som mor. Hun virket hjelpe- og maktesløs.

3.2 Samhandling: 2

En ettermiddagsvakt så la jeg merke til at Sara satt for seg selv i et hjørne ved et bord og drodlet på et papir. Det første jeg la merke til var at hun så spesielt trist ut den dagen, basert på ansiktsmimikken og kroppsholdningen hennes. I tillegg la jeg merke til at leppene hennes bevegde seg, som om at hun pratet med seg selv og jeg husker jeg syntes hun virket veldig grublende. Jeg tenkte jeg skulle forsøke å finne ut hva det var hun tenkte på, så jeg gikk bort til henne og innledet en samtale:

Jeg: «Hei, nå er det en stund siden sist. Hvordan har du hatt det i det siste?».

Hun: «Det går greit» med en lavmælt tone, samtidig som hun løfter opp hodet og gir meg et lite smil før hun fortsetter å drodle.

Jeg: «Jeg leste i journalen din at du hadde fått besøk av barna dine på formiddagen. Hvordan var det?».

Hun: «Det var godt å få litt tid sammen med dem, men jeg blir så deppa etter at dem drar, for jeg tenker så mye over hvor mislykket jeg er, men jeg fortjener vel ikke noe mer enn å mislykkes».

Jeg: «Det er jo ikke sant, alle fortjener jo å lykkes her i livet, men livet består jo dessverre ikke av bare lykke».

Hun: «Lett for deg å si, du har sikkert hatt et kjempeflott liv uten bekymringer! Kan jeg bare få sitte i fred nå?».

Jeg: «Ja, selvfølgelig, men si ifra om du ønsker å prate da».

Deretter så fikk jeg ikke pratet noe mer med henne den dagen. Jeg husker jeg tenkte at jeg kanskje sa noe galt eller var litt for direkte, for jeg følte hun ble litt irritert på meg og avviste meg. Jeg forstår at det er naturlig å ønske å være for seg selv, men vi har vanligvis hatt en greit relasjon og har greid å prate sammen bedre tidligere. På en annen side, så tenkte jeg at vi har jo aldri pratet så mye om barna hennes før, så det kan hende hun ikke ønsker å åpne seg for meg om dem. Uansett så ble jeg skuffet over meg selv for at jeg ikke fikk pratet mer med henne, for hun virket veldig nede for den dagen.

3.3 Samhandling: 3

En ettermiddagsvakt på slutten av praksisperioden min satt Sara på balkongen og røyket, så jeg hentet to kaffekopper og tok med ut til henne. Jeg husker hun så veldig rolig og tankefull ut. Vi ble sittende der å prate en liten stund og jeg endte opp med å fortelle en del om min første fødsel. Etter hvert fortalte hun meg om hennes barndom. Hun følte at hun ikke har hatt noen barndom og ikke fått noen omsorg, men måtte fort bli «voksen» på grunn av foreldrene sine.

Hun: «det er ikke så rart det går så dårlig med meg, det går jo ikke an at det skal gå bra med noen som har hatt en slik barndom».

Jeg forsøkte å lede samtalen til noe positivt, så jeg spurte henne «det må jo være noe positivt i livet eller noe du er glad for. Du har jo blant annet greid deg bra i arbeidslivet».

Hun: «Jo, men du ser jo hvordan det har gått. Jeg har vært sykemeldt lenge nå, så det går jo ikke så bra det heller».

Jeg: «Det er sant, men alle har jo negative hendelser i livet og det er ingen som har det bra hele tiden, det er jo en del av det å være menneske. Er det noen andre ting du har i livet som gir deg glede da?».

Hun svarte at det var ikke noe hun kunne komme på som ga henne noen glede nå for tiden, men hun fortalte meg at hun hadde det ganske fint etter hennes første barn ble født. Hennes mål var å forsøke komme seg ut av den knipen hun er i nå, sa hun, hvor hun hverken har barna, arbeid eller noen nærme seg.

Jeg: «Det er jo kjempeflott, for det er jo så viktig at du selv har mål om hva du ønsker».

Hun: «Ja, jeg må jo forsøke å få orden på ting, men det er ikke så lett når jeg hele tiden blir tatt tilbake til dårlige minner om barndommen og situasjonen med barna mine».

4.0 Diskusjon

4.1 Hvordan kan jeg forstå Sara ut ifra et kognitivt perspektiv

Depressive personer opplever ofte, som Norsk Legemiddelhåndbok (2021) skriver, negative tanker, grubling, nedstemthet og tiltaksløshet, slik jeg også opplever Sara i min praksisperiode. Det er vanskelig for meg å vurdere grad av depresjon hos henne, siden jeg ikke har utført sjekk eller fått informasjon om undersøkelse av antall symptomer, men det er rimelig å anta at hun er deprimert basert på hennes væremåte. Hun ønsker ikke å være med på aktiviteter, hun ønsker ikke å prate noe særlig med meg i starten og vil bare sitte for seg selv. Det er jo naturlig dersom man er deprimert. Sara har et mørkt syn på livet og seg selv, så hvorfor skal hun forsøke å gjøre noe. Ifølge Norsk Legemiddelhåndbok (2021) så vil deprimerte ofte ha en følelse av tapt glede og senket stemningsleie. I tillegg har hun diabetes type-1, og slik som funn i forskningen til Panchal mfl. (2020) viser så kan også langvarig sykdom bidra til å opprettholde depresjon.

Depresjon kan oppstå av blant annet opplevelsen av tap og sterke påkjenninger, som mye motgang i barndommen, ifølge Berge og Repål (2018). Dette er høyst reelt for Sara og forklarer hvordan hun kan ha en depresjon. I tillegg er det naturlig å anta at hennes fortid kan ha formet hennes kognitive skjema til å dra hennes kognisjon i negativ retning. Mitt inntrykk av henne er at hun har et veldig mørkt og negativt syn på både fortid, nåtid og fremtid, og livet virker dystert for henne. Negative automatiske tanker og kognitive skjema etablert på bakgrunn av en vanskelig barndom stemmer overens med hvordan jeg opplever henne, og også slik Berge og Repål (2018), Nielsen og Von Der Lippe (1993) beskriver kognisjon og kognitive skjema. Antar vi at dette stemmer så er det ikke så merkelig at Sara sin selvsnakk går i: «Det er jo bare typisk det skal gå dårlig med meg», «det er ikke vits å forsøke en gang» eller «det er ikke meningen jeg skal ha det bra». Dette gjenspeiles også i det at jeg opplevde henne som avvisende og at forslagene mine ble møtt med lite entusiasme.

Sara sin negative holdning til livet, hennes selvsnakk og oppfatning er for henne ubevisst, virkelig og reell. Automatiske negative tanker hun får er basert på hennes kognitive skjema, som igjen er formet fra hennes erfaringer, og som hun muligens ikke er klar over.

Hennes forståelse og oppfatning er dannet fra disse tankene som suser ubevisst gjennom hodet hennes, selv om man kan lære seg å bevisstgjøre dem (Berge og Repål 2018); (Nielsen og Von Der Lippe 1993); (Beck 2013). Det jeg kunne forsøkt å gjøre er å hjelpe Sara å teste ut om hennes «sannhet» faktisk er helt sann eller om det finnes alternative tanker som kanskje gjør fremtiden mer positiv ved hjelp av sokratiske spørsmål. I slikt arbeid er det derimot viktig å være realistisk optimistisk, slik som Nielsen og Von Der Lippe (1993) skriver, og jeg må være klar over at jeg ikke sitter med all fakta om Sara og at livet hennes faktisk kan være ganske mørkt og dystert. Som Nielsen og Von Der Lippe (1993) skriver så vil også en overdreven positiv holdnings virke motsigende.

Norsk Legemiddelhåndbok (2021) skriver hvordan deprimerte ofte grubler over hendelser. Også forskningen til Hvenegaard mfl. (2015) tar for seg dette fenomenet, hvor de med depresjon sitter med overdreven grubling som stimulerer til negative automatiske tanker. I samhandling 2 så la jeg merke til at Sara i tillegg til å se nedenfor ut også virket som hun grublet over noe. Dette var jo rett etter at hun hadde hatt besøk av barna sine, så det er naturlig at det kan påvirke henne, for det kan tenkes at stimuli som å møte barna kan sette i gang negative automatiske tanker om fortiden. Som forskningen til Hvenegaard mfl. (2015) viser til, så kan fokus på å motvirke overdreven negativ grubling ha en positiv effekt på hvorvidt klienten får tilbakefall eller ikke. Forskningen sammenlignet resultat fra kognitiv terapi med motarbeiding av grubling mot vanlig kognitiv atferdsterapi, og fant at å motvirke grubling ga et positivt resultat. Å motvirke dette og å forsøke å lære Sara teknikker som kan hjelpe henne i å minske grubling over barndommen, skilsmissen og barna kan være aktuelt.

I samhandling 3 uttrykker Sara hvordan hun forstår at hun er nødt til å forsøke å bedre seg, som selvsagt var positivt og et tegn på at Sara var i overvielsesfasen eller forberedelsesfasen (Berge og Repål 2008). Det er Sara som må utføre endring, så at hun virker å være motivert og engasjert kan bidra til at endring faktisk oppstår (Berge og Repål 2018). Det vil derimot være destruktivt om vi forsøker å presse henne til å gjøre endringer i livet uten at hun selv ønsker det, slik som Bart, Børtveit og Prescott (2013) skriver. Det vi kan gjøre er å støtte Sara og være en støttespiller i hennes endringsfaser, for det kan for Sara virke skummelt med endring selv om det er til det bedre (Berge og Repål 2008).

Jeg forsøkte å prate om positive aspekter i livet hennes, noe som kan være effektivt for at Sara skal få tankene litt over på et annet spor. Slik som resultat fra Geschwind mfl. (2020) sitt forskningsarbeid viser, så kan det å rette søkelyset mot positive hendelser fremfor problemhendelser ha en bra effekt for resultatet. De fleste i deres studie syntes det var tungt i begynnelsen, men at de etter hvert så frem til neste time. I Sara sitt tilfelle tenker jeg at det kunne vært aktuelt for meg å fortsette å prate om positive hendelser, hva var det hun drev på med eller gjorde i de periodene og å forsøke å hjelpe Sara å se for seg en fremtid som ikke er så mørk.

4.2 Hvilken type utfordringer møtte jeg når det gjelder arbeidsallianse?

I begynnelsen opplevde jeg at det var vanskelig å etablere en relasjon til Sara. Samhandling 1 og 2 viser at det var lite hun ønsket å bli med på og hun viste ingen motivasjon eller engasjement. Jeg opplevde henne som ambivalent. Det kan hende hun var redd for endring, selv om samhandling 3 viser at hun ønsker endring. Misforhold over at hun vil endre, men ikke vil endre. Som Wilhelmsen (2005) skriver, så kan mange frykte endring fordi det betyr at de går inn i det «ukjente». Det kan også være at Sara ikke har noen tillit til meg, fordi jeg var ny der, og vi har ikke fått dannet oss noen særlig allianse. Et av problemene jeg fikk var knyttet opp mot måten jeg tilnærmet meg Sara på. I følge Webb mfl. (2011) og deres forskning så burde jeg heller pratet med Sara om hvem jeg er, min rolle, hvem hun er og hennes mål for oppholdet. Forskningen viser resultater som indikerer at allianser hvor det er bra enighet mellom klient og terapeut gir bedre resultat, altså klare arbeidsrammer for klienten og terapeuten. Som Beck (2013) også påpeker så er en god allianse viktig for måloppnåelse.

Sara var i tillegg innlagt for tilbakevendende depresjon og har hatt depresjon tidligere, så det er naturlig at hun opplever motivasjonsvansker og en følelse av at alt er håpløst. Mitt forsøk på å motivere henne var å fortelle henne at vi ikke trenger å gå så langt eller at vi kan gjøre det senere, men i ettertid tror jeg ikke det var disse kriteriene som gjorde at hun ikke ønsket å gå tur, men det var kanskje vanskelig for henne å finne motivasjon til å gå tur, og kanskje spesielt med meg siden vi ikke har fått dannet noen allianse ennå, siden jeg var ny.

I samhandling 2 opplevde jeg Sara som motvillig til å samarbeide og til å prate om hvordan hennes besøk av barna var. I samtalen avviser hun blant annet det jeg forteller om at alle fortjener å lykkes i livet, til hvilket Sara responderer «lett for deg å si...». Ifølge Berge og Repål (2018) er dette et direkte tegn på at vi har en svak allianse. Svaret fra Sara kom etter at jeg hadde fortalt henne at det ikke stemmer at hun bare fortjener å mislykkes i livet. Jeg avviste hennes påstand ganske direkte. Slik som Nielsen og Von Der Lippe (1993) skriver så kan et sånt utsagn oppfattes som at jeg er en bedreviter. Jeg forsøkte i mitt svar å oppmuntre Sara ved å fortelle henne at jo også hun fortjener å lykkes, slik som andre også gjør. Det er mulig jeg burde gått frem på en annen måte, som ikke motsier Sara, men bidrar til at hun kan utdype hvorfor hun tenker slik. Jeg burde heller stilt flere sokratiske spørsmål som får Sara til å reflektere over hennes oppfatning, slik som Nielsen og Von Der Lippe (1993) skriver. Også Berge og Repål (2018) forteller hvordan forsøk på å bryte ned en forståelse til klienten kan være rent destruktivt.

I mine møter med Sara forsøker jeg å ha en rolig kroppsholdning, slik at jeg oppfattes som en behagelig person med god tid for Sara, som virker ekte og nysgjerrig. Dette er viktig for å skape en allianse (Beck 2013). Som Karl Tomm (2013) skriver så er det viktig å stille åpne spørsmål, fordi de åpner opp for diskusjon og refleksjon, som jeg også forsøker å gjøre. I lys av teori så er det tenkelig at spørsmålene og svarene jeg stiller kan virke destruktivt, som: «jeg leste i journalen din at du hadde fått besøk av barna dine på formiddagen. Hvordan var det?» og forteller henne «det er jo ikke sant, alle fortjener jo å lykkes her i livet, men livet består jo dessverre ikke av bare lykke». Det er sannsynlig at dette ble tolket av Sara som at jeg er «eksperten», og det kan virke destruktivt, som Berge og Repål (2018) skriver. Det jeg heller kunne ha fortalt henne var «jeg fikk vite av min kollega at du har fått besøk i dag, hvordan var det?», for å forsøke å minske inntrykket av at jeg er her på jobb og jeg leser om hendelsene dine, altså «ekspertrollen». I tillegg forteller jeg henne «det er jo ikke sant...», som også virker nedbrytende. Det er som at jeg avviser hennes forståelse av verden. Det direkte motsier Sara, er ikke et spørsmål eller et forslag, men et direkte utsagn om at slik er det ikke og jeg merket at hun ble defensiv etter at jeg sa det. For å hjelpe Sara kunne jeg heller ha sagt noe som: «Okey, hvorfor mener du det? Er det virkelig slik at du ikke fortjener å lykkes i livet?».

4.3 Hvilken type kognitiv tilnærming hadde vært egnet tidligere?

Hovedelementet for at endring skal skje er at klienten selv er motivert og har tiltro til terapien, og som Sara skriver i samhandling 3 så er hun bevisst over at endring må til og hun ønsker også at dette skal skje. I tillegg må det være en god arbeidsallianse på plass for å danne grunnlag for fruktbar terapi. Jeg fikk ikke inntrykk av at hun hadde en sterk allianse til noen med definerte mål, roller og oppgaver, så det kan være rimelig å anta at det er her mye av arbeidet ligger (Berge og Repål 2018);(Beck 2013).

Som terapeut skal vi, ifølge Berge og Repål (2018) og Bart, Børtveit og Prescott (2013), ikke være «reparatører» eller «eksperter» som kommer inn i bildet og fikser problemene. Det er klientene selv som er nødt til å være sine egne problemløsere og det er dette vi skal hjelpe eller ledsage dem til å bli gjennom et aktivt samarbeid og sokratiske utspørring. Beck (2013) påpeker at alliansebygging og en god terapeutisk holdning er det første som må være på plass i terapi. Også forskning fra Ryum og Stiles (2005) viser til at en sterkere allianse i seg selv kan ha en terapeutisk effekt. Når jeg ba Sara om å gå tur var tanken min at jeg ville få henne med ut i et rolig miljø i skogen, hvor det var enklere for oss å prate sammen og danne en allianse.

Forskningen til Webb mfl. (2011) viste hvordan enighet, «agreement», mellom klient og terapeut var det elementet i alliansen som i størst grad bidro til symptombedring. Det emosjonelle båndet bidro i mindre grad til symptombedring. Ut ifra dette startet jeg samarbeidet med Sara i feil ende ved å forsøke å skape et emosjonelt bånd. Jeg burde heller sammen med Sara forsøkt å prate om hvilke mål hun har, og sammen lagt noen rammer rundt et arbeid som bidrar til å nå dette målet. Det kunne vært arbeidsoppgaver som at vi skal gå 3 turer i uken, eller hver gang du tenker positive tanker skal du skrive de ned. Dette kan være en effektiv måte å danne grunnlag for refleksjon og kan skape grunnlag for alternative tanker (Berge og Repål 2018).

Min rolle dersom jeg hadde fortsatt der som student ville hovedsakelig vært å være Sara sin støttespiller eller samarbeidspartner. I samarbeidet ville det vært viktig at jeg oppfattes som en varm, omsorgsfull og forståelsesfull person, som greier å sette meg inn i hennes situasjon og hennes virkelighetsoppfatning, samtidig som jeg passer på og undersøker hvordan Sara opplever samtalene våre (Beck 2013). Gjennom sokratiske spørreteknikk

kunne jeg hjulpet Sara til nye måter å tenke på og samtidig innhente mer informasjon om henne (Nielsen og Von Der Lippe 1993). Videre ville jeg også tatt i bruk hjelpemidler for å greie å belyse ulike hendelser bedre og for å hjelpe Sara å se dem fra et annet perspektiv.

ABC-modellen vil i mange situasjoner være behjelpelig ved at den kan kaste nytt lys over en situasjon eller hendelse og hjelpe Sara med å drøfte hennes egne tankemåte, se hvilke beslutninger hun tar og muligens komme frem til alternative tanker. Eksempelvis kunne den vært benyttet i samhandling 2, hvor hun begynte å avvise meg og ønsket å være alene, hvor hun eksempelvis kunne fylt inn:

Situasjon A: «Du (terapeuten) fornekker det jeg forteller deg om min virkelighetsoppfatning».

Tanker B: «Det er så typisk at ingen kan forstå hvor tungt mitt liv er».

Følelser C: Ensomhet, hjelpeløshet og tristhet.

I ulike situasjoner ville denne modellen vært behjelpelig, slik at Sara får beskrevet situasjonen slik hun opplever den. Sammen kan vi gå gjennom og prate om den. Målet er å guide Sara til å finne alternative tanker om situasjonen, som er det siste punktet i ABC-modellen, som gjerne tilføyes og beskrives sammen med terapeut, som eksempelvis:

Alternativ tanke: «Kanskje hun ikke kjenner meg godt nok ennå til å vite hvordan livet mitt er, men ønsker å bli bedre kjent».

Et annet verktøy jeg kunne ha introdusert er den kognitive diamant, et kasusformuleringsverktøy (Berge og Repål 2018). I arbeidet kunne fokuset vært rettet mot en spesifikk positiv periode eller hendelse, som for eksempel etter hun fødte sitt første barn.

Kasusformuleringen, eller diamanten, ville tatt for seg tanker, følelser, kroppsreaksjoner, handling og omgivelsene til Sara i denne perioden og kunne skapt grunnlag for refleksjon og muligens danne en forstilling om en bedre fremtid.

Nedtegning av erfaringer er et hjelpemiddel som også kan være produktivt i Sara sitt tilfelle, hvor hun sliter med å finne glede, å motivere seg og aktivisere seg. Sara kunne da ha fått i oppgave å på forhånd notere ned alle sine gjøremål for dagene fremover, for deretter å notere ned alt hun faktisk har gjort. I tillegg kan det være produktivt å skrive ned

alle positive erfaringer eller opplevelser hun får, slik at disse og oppgavene kan danne samtaleevne ved neste terapitime. Som Norsk Legemiddelhandbok (2021) skriver så kan det for deprimerte være vanskelig å finne energi til å gjøre noe, og de opplever ofte en følelse av tiltaksløshet. Å skrive ned alt som trengs å gjøres kan gjøre det enklere, i tillegg til at å gjennomføre oppgaver kan gi en mestringsfølelse (Berge og Repål 2018).

5.0 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven diskutert tre av mine samhandlinger i lys av teori om kognitiv terapi og depresjon. Jeg opplevde i begynnelsen vanskeligheter med å opprette et forhold til Sara, og oppfattet henne som veldig avvikende og uengasjert. Som jeg har diskutert er dette kanskje på grunn av måten jeg tilnærmet meg Sara på, ved å forsøke å skape et emosjonelt bånd til henne når jeg heller burde fokusert på å fortelle Sara hvem jeg er, spørre henne hvem hun er og sammen prøvd å danne en enighet om hennes mål for oppholdet, og hvilke oppgaver og verktøy som kan tas i bruk for å nå målet. Jeg har også drøftet hvordan jeg i ulike situasjoner har vært for direkte mot Sara og direkte motsagt hennes oppfatning, som jeg er klar over at jeg ikke burde gjort. Min oppgave er ikke å «belære» Sara, eller å tenke at jeg skal kurere henne med mine ferdigheter, men å være Sara sin støttespiller i hennes vei for å bedre klare å håndtere sine utfordringer og problemer. Både teori og min egen praksis viser hvordan det å forsøke å være «eksperten» som forteller at noe er feil, når det gjelder samtaleterapi for en deprimert person, vil heller ha en negativ effekt. Alliansen til meg og Sara er viktig dersom vi skal kunne oppnå resultat, og da er det viktig at jeg behandler Sara med omtanke, respekt, forståelse og aksepterer hennes oppfatning av situasjoner og tilværelse.

Teori viser til ulike verktøy som kan tas i bruk i terapi og mellom terapitimene, som også er aktuelt for Sara. Hun har problemer med å engasjere seg og å tenke positivt, og det kan forsøkes å benytte verktøy som ABC-modellen i ulike situasjoner, nedtegning av erfaringer for å oppmuntre til aktivitet og til å bli mer bevisst over positive øyeblikk og gjennomgang av den kognitive diamant for å gjøre Sara mer bevisst over vår kognisjon og hvordan den påvirker våre følelser og handlinger.

Jeg diskuterer også hvordan tilnærmingen til Sara bør være for å best mulig skape et fruktbart samarbeid, hvor teori viser til hvilke holdninger vi som støttespillere bør ha.

Dette går mye i å oppleves som ekte, vise gode holdninger, sørge for å følge opp at klienten også opplever terapien og alliansen som god, spørre sokratiske spørsmål, være nysgjerrig og generelt være en god person for klienten.

Ut ifra Saras ståsted så hadde hun svært få mennesker i rundt seg som hun kunne bruke som støttespillere. Hun hadde nylig vært gjennom skilsmisse og mistet omsorgsretten for barna. Det å være alene uten noen nettverk, eller i hvert fall føle at man er alene, kan i seg selv være en sterk påkjenning som kan føre til eller dyrke frem negative tanker.

5.1 Forslag til videre forskning

Sara er på behandlingssenteret på grunn av tilbakefall av depresjon. Som forskningen til Hvenegaard mfl. (2015) viser til så er grubling et gjentakende symptom hos disse klientgruppene. Sara observerte jeg også grublende etter hennes besøk av barna, og dette gir selvfølgelig mening, og det er også naturlig at Sara grubler ofte over fortid. Dette kan igjen føre til tilbakefall etter at Sara er kommet ut av denne depresjonen. Mitt forslag til videre forskning er flere studier med fokusområder på elementer som kan bidra til å motvirke tilbakefall etter terapi. Hvilke teknikker kan bidra, bør det utføres sjeldnere, men regelmessige terapitimer også etter at depresjonen er over. Dagens teknologi gjør det veldig enkelt å utføre timer over en telefon, PC eller nettbrett.

6.0 Litteraturliste

- Barth, Tom, Tore Børtveit og Peter Prescott. 2013. *Motiverende intervju. Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beck, S. Judith. 2013. *Kognitiv Adfærdsterapi. Grundlag og perspektiver*. København: Akademisk Forlag.
- Berge, Torkil og Arne Repål. 2018. *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, Torkil og Arne Repål. 2013. *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Berge, Torkil og Arne Repål. 2008. *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Geschwind, Nicole, Fredrike Bannink, Emke Bosgraaf og Frenk Peeters. 2020. «Positivity pays off: Clients' Perspectives on Positive Compared With Traditional Cognitive Behavioral Therapy for Depression.» *Psychotherapy* 57 (3): 366-378.
- Hvenegaard, Morten, Ed R. Watkins, Stig Poulsen, Nicole K. Rosenberg, Matthias Gondan, Ben Grafton, Stephen F. Austin, Henriette Howard og Stine B. Moeller. 2015. «Rumination-focused cognitive behaviour therapy vs. Cognitive behaviour therapy for depression: study protocol for a randomised controlled superiority trial.» *Trials* 16 (344): 1-6.
- Nielsen, Geir Høstmark og Anna Louise Von Der Lippe (red). 1993. *Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Tano A.S.
- Norsk Legemiddelhandbok. 2021. «Depresjoner». Oppdater 14. april, 2021.
<https://www.legemiddelhandboka.no/T5.5/Depresjoner>
- Panchal, Rupal, Brian Rich, Carly Rowland, Tessa Ryan og Sarah Watts. 2020. «The successful impact of adapting CBT in IAPT for people with complex long-term physical health conditions.» *The Cognitive Behaviour Therapist* 13 (36): 1-8.
- Ryum, Truls og Tore C. Stiles. 2005. «Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 42 (11): 998-1003.
- Tomm, Karl. 2013. *Systemisk intervjumetodik. En utveckling av det terapeutiska samtalet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Webb, A. Christian, Robert J. DeRubeis, Jay D. Amsterdam, Richard C. Shelton, Steven D. Hollon og Sona Dimidjian. 2011. «Two Aspects of the Therapeutic Alliance:

Differential Relations with Depressive Symptom Change.» *J Consult Clin Psychol*
79 (3): 279-283.

Wilhelmsen, Ingvard. 2005. *Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertevig
Forlag.

7.0 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1

#	Searches	Results	Type	Actions	Annotations
1	depression.mp.	394882	Advanced	Display Results More	Contract
2	limit 1 to (320 young adulthood <age 18 to 29 yrs> or 340 thirties <age 30 to 39 yrs>) [Limit not valid in Ovid MEDLINE(R); records were retained]	394882	Advanced	Display Results More	
3	exp Cognitive Therapy/	32965	Advanced	Display Results More	
4	exp Cognitive Behavior Therapy/ or cbt.mp.	35804	Advanced	Display Results More	
5	3 or 4	35804	Advanced	Display Results More	
6	2 and 5	9838	Advanced	Display Results More	
7	limit 6 to yr="2016 - Current"	4230	Advanced	Display Results More	
8	limit 7 to (danish or english or norwegian or swedish)	4122	Advanced	Display Results More	
9	limit 8 to "qualitative (maximizes specificity)"	261	Advanced	Display Results More	

The context menu for the last row includes: Save, Create Auto-Alert, and Create RSS.