

SPL 3901

05HBSPLH

Avsluttende eksamen i sykepleie

Skriftlig eksamen

Gruppe: 13

Depresjon og kognitiv terapi

Hvordan kan vi som sykepleiere bruke kognitiv terapi som behandling av deprimerte pasienter?

Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Seksjon for sykepleie

November 2008

9368 ord



SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen

Kull 05HBSPLH

Gruppe nr. 13

Dato 21. november 2008

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

Norsk tittel (Undertittel /Problemstilling):

Hvordan kan vi som sykepleiere bruke kognitiv terapi som behandling av deprimerte pasienter?

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

As nurses, how can we use cognitive therapy as treatment for depressed patients?

Sammendrag

Vi er to studenter som har valgt å skrive et litteraturstudie om kognitiv terapi. Kognitiv terapi er en form for psykoterapi, som tar sikte på behandlingen av psykiske lidelser. Vi har valgt å fokusere på behandlingen av deprimerte pasienter. Vi bruker enkle modeller og skjemaer for å belyse vår problemstilling, og forteller om kognitiv terapi. Vi viser hvordan pasienter kan ta i bruk et skjema som skal være til hjelp for å mestre en vanskelig situasjon. For å belyse dette tema har vi valgt å bruke sykepleieteoretikerne Watson og Orlando, som belyser ulike sider ved vårt tema. I løpet av oppgaven drøfter vi teorien etter hvert som den blir presentert.

Nøkkelord

Kognitiv terapi, depresjon, Beck, krise, mestring, Orlando, Watson.

Klausul på utlån av oppgaven/delprodukter

NEI

JA

Innhold

1. INNLEDNING	1
1.1 BESKRIVELSE AV PROBLEMSTILLING	1
1.2 CASE	2
2. METODE.....	5
2.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODE.....	5
2.2 KILDEKRITIKK	6
2.3 SVAKE OG STERKE SIDER VED LITTERATURSTUDIE	7
3. TEORI OG DRØFTING.....	8
3.1 DEPRESJON	8
3.1.1 <i>Definisjon</i>	8
3.1.2 <i>Symptomer</i>	8
3.1.3 <i>Ulike grader av depresjon</i>	8
3.1.4 <i>Angst og depresjon</i>	9
3.1.5 <i>Forklaringsmodeller til utvikling av depresjon</i>	10
3.1.6 <i>Hvordan opplevde Hilde depresjonen?</i>	10
3.2 KRISE OG MESTRING	12
3.2.1 <i>Krise</i>	12
3.2.2 <i>Mestring</i>	13
3.2.3 <i>Hvilke kriser har pasienten blitt utsatt for, og hvilke problemer har disse ført til i forhold til mestring?</i>	14
3.3 BEHANDLING MED KOGNITIV TERAPI.....	15
3.3.1 <i>Definisjon</i>	15
3.3.2 <i>Sentrale begreper i kognitiv terapi</i>	15
3.3.3 <i>Den kognitive modell</i>	16
3.3.4 <i>Ulike prinsipper for sykepleier ved tilnærming av pasienten ved bruk av kognitiv terapi</i> 17	
3.3.5 <i>Hvordan ble kognitiv terapi brukt i behandlingen av Hilde?</i>	21
3.4 SYKEPLEIETEORETIKERE	26
3.4.1 <i>Ida Jean Orlando</i>	26
3.4.2 <i>Jean Watson</i>	27
3.4.3 <i>Hvordan ble disse teoretikerne brukt i forhold til Hilde?</i>	28
4. KONKLUSJON	31
5. ETTERORD.....	33
LITTERATURLISTE.....	35
VEDLEGG.....	1

1. Innledning

1.1 Beskrivelse av problemstilling

Depresjon er en lidelse vi som sykepleiere kan møte overalt. Den finnes både i somatikken og i psykiatrien, og kan komme av mange og sammensatte årsaker. I somatisk sammenheng blir depresjonen ofte ikke oppdaget. Det kan være at pasienten har noen av de kroppslige symptomene på depresjon, som gjør at han går til legen, eller han kan være inneliggende på et somatisk sykehus av annen årsak. Uansett er det viktig at vi som sykepleiere kjenner til denne pasientgruppen, slik at vi kan fange opp disse pasientene (Hummelvoll, 2006).

Noen av disse deprimerte pasientene, vil gå så langt at de prøver å ta sitt eget liv. I Norge er det hvert år ca. 500 personer som tar selvmord, i tillegg til at det foreligger et ukjent antall suicidforsøk, som regnes til å ligge på ca. 10 ganger så mye som antall selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Det er utprøvd ulike behandlingsmetoder for depresjon. Antidepressiva er en vanlig behandlingsmetode. De nyeste midlene har mindre bivirkninger enn tidligere, selv om det varierer veldig fra pasient til pasient. Bivirkninger er en vanlig årsak til at pasienter slutter å bruke antidepressiva. ECT-behandling (elektrokonvulsiv behandling) brukes ved alvorlige depresjoner, og har vist effekt hos enkelte pasienter, selv om virkningsmekanismen er ukjent. Psykoterapi brukes ved alle psykiske lidelser, og har samtaler som sitt viktigste prinsipp. Det finnes mange forskjellige typer som blant annet kan omhandle det å gi pasienten innsikt i egen sykdom, endre pasientens atferd eller endre pasienten tankemønster. Psykoterapi er under stadig utvikling (Nylenna 2004).

Disse behandlingsmetodene har bevist effekt, og spesielt bruken av ECT og antidepressiva er viktig ved behandling av alvorlige depresjoner. Ofte brukes disse behandlingsmetodene i samråd med hverandre for best mulig resultat. Blant deprimerte er det noen som får tilbakefall, og disse kan ha vært innlagt på psykiatrisk institusjon gjentatte ganger, til tross for behandling med bra resultat ved utskrivelse. Vi ble veldig interessert i behandlingsform som har dokumentert langtidseffekt og hindrer

tilbakefall, som ikke omhandler medisiner, men som er noe vi sykepleiere kan ta i bruk i her-og-nå situasjoner kun ved å anvende kunnskap. Kognitiv terapi er en form for psykoterapi, som har som kjerne å være strukturert, nåtidsorientert og gå over kort tid.

Kognitiv terapi ble utviklet av Aaron T. Beck i begynnelsen av 60-tallet, med sikte på behandling av deprimerte pasienter. Siden den tid har ulike personer klart å bruke kognitiv terapi til behandling av andre psykiske lidelser (Beck, 2007).

Kognitiv terapi er noe som i stadig større grad tas bevisst i bruk, spesielt hos deprimerte pasienter. Behandlingen med kognitiv terapi begynner først når pasienten ikke lenger har konkrete planer om suicid, og blir vurdert til å ha en mild til moderat form for depresjon. Dvs. at pasienten kan være behandlet med ECT og medikamenter i forkant av oppstart med terapi. Terapien vekker vår interesse, og er i aller høyeste grad en sykepleieoppgave. Kognitiv terapi viser at vi som sykepleiere, kan bidra til at en deprimert pasient vil få bedre selvbilde, takle hverdagen selv og føle mestring. Derfor har vi valgt dette temaet. Vi vil belyse vår problemstilling ved hjelp av et case som omhandler pasienten som vi heretter kaller Hilde. Vår problemstilling er:

Hvordan kan vi som sykepleiere bruke kognitiv terapi som behandling av deprimerte pasienter?

1.2 Case

Hilde er en kvinne i 40 årene, og er innlagt på psykiatrisk avdeling med diagnosen depresjon. Hun er skilt, og bor i egen bolig. Hun har også døtre hun ikke har omsorgsretten for. Hilde er uføretrygdet, og har aldri klart å være i arbeid. Men det er forsøkt sysselsetting i form av verna bedrift. Hun er ute av stand til å betjene sin egen økonomi, så hun får hjelp til dette. Hilde har også vært plaget med angstsymptomer. Hun er tidligere rusmisbruker og nyter til tider mye alkohol. Hun har også et kjent problematisk forhold til sin familie, som består av hennes søsken og moren. Faren hennes døde nylig.

Hilde har tidligere vært innlagt på psykiatrisk avdeling noen ganger tidligere, med forsøk og konkrete planer om suicid. Ofte har hun blitt innlagt med intox, på grunn av at hun samler opp medisiner over lengre tid, og prøver slik å ta sitt eget liv.

Ved siste innleggelse sier Hilde at hun har drukket mye alkohol den siste tiden, og avstått fra nødvendige medisiner. Hun sover dårlig, med gjentatte oppvåkninger i løpet av natten. Hun er også plaget med magesmerter, obstipasjon og nedsatt appetitt. Hilde har vist liten evne til egenomsorg, og har valgt å isolere seg fra andre. Hun ble først innlagt på avdelingen med konkrete planer om å gjennomføre suicid. Hun ble innlagt på tvang fordi hun ble vurdert til å være en fare for seg selv, men ble etter kort tid overført til frivillig paragraf. Målet for oppholdet er å heve stemningsleie, og dermed redusere suicidfaren og behandle depresjonen. Hilde viser god selvinnsikt i forhold til sin sykdom.

Under oppholdet tas det i bruk en rekke ulike behandlingsmetoder. Bl.a. utprøves ECT-behandling, som har vist seg å ha effekt på Hilde tidligere. Hun skriver dagsplaner og ukeplaner for å strukturere dagen sin. Et stykke uti behandlingen blir det også bevisst brukt kognitiv terapi, i et forsøk på å snu om tankemønsteret til Hilde, slik at hun selv skal kunne finne mestringsstrategier for problemer hun møter på når hun blir skrevet ut.

I dette caset syns vi det var mye vi kunne tatt tak i, og det inneholder mange forskjellige temaer som kunne vært aktuelle for en oppgave. Blant annet kunne vi skrevet om bruk av tvang, om lover, om suicid, om retningslinjer i forhold til ulike observasjonsteknikker, om alkohol- og rusmisbruk i forhold til deprimerte pasienter, om ECT-behandling, om bruken av antidepressiva, om bruken av dagsplaner og ukeplaner, og om forebygging av senere depresjoner. Men vi har valgt å fokusere på Hildes behandling med kognitiv terapi, og siden dette er et ganske stort tema i seg selv, så vi oss nødt til å avgrense oppgaven til å omhandle depresjon og kognitiv terapi.

Vi har i oppgaven valgt å gi en introduksjon i kognitiv terapi til behandling av deprimerte pasienter. Introduksjonen vil omhandle kjernen og grunnlaget i kognitiv terapi, samt noen eksempler på spørsmål som blir brukt i behandlingen. Teoridelen består av fire deler. Først går vi inn på depresjon, og beskriver så de symptomene Hilde er plaget av. Deretter beskriver vi krise og mestring, som vi føler er viktige

temaer for å belyse kognitiv terapi som behandling av mestringsproblemer. Så følger delen om kognitiv terapi, der vi først presenterer kognitiv terapi, for så å gå nærmere inn på den behandlingen som ble gjort i forhold til Hilde. Denne behandlingen vil vi vise med enkle modeller som skal være verktøy for pasientene. Drøftingen tar utgangspunkt i sykepleierens rolle i behandlingen av Hilde, og denne sykepleieren vil være den representative for våre meninger og vår drøfting av teorien. Siste delen omhandler sykepleieteoretikerne Orlando og Watson. Begge synes vi var aktuelle for vårt case, og grunnen til at vi valgte to, er at de har ulike syn på enkelte ting som vi kommer nærmere inn på senere. I forhold til vårt case utfyller de hverandre.. Vi har valgt å drøfte etter hvert som vi presenterer hvert av temaene i teorien. Dette for å få en bedre sammenheng og bedre flyt i oppgaven. Det skal bli enklere for leser å følge den røde tråden vi har prøvd å vise. Hoveddelen av drøftingen vil omhandle kognitiv terapi. Til slutt kommer vi frem til en konklusjon på bakgrunn av drøftingen, og etterord der vi evaluerer arbeid og hospitering.

2. Metode

”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Aubert i Dalland, 2004. s. 71.)

2.1 Begrunnelse for valg av metode

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode i vår oppgave. Vi brukte denne metoden på grunn av begrenset tid, fordi et empirisk studie basert på observasjoner eller spørreundersøkelser, ville tatt lengre tid. I forhold til vår problemstilling føler vi også at vi ikke kunne brukt empirisk studie, på grunn av pasientsituasjoner og sykdomsbildet. Vi måtte vært veldig kritiske i forhold til spørsmål til denne pasientgruppen, og måtte valgt pasienter med varsomhet. Det hadde også vært fare for at svarene vi hadde fått, kunne vært preget av pasientens sykdom. Vi fant litteratur om vårt tema, for å danne oss et bilde av hva som allerede var skrevet om dette emnet, og fordypet oss i det. Vi har hatt hospitering på en avdeling med flere deprimerte pasienter, uformelle samtaler med flere psykiatriske sykepleiere, en fagutviklingssykepleier, flere sosionomer og en helsesøster. Alle med interesse/utdanning/anvendelse innenfor kognitiv terapi.

Litteratur vi har brukt er fra pensumbøker og bøker vi har funnet på skolebiblioteket og biblioteket i Gjøvik. Vi fikk også tips om bøker fra fagpersonell som vi hadde uformelle samtaler med, og som var kjent med depresjon og kognitiv terapi. Noe av litteraturen vi fant, var for gammel eller ikke relevant for vår oppgave, og vi valgte å forkaste denne. Vi har brukt BIBSYS på skolebiblioteket ved søk, og ord vi har brukt ved disse søkene er ”mestring”, ”krise”, ”depresjon”, ”Beck”, ”suicid” og ”kognitiv terapi”.

2.2 Kildekritikk

Vi har i utgangspunktet valgt å bruke pensumlitteratur. Kringlen (2005) og Hummelvoll (2005) var aktuelle bøker for vår problemstilling, siden de skriver om flere temaer innenfor psykiatri. Vi har brukt mest selvvalgt teori under behandlingsdelen, og Judith Beck (2008) står her sentralt. Dette fordi hun blir mye brukt som litteratur i utdanningen innenfor kognitiv terapi, og fordi vi har blitt tipset av samtlige fagpersoner om å ta denne i bruk. En annen bok vi har brukt er Dramsdahl (2007), som gir innblikk i hvordan kognitiv terapi blir brukt i praksis. Dramsdahl er utdannet lege, spesialist i voksenpsykiatri og har videreutdanning som kognitiv terapeut. Fordi vi ikke fikk hospiteringspraksis hvor vi kunne se hvordan behandlingen ble brukt, ville vi bli bedre kjent med hvordan kognitiv terapi fungerte i praksis. Denne boka viser behandlingen fra pasientens ståsted, de andre bøkene fra terapeutens side. Ved bruk av selvvalgt litteratur som gikk dypere inn på kognitiv terapi, ble vi også bedre forberedt når vi hadde uformelle samtaler med fagpersonell. Vi har brukt Kristoffersen (2004) for å skrive om teoretikere, fordi dette er pensumbok vi finner relevant og nyttig. Den er også lett å forstå.

Vi har brukt internett til å søke på sentrale personer som hadde erfaring innen kognitiv terapi. Vi søkte blant annet på Norsk forening for kognitiv terapi, og tok kontakt med Torkil Berge. Dessverre hadde han ikke tid til å snakke med oss. Han har skrevet flere bøker innenfor emnet kognitiv terapi. En av bøkene hans har vi brukt i oppgaven. Den er skrevet av Berge og Repål (2000), som begge er spesialisert i klinisk psykologi. Vi har også brukt internett til å fremhente den nyeste og mest brukte testen blant deprimerte pasienter, MADRS-testen.

2.3 Svake og sterke sider ved litteraturstudie

Ved bruk av litteraturstudie har vi hatt bedre tid til å finne fram relevant teori. Vi har ikke hatt behov for noen særlige forkunnskaper, og har kunnet velge fritt blant litteratur om emnet. Svakheter ved litteraturstudie er at vi kan legge for mye vekt på enkelte bøker som virker relevant for emnet, og ta resultatet for gitt. På den måten kan vi "glemme" at resultatet ikke nødvendigvis samsvarer med annen litteratur. Konklusjonen av oppgaven vil heller ikke bære preg av nye hypoteser og teorier, da vi allerede bruker andres teori.

3. Teori og drøfting

3.1 Depresjon

3.1.1 Definisjon

Et menneske vil i løpet av livet oppleve sorg og nedtrykthet. Dette er en nødvendig og naturlig følelse, som trenger bearbeidelse. Ofte ledsages sorgen av tap, enten det er tapet av en nærstående person, eller tap av f. eks. arbeid (Hummelvoll, 2006).

Det er viktig å skille mellom sorg og depresjon. Ved sorg vil en person vite hvorfor han sørger, og sorgen vil også være nødvendig for at personen skal kunne komme seg videre. "Ukomplisert" sorg vil for de fleste vare i ca. et halvt år. Hos en deprimert person vil sorgen føles mer diffus, selv om personen kan ha klare tanker om hvilke situasjoner som kan ha utløst depresjonen. Det kan for eksempel være manglende bearbeidelse av tidligere opplevd sorg (Hummelvoll, 2006).

3.1.2 Symptomer

Det finnes både psykiske og fysiske tilstander som kan være tegn på depresjon. De psykiske oppleves som tiltaksløshet, og personen føler seg håpløs uansett hva han gjør. De fysiske kan være forstyrret appetitt, enten ved at han minker eller øker i vekt. Noen vil oppleve forstoppelse, urinretensjon eller plager med hyppig, sviende vannlating. De fleste vil oppleve søvnforstyrrelser. Smerter som hodepine, ryggmerter og magesmerter er vanlig, og mange vil oppsøke lege første gang pga. smertene. Det hender derfor at depresjonen blir oversett. Menstruasjonsforstyrrelser og nedsatt potens skal også nevnes (Hummelvoll 2006).

3.1.3 Ulike grader av depresjon

Depresjon deles inn i tre grader. Mild depresjon, moderat depresjon, alvorlig depresjon. Hvordan ulike pasienter plasseres i disse gradene, blir avgjort ved hjelp av

tester, slik som for eksempel MADRS (Montgomery-Åsberg graderingsskala for depresjon, se vedlegg 1) (Kringlen 2005).

- **Mild depresjon:** En mild depresjon er gjerne forbigående. Pasienten har en formening om hvorfor han er nedtrykt. Nedtryktheten kan føre til at han trekker seg tilbake fra andre, har ekstra behov for bekreftelser, og kan lett la avvísninger fra andre gå innover seg. Pasienten klarer å se sin egen situasjon, og kan få nedsatt konsentrasjonsevne. Fysiske symptomer kan forekomme.
- **Moderat depresjon:** Ved denne graden av depresjon vil pasienten ha lett for å misoppfatte andre rundt seg, og hele tiden undervurdere seg selv. Han er tiltagende medtatt av fysiske symptom, som han vil ta med seg i depresjonen. Pasienten vil føle seg tom, ha liten evne til å føle glede, og ha et generelt dårlig selvbilde. Han vil trekke seg fra sosial deltagelse, og vil ikke ønske å ha noe særlig kontakt med andre. Han vil ha problemer med konsentrasjon og kommunikasjon.
- **Alvorlig depresjon:** Ved alvorlig depresjon vil pasienten oppleve vrangforestillinger, og ha mange fastlåste, ulogiske tanker. Pasienten har svekket evne til å vurdere sine egne handlinger, fordi han ikke tenker på konsekvensene av det han gjør. Følelser som skyld, verdiløshet og syndighet vil prege pasienten. Han vil ikke være i stand til å takle tap, og vil oppleves som svært egosentrisk. Han vil ha tiltagende nedsatt selvbilde, holde seg for seg selv, og ha større problemer med konsentrasjon og kommunikasjon. Hukommelsen vil også være preget, og tankegangen vil være ulogisk (Hummelvoll 2006).

3.1.4 Angst og depresjon

De fleste deprimerte pasienter beskriver angst som et av sine symptomer. Dette er et vanlig symptom som forekommer ved de fleste depressive lidelser. Angsten vil hos de deprimerte utarte seg som indre uro, og vil vise seg i form av rask puls, svetting og hjertebank. Angst og depresjon kan også fremstå sammen som to diagnoser. Disse

pasientene er ofte vanskeligere å behandle, og har en tendens til å være kronisk depressive (Kringlen, 2005).

3.1.5 Forklaringsmodeller til utvikling av depresjon

- Depresjon som følge av arv, selv om det enda er uavklart hvorvidt diagnosen kan gå i arv.
- Stress og arvelig egenskaper kan sammen utløse depresjon som følge av en biokjemisk endring.
- Opplevelse av tap. Det kan enten skyldes separasjon fra en person, eller en annen hendelse der personen kan ha opplevd følelsen av tap.
- Forstyrret tankeprosess. Dette nevnes som kognitiv teori, og det menes at personen har et innlært tankemønster, dominert av negative tanker om seg selv.
- Pasienten stiller negative forventninger til seg selv. Derfor vil han føle at han ikke strekker til i noen situasjoner, og mister motivasjon og engasjement til å gjøre noe.
- Ambivalens som et resultat av innadrettet aggresjon. Freuds teori hevder at tap av en person som pasienten kan hate og elske på samme tid, fører til at disse følelsene undertrykkes, og pasienten opplever skyld.
- Heifner (1996) hevder noen av grunnene til at det er mange flere kvinner enn menn som blir deprimerte. Kvinner har et større fokus på depressive følelser, de er oftere utsatt for seksuelle overgrep, og de har en større rolle enn menn i ekteskap og barneoppdragelse (Hummelvoll, 2006).

3.1.6 Hvordan opplevde Hilde depresjonen?

Ved siste innleggelse, beskriver Hilde flere karakteristiske symptomer på depresjon. Hun har den siste tiden hatt problemer med å sove hele natten, uavhengig av hvor sliten hun følte seg da hun la seg. Hun har vært plaget med obstipasjon, noe som førte med seg nedsatt velvære. Hilde har også vært plaget med magesmerter. Hun har

generelt hatt liten interesse av å ta vare på seg selv, som en form av tiltaksløshet. Hilde har også hatt vekttap, pga. at appetitten hennes har vært nedsatt. Hun har holdt seg for seg selv, og ikke følt noe behov for å ha kontakt med andre. Disse symptomene og tegnene kan tyde på at Hilde var alvorlig deprimert ved innleggelse.

Det er flere tegn på at Hilde led av en alvorlig depresjon. Suicidforsøket kan tyde på at hun hadde liten evne til å se konsekvensene av handlingene sine. Det kan også antas at Hilde har erfart konsentrasjons- og kommunikasjonsvansker, og at hun derfor har valgt å isolere seg fra andre. Det ble utført MADRS-test da hun ble innlagt på avdelingen, som viste klare tegn på en alvorlig depresjon. I løpet av oppholdet har depresjonen gått over i en moderat form, pga. behandlingen med ECT og antidepressiva. Dette sees ved at Hilde begynner å være hyppigere ute fra rommet sitt, men trekker seg tilbake når hun føler at det blir for overveldende å være med de andre pasientene og personalet. Det blir også tatt MADRS-test etter oppstart av medisinsk behandling som viser at Hilde er i bedring.

Hilde bor alene, og føler seg ensom. Når hun er hjemme, spesielt på kveldstid, blir hun svært urolig og opplever angstsymptomer i form av svetting og hjertebank. Hun har derfor den siste tiden prøvd å lindre symptomene ved en overdreven og ukritisk bruk av alkohol. Alkoholbruken kan også skyldes en nylig gjennomgått krise, da hennes far gikk bort.

Det kan være mange og sammensatte grunner til at Hilde har utviklet depresjon. Hun har vært innlagt på psykiatriske avdelinger ved flere anledninger. Det er usikkert hva som har vært utløsende årsak. Hun er skilt, hun har mistet omsorgsretten for sine barn og hennes far døde nylig. Disse kan alle være eksempler på episoder der Hilde har følt tap, som enten ikke har blitt tilstrekkelig bearbeidet eller utløst depresjonen. Hun klarer ikke å være i arbeid eller betjene sin egen økonomi. Grunnen til dette kan være at Hilde stiller negative forventninger til seg selv, slik som f. eks. ”Dette kommer jeg aldri til å klare uansett”.

3.2 Krise og mestring

3.2.1 Krise

En krise er noe som oppstår plutselig og uventet. Det skjer en forandring i en persons liv. Dette kan være dødsfall, sykdom, skilsmisse eller at arbeidssituasjonen endrer seg. De fleste mennesker klarer å komme over en krise, mens hos andre kan dette føre til en psykisk lidelse. Alt er avhengig av hvilken støtte personen får fra miljøet, livssituasjonen, sårbarhet og toleranse. Mange tragiske dødsfall eller urettferdig behandling kan være bakgrunn for kroniske depresjoner, og de kan ha ført til at dypereliggende konflikter har kommet til overflaten (Kringlen, 2005).

Når krisen fører til psykisk lidelse, har personen ofte vært utsatt for flere problem samtidig. Han kan føle seg maktesløs og alene, på grunn av manglende støtte fra andre, for eksempel fra familien. Personen kan ha erfart å ikke ha vært forberedt til det han har opplevd, og kan få følelser som panikk, desorientering, være trist og føle selvforakt. Personen kan også føle seg tom og ensom eller ha angst og uro. Man deler krisene inn i ulike faser:

- ***Sjokkfasen*** oppstår ved plutselige og uventede katastrofer, den som er rammet er overveldet av det som har skjedd. Den rammer alt fra minutter til dager.
- ***Reaksjonsfasen*** varer alt fra uker til måneder. Personen begynner å forstå det som har skjedd, og vil ha behov for å snakke. Han prøver å finne mening i det som har skjedd, og vil også kunne benekte den virkelige hendelsen. Enkelte vil regredere og bli hjelpeløse eller få et voldsomt forbruk av alkohol og tabletter. I denne fasen vil ofte tidligere fortrenge minner dukke opp, noe som tyder på at det psykiske forsvaret er svekket. Minnene kan bli strøket fra bevisstheten senere.
- ***Bearbeidings- eller reparasjonsfasen*** kan vare i flere måneder. Personen begynner å se fremover og innstiller seg på det som har hendt.
- ***Nyorienteringsfasen eller tilpasningsfasen*** er den fasen der skyldfølelse forsvinner og selvrespekten kommer tilbake. Noen vil aldri føle at de kommer

seg til utgangen av denne fasen, og at de fortsatt føler skyld og nedsatt selvrespekt (Kringlen, 2005).

Tap som er knyttet til sosiale sammenhenger kommer til uttrykk i fortvilelse, sorg, sinne og tristhet. Sorgen kan ha låst seg fast og han kommer inn i en depresjon. Personen kan føle skyld fordi han opplever denne sorgen. Han kan hindres i å sørge fordi han kan føle irritasjon og sinne over for eksempel et dødsfall. Dette vil føre til en fastfrysing av krisen, og personen snur de aggressive følelsene mot seg selv. Når disse følelsene ikke får utløp, kan det føre til en depressiv selvforakt. Dette kan videre føre til misbruk av alkohol, medikamenter og selvmordsforsøk. Noen personer bruker medikamenter i krisesituasjoner for å dempe angst og uro, og for å få hjelp til å sove. Dette vil forsinke eller hindre bearbeidelsen av krisesituasjonen. Det er tre betingelser for å komme gjennom en krise. Å få utløp for følelser, bearbeide følelser for å forstå og akseptere det som har hendt, og utvikle nye roller og måte å leve på (Hummelvoll, 2006).

3.2.2 Mestring

I en normal situasjon vil en person være i stand til å takle stress- eller krisesituasjoner. Dette ligger til grunn for god helse. Etter å ha klart å gjennomgå en vanskelig situasjon vil personen være og føle seg bedre rustet til å gjennomgå lignende episoder. Taylor (1983) hevder at en tilpasning etter en stress- eller krisesituasjon har tre grunnleggende temaer:

- Personen leter etter en mening med det som har skjedd.
- Personen føler håpløshet og vil prøve å finne frem til en løsning for å mestre situasjonen.
- Personen vil prøve å holde ved like, og øke selvaktelsen (Hummelvoll, 2006).

3.2.3 Hvilke kriser har pasienten blitt utsatt for, og hvilke problemer har disse ført til i forhold til mestring?

Hilde har tydelig opplevd flere kriser, fordi det har oppstått flere alvorlige og plutselige forandringer. Hun har mistet sin far, opplevd skilsmisse og mistet omsorgsretten for sine barn. Hilde har vært innlagt flere ganger ved psykiatrisk avdeling, noe som kan få oss til å tro at hun er svært sart ovenfor forandringer i livssituasjonen. Vi har også grunn til å tro at pasienten har vokst opp i et miljø der hun stadig har blitt ignorert og følt seg lite verdt. Hun vokste opp i en familie med mange søsken, og følte at de fikk flere bekræftelser enn henne. Faren var mye borte i forhold til jobben, men var pasientens glede og trygghet da han var hjemme. Hun prøvde å fange morens oppmerksomhet, men opplevde å aldri være bra nok. Etter farens død følte hun at hun mistet forbindelsen til familien, og de tok samtidig avstand fra henne da de lot være å fortelle henne om farens plutselige død.

Pasienten har kjente angstsymptomer i form av uro. Disse dempes ved at hun tyr til alkohol. Hun mener selv at alkoholen gjør det lettere å takle savnet etter sin far og konfliktene i familien. På grunn av konfliktene i familien føler heller ikke pasienten at hun har tilfredsstillende støtte.

På grunn av at pasienten har drukket mye alkohol den siste tiden, kan det tenkes at hun ikke har fått bearbeidet sorgen. Dette kan ha ligget til grunn for den siste depresjonsperioden. Hun har følt sinne i forhold til at faren døde, fordi han var holdepunktet hennes til familien. Når hun da har mistet kontakten til sin mor og sine søsken, blir denne følelsen forsterket. Samtidig vet hun at hun var veldig glad i sin far, og føler skam på grunn av disse ambivalente følelsene. Skammen over disse ambivalente følelsene kan ha ført til at hun samlet opp medisiner for å forsøke å ta sitt eget liv. Ambivalens er også nevnt som en forklaringsmodell til utvikling av depresjon.

Pasienten har problemer med å mestre krisesituasjoner. I følge de tre temaer som ble beskrevet i mestringsteorien, har pasienten svikt i samtlige punkt. Hun klarer ikke finne mening i vanskelige situasjoner og bebreider seg selv. Hun har liten innsikt i å finne ut hvordan hun skal mestre de ulike situasjonene, som for eksempel tapet av sin far og skuffelsen over familien. Pasienten klarer antakelig ikke å se situasjoner hun har følt mestring i, fordi hun er preget av depresjonen. Et annet punkt som er beskrevet i

forhold til mestring, er selvaktelse. Pasienten har ingen tro på at hun skal klare å takle en krise. De mestringsstrategier som pasienten viste til ved innleggelse, var overdreven bruk av alkohol i vanskelige situasjoner.

3.3 Behandling med kognitiv terapi

3.3.1 Definisjon

Kognitiv terapi ble utviklet av Aaron T. Beck i 1960-årene. Den tok sikte på behandling av deprimerte pasienter, men har senere også vist seg å fungere for mange andre psykiske lidelser. Behandlingen tar sikte på å snu om tankemønsteret til den deprimerte, og den skal også kunne brukes som problemløser. Selv om flere aktører har vært med å forme kognitiv terapi i årene etter Becks utvikling, eksisterer fortsatt hans grunnprinsipp. Behandlingen med kognitiv terapi gjelder både i institusjon og i hjemmet, men målet er at pasienten skal kunne anvende dette selv, og slik få varig bedring uten tilbakefall. Terapien har dokumentert effekt på flere forskjellige lidelser, og har et bredt spekter når det gjelder alder, kjønn, bakgrunn, inntekt og utdanning. Sykepleieren har klart å oppnå en varig forandring i pasientens tanker, som slik har forandret pasientens følelser og atferd (Beck, 2007).

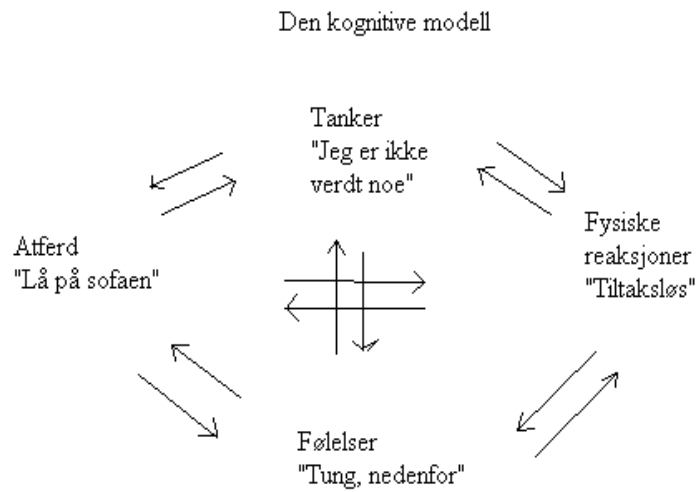
3.3.2 Sentrale begreper i kognitiv terapi

- Negative automatiske tanker: Automatiske tanker er de tankene som finnes i underbevisstheden. Disse er ikke viljestyrte. De dukker gjerne opp på bakgrunn av tidligere erfaringer og situasjoner. Hos deprimerte pasienter vil disse være preget av negativitet. Den deprimerte vil føle den som spontan, og vanskelig å beskrive i etterkant av en bestemt situasjon. Sykepleieren vil prøve å få pasienten til å sette ord på denne indre samtalen.
- Grunnleggende leveregler: Disse er kort sagt pasientens oppfatning av seg selv.

- Sekundære leveregler: Blir til på grunnlag av de grunnleggende levereglene, og beskrives gjerne i en "Hvis....., så....."-setning. Se eksempel nedenfor (Berge, 2000).

3.3.3 Den kognitive modell

Kognitiv terapi er basert på den kognitive modell. Den kognitive modellen går ut på hvordan mennesker oppfatter en situasjon, følelsene og tankene rundt situasjonen. Den kognitive modellen kan beskrives ut fra en enkel figur (se nedenfor). I praksis brukes kartlegging av denne modellen som et ABC-skjema (se vedlegg 2), der pasienten setter ord på de ulike aspekter ved den kognitive modellen. Ulike personer vil ha ulike tanker og oppfatninger. Sentralt i mennesket ligger grunnleggende og sekundære leveregler. Disse lager grunnlag for de automatiske tankene/følelsene som dukker opp i ulike situasjoner. De grunnleggende levereglene kan være utviklet fra barndommen av, og sees på som den absolutte sannhet. Det kan for eksempel være "Jeg er svak". Alle situasjoner vil være preget av denne regelen, og det settes aldri spørsmål ved den. Da vil en deprimert pasient også overse de situasjoner som tilsier det motsatte. De sekundære levereglene blir til på bakgrunn av den grunnleggende. Et eksempel kan være: "Hvis jeg ikke greier alt, så er jeg en svak person". Disse sekundære levereglene stiller ofte så store krav at pasienten er dømt til å mislykkes, og han vil føle nederlag ved at han ikke klarer å leve opp til disse. Slik vil depresjonen vedvare og evt. bli forsterket. Det er da viktig at sykepleier kan forklare pasienten at disse levereglene kan avlæres, og at han med tiden kan utvikle og innlære nye leveregler i henhold til de mål han selv ønsker for fremtiden. Disse vil legge nytt grunnlag for pasientens mestringsstrategier. Ved hjelp av en dypere innsikt i levereglene, øker sjansene for varig forandring hos pasienten, og varig forandring er et av hovedmålene ved kognitiv terapi. Dette er en lang, og tidkrevende prosess som krever at sykepleieren følger visse prinsipper (Beck, 2007).



(Dramsdahl, 2007 s. 206)

3.3.4 Ulike prinsipper for sykepleier ved tilnærming av pasienten ved bruk av kognitiv terapi

1. *Kognitiv terapi er basert på en løbende formulering af patienten og hendes problemer i kognitive termer (Beck, 2007 s. 17).*

- Sykepleieren må gjøre seg kjent med pasientens tankemåte, hvilke problemer denne tankemåten medfører, hva som kan være med på å opprettholde en slik tankemåte, og situasjoner i pasientens utvikling som har ført til denne tankemåten.
- Sykepleieren skal også forsikre seg om at han har forstått pasienten riktig ved å gjenta det pasienten har sagt: "Forstår jeg deg riktig når...."
- Målet er at pasienten skal lære å identifisere og evaluere tanker, slik at han kan finne en annen og bedre måte å motta dem på.

2. Kognitiv terapi forudsætter en sund terapeutisk alliance (Beck, 2007 s. 18).

- Sykepleieren må være bevisst i å vise varme, empati, omsorg, respekt og kompetanse.
 - Dette kan sykepleieren vise ved å lytte oppmerksomt, oppsummere tankene og følelsene til pasienten svært nøyaktig.
 - Det er også viktig at sykepleieren får tilbakemelding fra pasienten etter hvert møte, slik at sykepleieren er forsikret om at pasienten har en positiv opplevelse av møtene, og evt. rette opp i det som har følt negativt.

3. Kognitiv terapi legger vekt på samarbejde og aktiv deltagelse (Beck, 2007 s. 18).

- Pasienten skal ha en opplevelse av at han er med og bestemmer, og at møtene er et samarbeid mellom sykepleier og pasient.
 - Sammen kan de f. eks. bestemme tema, tidspunkt for samtalen, hva pasienten skal arbeide videre med osv.
 - Under de første møtene er sykepleieren mest aktiv, men et mål er at pasienten etter hvert vil ta styringen, når han blir mindre deprimert og mer trygg på terapeuten og møtene.
 - Målet er at pasienten etter hvert bestemmer hvilke emner de skal snakke om, og selv klarer å identifisere sine feiltolkninger.

4. Kognitiv terapi er målrettet og problemfokuseret (Beck, 2007 s. 18).

- Under første møte snakker pasienten om sine problemer og sine mål videre. Da blir det sykepleieren sin jobb å få pasienten til selv å erfare sine feiltolkninger, slik at problemløsingen blir enklere. Sykepleieren sin oppgave er altså å fjerne hindringen som gjør at pasienten ikke selv kan løse sine problemer og nå sine mål.

5. Kognitiv terapi fokuserer på nutiden (Beck, 2007 s. 19).

- Sykepleieren vil i utgangspunktet fokusere på her og nå problemer, og jobbe ut fra dem. Tre ting kan likevel få sykepleieren til å trekke frem ting fra fortiden:
 - Når pasienten gir uttrykk for å ville gjøre det.
 - Når behandlingen viser lite eller ingen fremgang.
 - Når sykepleieren mener det er hensiktsmessig å vite når uhensiktsmessige forestillinger oppstod, og hvordan disse fortsatt påvirker pasienten.

6. Kognitiv terapi har undervisningskarakter og er rettet mod at lære patienten at bli sin egen terapeut med hovedvægt på forebyggelse af tilbakefald (Beck, 2007 s. 20).

- Under første møte forklarer sykepleieren pasienten hva kognitiv terapi er, hvorfor og hvordan det kan hjelpe pasienten.
- Sykepleieren har også et ansvar for å lære pasienten hvordan han setter seg mål, hvordan han gjenkjenner tanker, hvordan han evaluerer dem, og hvordan han kan endre atferden og finne alternative mestringsstrategier.

7. Kognitiv terapi søges at være tidsbegrænset (Beck, 2007 s. 20).

- Vanligvis behandles pasienter med depresjon og angst med fire til fjorten møter. Men en vil også kunne møte pasienter som har behov for behandling i lengre tid, f. eks. 1-2 år og lengre.
- Målet som skal være nådd ved endt behandling, er symptomlindring, løsning av problemer pasienten hadde i forkant, og pasienten skal sitte igjen med en følelse av at han har fått med seg enkle verktøy han kan bruke til problemløsning senere.

8. Kognitive terapi-sessioner er strukturerte (Beck, 2007 s. 21).

- Det er viktig med en fast struktur gjennom alle møter. På en slik måte gjør sykepleieren det enklere for pasienten å forstå og å selv anvende terapien senere.
- I løpet av hvert møte skal de snakke om hvordan pasienten har hatt det siden sist møte og sette opp hva de skal gå gjennom på møtet. Møtet skal inneholde feedback etter forrige møte, gjennomgåelse av oppgaver pasienten fikk på forrige møte, avtale om nye oppgaver, hyppige oppsummeringer og øyeblikkelig tilbakemelding etter møtet. Dette skal gjøres mer og mer selvstendig av pasienten.

9. Kognitiv terapi lærer patienten at identifisere, evaluere og forholde seg til deres uhensiktsmessige tanker og antagelser (Beck, 2007 s. 21).

- Terapeuten skal virke og være genuint interessert i samarbeid med pasienten ved å stille reflekterende og åpne spørsmål. Slik får terapeuten en oversikt over de uhensiktsmessige tanker og antagelser pasienten bærer på.
 - Identifisere → de fokuserer på et spesifikt problem, og terapeuten identifiserer tankegangen ved å spørre hva pasienten nettopp tenkte.
 - Evaluere → de finner sammen ulike sider ved problemet, hva taler for og imot.
 - Forholde seg til sine tanker og antagelser → terapeut og pasient utarbeider en handlingsplan.

10. Kognitiv terapi bruker en hel rekke forskjellige teknikker til at ændre tankegang, humør og adferd (Beck, 2007 s. 22).

- Behandlingen vil variere fra pasient til pasient. Ut fra selvinnsikt, mål, evne til å samarbeide, tidligere erfaringer og terapi, vil terapeuten legge frem et individuelt opplegg, med ulikt tyngdepunkt for behandlingen (Beck, 2007).

Det er viktig at sykepleieren under samtaler aldri avviser pasientens tanker og følelser, og heller ikke argumenterer imot, men stiller spørsmål slik at pasienten blir nødt til å reflektere. En deprimert pasient vil ha problemer med å takle avvisning fra sykepleieren, og sykepleieren vil også vanskeliggjøre den gode alliansen de er avhengige av for å få terapien til å fungere. Pasienten og sykepleieren skal først drøfte problemer i pasienten sin hverdag, og samtidig finne ut av de negative autonome tankene (Berge og Repål, 2000).

3.3.5 Hvordan ble kognitiv terapi brukt i behandlingen av Hilde?

Slik Hilde er beskrevet tidligere i oppgaven, oppstod hennes problemer allerede i barndommen. Hilde har i samtale gitt uttrykk for at hun sjelden fikk bekreftelser fra moren, og at hennes søsken alltid var flinkere og mer pliktoppfyllende enn henne. Dette førte til at hun har mistet noe av troen på seg selv, og at hun alltid føler seg mindre verdt enn andre rundt seg. Den eneste i Hildes barndom som ga henne bekreftelser, var hennes far. Han var, som nevnt tidligere i oppgaven, mye borte, og hun ble derfor sittende mye alene med sine tanker og følelser. Vi tror at hennes grunnleggende leveregler bunner i hennes mors manglende bekreftelser. Vi kan tenke oss til at en grunnleggende leveregel fra Hildes barndom, for eksempel kunne vært: ”Jeg er ikke like mye verdt som mine søsken”. Det er tydelig at levereglene har påvirket Hilde over lengre tid, siden hun har vært innlagt på psykiatrisk avdeling gjentatte ganger. Disse levereglene kommer først til overflaten når Hilde opplever en krise. Slik vi forstår det, er det ikke krisen i seg selv som er Hildes problem, men de leveregler som ligger bak. Hvis Hildes leveregler hadde vært annerledes, hadde Hilde vært bedre forberedt på en krisesituasjon.

Under første samtale sykepleier har med Hilde, presenterer hun kognitiv terapi som behandling av Hildes problemer. Sykepleieren forteller at hun skal være Hildes faste terapeut på møtene, og at møtene har som mål å være et samarbeid. Hilde er positiv til denne formen for behandling, siden dette er noe hun ikke har prøvd ut tidligere. Sykepleieren vil at Hilde skal definere et fremtidig mål. Hilde sier at et mål for henne,

vil være å klare å være alene hjemme, og bygge opp et sosialt nettverk. Sykepleieren sier at det er et fint mål å ha.

Sykepleieren ber Hilde om å beskrive et problemområde. Hilde forteller at hun føler seg utilpass blant de andre pasientene. Hun er inne på avdelingens kjøkken til måltider tre ganger om dagen, og ved disse anledningene føler hun at hun blir iaktatt av de andre pasientene. Hilde tenker: ”De andre pasientene synes at jeg spiser på en spesiell måte, og derfor oppfatter de meg som rar og unormal”. Sykepleieren ber Hilde fortelle om følelsene i denne situasjonen. Hilde sier hun følte seg urolig og ønsket seg inn igjen på rommet sitt. Sykepleieren spør hvordan Hilde mestret situasjonen, og hun forteller at hun spiste lite, selv om hun var sulten. Hun tok kontakt med en sykepleier og ba om noe beroligende tablett. Etter dette gikk hun til rommet. De situasjonene hun ber om beroligende tabletter, beskriver Hilde som de situasjonene hun tok i bruk alkohol hjemme.

Sykepleieren forteller til Hilde at situasjonen hun akkurat beskrev, er et kjempefint eksempel på det de skal jobbe videre med. Ved andre og lignende situasjoner, vil sykepleieren at Hilde skal registrere situasjonen ved hjelp av et ABC-skjema (se vedlegg 2). Hun forteller at dette skal ligge til grunn for deres arbeid fremover, og det vil være Hildes oppgave mellom hvert møte å ha et ferdig utfylt skjema. Her skal Hilde foreløpig beskrive tre ting: En situasjon hun følte var vanskelig, automatiske tanker som dukket opp i forbindelse med situasjonen, og følelsene som kom. Enkelt sagt skal Hilde registrere det hun nettopp fortalte til sykepleieren. De automatiske tankene og følelsene skal Hilde også angi i prosenter. Prosenten på tankene skal gi et bilde av hvorvidt hun tror tankene er reelle. Hun skal også angi prosenter på hvor sterkt hun opplever følelsen. Hilde angir den automatiske tanken hun nettopp beskrev, til å ha en troverdighet på 100 %. Følelsen av urolighet sier hun var 90 %.

Sykepleieren forteller Hilde om grunnleggende og sekundære leveregler, og hvordan disse påvirker de automatiske tankene. På bakgrunn av situasjonen Hilde beskrev, kan sykepleieren tenke seg til at en grunnleggende leveregel for Hilde, er: ”Jeg er ikke som alle andre”. En sekundær leveregel for Hilde, kan sykepleieren for eksempel beskrive som dette: ”Hvis jeg holder meg for meg selv, så vil ingen se hvor rar jeg er.” Slik dukker Hildes automatiske tanke opp, med at de andre pasientene syns hun er rar og

unormal. Sykepleieren forklarer Hilde at disse levereglene kan avlæres, på lik linje som de engang oppstod, og nye leveregler kan dannes på bakgrunn av hennes egne mål.

Sykepleieren går så nærmere inn på strukturen som skal følges gjennom hvert møte. Hun forklarer også at strukturen skal hjelpe Hilde til selv å anvende kognitiv terapi på et langsiktig plan. Hun forklarer at møtene deres skal inneholde feedback fra forrige møte, gjennomgåelse av ”hjemmelekser” (ABC-skjema), nye ”hjemmelekser”, oppsummering og umiddelbare tilbakemeldinger. I tillegg skal hvert møte begynnes med at Hilde forteller hvordan hun har hatt det siden sist, og sammen skal de legge opp en plan for møtet.

Mellom møtene kan det være sykepleierens jobb å evaluere de inntrykkene hun har dannet seg av Hilde. Sykepleieren kan tenke seg til andre grunnleggende og sekundære leveregler Hilde har. Dette for å ha en formening om hva de må jobbe videre med, og hvordan Hilde skal erstatte disse levereglene med andre, i forhold til de målene hun selv har satt seg. Dette for at sykepleieren kontinuerlig skal kunne holde seg oppdatert, og kunne anvende sin kompetanse til best mulig hjelp for Hilde.

I samtaler møter sykepleieren Hilde med blikkontakt. Sykepleieren vil aldri avbryte eller avvise henne, og gir Hilde positive tilbakemeldinger. Sykepleieren oppsummerer også hva hun oppfatter som Hildes tanker og følelser, og viser slik forståelse av det Hilde forteller. Da viser sykepleieren empati og respekt overfor Hilde, og hun utstråler også varme og trygghet. Dette hjelper til å opparbeide den gode alliansen de er avhengige av.

Noen møter senere har Hilde blitt vant til å fylle ut ABC-skjema, og hun beskriver situasjonene helt alene mellom møtene. Sykepleieren oppfatter fortsatt at disse problemene for det meste beskriver sosiale deltakelser der Hilde har følt seg ubekvem. Sykepleieren forteller at nå som Hilde mestrer det å fylle ut disse tre punktene, kan de gå et skritt videre med skjemaet. De skal tilføye to nye punkter. Sykepleieren foreslår at de bruker den første situasjonsbeskrivelsen til Hilde som eksempel for å belyse disse to punktene.

Det første av disse to punktene skal gå ut på å finne alternativer til de automatiske tankene. Sykepleieren hjelper Hilde med å komme opp med forslag til alternative tanker. Disse skal være mer realistiske og håpefulle enn Hildes automatiske tanker, og de skal reflektere Hildes mål. Et av sykepleierens forslag er: ”Det er ikke sikkert de ser på meg fordi jeg er rar. Det kan hende de prøver å bli kjent med meg”. Hilde gir uttrykk for at dette er en tanke hun ønsker å ha, men at hun ikke vet om den kan oppfylles. Sykepleieren forteller at hun også skal gi de alternative tankene prosent etter hvor mye hun tror på dem, og Hilde gir sykepleierens foreslåtte tanke 20 %. Vi vil anta at det er helt normalt at Hilde ikke gir denne tanken mer enn 20 % troverdighet, siden hun enda er i begynnelsesfasen når det gjelder å finne frem til alternative mestringsstrategier. Hilde får eksempler på spørsmål hun kan bruke for selv å få frem alternative tanker:

- ”1. Hva er bevisene for at denne tanken er sann? Ikke sann?*
- 2. Finnes det en alternativ forklaring?*
- 3. Hva er det verste som kan skje? Overlever jeg det? Hva er det beste som kan skje? Hva er det mest realistiske utfallet?*
- 4. Hvilke konsekvenser har det at jeg tror på denne automatiske tanken? Hva kunne skje hvis jeg begynte å tenke annerledes?*
- 5. Hva kan jeg gjøre med det?*
- 6. Hvis (en venns navn) var i denne situasjonen og tenkte det samme som meg, hva ville jeg si til ham/henne?” (Dramsdahl, 2007 s. 208)*

Etter at de har funnet frem til alternative tanker, skal de til slutt dra alle fire punktene sammen for en evaluering av hele situasjonen. Dette er siste ledd i ABC-modellen (se vedlegg 2). Der skal Hilde gå tilbake til prosentene hun ga de automatiske tankene og følelsene sine, og evaluere om disse har forandret seg. Sykepleieren forklarer at det er meningen at disse prosenttallene skal bevege seg nedover etter hvert i prosessen. Hilde sier den alternative tanken noen ganger til seg selv: ”Det er ikke sikkert de ser på meg fordi jeg er rar. Det kan hende de prøver å bli kjent med meg”. Så ber sykepleieren henne om å gå tilbake på den automatiske tanken: ”De andre pasientene synes at jeg spiser på en spesiell måte, og derfor oppfatter de meg som rar og unormal”. Sykepleieren spør Hilde hvilket prosenttall hun vil gi denne tanken nå. Hilde syns den automatiske tanken hennes høres mer fjern ut på grunn av den alternative tanken. Hun

vil mye heller tro på den alternative. Hun gir den automatiske tanken 30 %, og den urolige følelsen 60 %. Sykepleieren forteller at målet er at Hilde skal kunne gi denne 0 %, og at den alternative tanken skal få 100 %.

Enda noen møter går, og Hilde tar på eget initiativ i bruk strukturen de planla for møtene. Hun begynner også å mestre utfyllingen av et fullstendig ABC-skjema. Her er et eksempel på et skjema hun har fylt ut.

Situasjon: ”Jeg har gått ut fra rommet mitt, og sitter blant de andre pasientene og spiser middag”.

Automatiske tanker: ”De ser på meg. De syns at jeg er rar. De tenker at de aldri kan like meg.” Hilde beskriver at hun tror 100 % på disse tankene.

Følelser: Jeg føler meg urolig (70 %). Dette fremkaller angsten (50 %). Jeg føler meg trist (80 %) over å ikke være som de andre.

Alternative tanker: ”Det mest realistiske utfallet, er at jeg kommer til å komme meg gjennom denne middagen”. ”Ingenting vil skje i løpet av måltidet”. ”Konsekvensene ved at jeg tror på denne tanken, er at jeg går fra bordet, sulten og urolig. Jeg vil heller gå fra bordet, og være mett”. ”Det beste er om jeg sitter her, og spiser til jeg blir mett, og at jeg kanskje kan delta i samtale, slik at de blir kjent med meg”. Hilde sier hun tror 90 % på disse tankene.

Utfall: Prosenttall på de automatiske tankene: 10 %. Følelser: Urolig (15 %), angst (10 %), trist (0 %).

Det begynner å gå mot behandlingsslutt. Hilde har hatt 12 møter, og vist stor fremgang. De siste skjemaene Hilde fylte ut, oppfylte målene sykepleieren beskrev med at disse tallene skulle være på 0 %. Hun tror ikke lenger på de automatiske tankene, og følelsene som hører med disse tankene. Derimot har dette forandret seg til at de alternative tankene overstyrer de negative, og har blitt de nye automatiske tankene. Følelsene som følger med disse er blitt positive. Hilde har utviklet seg blant de andre pasientene, og har blitt delaktig i samtaler. Før utskrivelse tar Hilde også en ny MADRS-test (se vedlegg 1). Denne viser at hun har en mild, og forbigående

depresjon. Sykepleieren har tro på at Hilde vil klare å bruke kognitiv terapi når hun blir skrevet ut.

Sykepleieren ser for seg at Hildes grunnleggende leveregel nå har blitt forandret til: ”Jeg er ikke som alle andre, men det vil jeg heller ikke være”. Og en av de sekundære levereglene, er: ”Hvis jeg snakker med dem, så er det ikke sikkert de syns jeg er så rar”.

3.4 Sykepleieteoretikere

3.4.1 Ida Jean Orlando

Ida Jean Orlando ble født i 1926, og har arbeidet som psykiatrisk sykepleier. Hun har gitt ut flere bøker om samhandling mellom pasient og sykepleier. Orlando har både et humanistisk og dynamisk menneskesyn. Hun legger vekt på at hvert menneske er unikt og under stadig utvikling. Sykepleie gis til pasienter som opplever hjelpeløshet i ulike sammenhenger. Det å ikke ha evne til å kommunisere, måtte være på sykehus og få behandling kan for pasienten oppleves som hjelpeløshet. Pasienten er ikke i stand til å ivareta eller forstå egne behov. Det er viktig at sykepleier forstår situasjonen pasienten er i, og at pasienten tar ansvar og deltar aktivt. Sammen må de finne fram til tiltak som tar vare på pasientens behov. Orlando retter oppmerksomheten mot pasienten, og det tas ikke hensyn til familie og samfunn i denne behandlingen.

Orlando legger vekt på å ivareta pasientens behov for hjelp i her-og-nå situasjonen, og hjelpe pasienten med det han ikke greier å utføre selv. Medisin er rettet mot behandling og forebygging av sykdom, mens sykepleie skal være rettet mot pasientens fysiske og mentale velvære. Orlando bruker interaksjonsmodellen. Hun bruker en framgangsmåte som hun mener skiller mellom profesjonell sykepleieratferd og et hvilket som helst møte mellom to mennesker.

Pasienten kan uttrykke seg verbalt eller nonverbalt, for eksempel kan pasienten komme med en klage eller unngå øyekontakt. Sykepleier observerer dette og tar utgangspunkt fra egne kunnskaper og erfaringer, og handler ut fra disse observasjonene. Det er viktig

at sykepleier viser at hun forstår det pasienten mener, slik at dette stemmer med pasientens egen oppfatning. Det er også viktig at sykepleier ikke bebreider eller anklager pasienten. Bevisste og hensiktsmessige handlinger skal gå ut fra et behov hos pasienten. Dersom pasienten ikke kan gi uttrykk for egne behov, på grunn av sykdom eller tilstand, vil modellen være vanskelig å bruke, fordi den baseres på samhandling og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Prioritering av behov og langsiktig planlegging legger ikke Orlando vekt på (Kristoffersen, 2004).

3.4.2 Jean Watson

Jean Watson er amerikansk og født i 1940. Hun har et humanistisk og helhetlig menneskesyn. Hun har blant annet jobbet som psykiatrisk sykepleier, og har gitt ut flere bøker. Hun legger vekt på at det er viktig med et godt mellommenneskelig forhold mellom pasient og sykepleier.

Hun plasserer tilknytning, mestring, selvrespekt og selvrealisering på et høyt nivå. Når mennesket møter sykdom og begrensninger, er det viktig å legge vekt på hvordan pasienten opplever egen situasjon og hvilke behov pasienten føler er viktige.

Mestring står klart i sentrum i Watsons sykepleietenking. Mestring av livssituasjon kjennetegner helse. Det er viktig at pasienten får innsikt i situasjonen, slik at han blir i stand til å mestre tap, konflikter og endringer på en bedre måte. Ved å kartlegge pasientens ressurser til mestring og pasientens opplevelse av situasjonen, kan vi som sykepleier hjelpe pasienten til å gjenvinne kontroll over livssituasjon.

Pasientens samfunn har innflytelse på hans mål og verdier, og når det skjer endringer i dette samfunnet vil dette forårsake stress. Tap, krise og sykdom kan føre til atskillelse og pasienten får ikke dekket de psykososiale behov. Watson mener at sykepleie er rettet mot de som opplever stress og konflikter på grunn av endringer, utvikling eller kriser i livet. Sykepleierens rolle vil være å assistere pasienten som har opplevd krise. Det er derfor viktig å kunne forstå og påvirke sammenhengene mellom sykdom, helse og atferd. Omsorg er det sentrale innholdet i sykepleie. Det er viktig for sykepleier å

vise empati og varme for å etablere et sykepleier-pasient forhold som viser forståelse. Det er også viktig å veilede pasient til å ta egne valg.

Watson har satt opp 10 ulike faktorer som hun mener er viktig i sykepleien, og som hun mener bør brukes både på intensivavdelinger, hjemmesykepleie og sykehjem. De tre første faktorene er de viktigste, og danner grunnlaget for de resterende faktorene.

- **Å etablere et humanistisk-alturistisk verdisystem.** Dette går ut på å vise vennlighet, omsorg, kjærighet og respekt, og at det er viktig å se enkeltmennesket som unikt og individuelt.
- **Å etablere tro og håp.** Det er viktig å fremme tro og håp hos pasienten, enten det er knyttet til situasjon, behov eller til sykepleier. Verdier og personlig tro er viktige mestringsressurser. Det er derfor viktig å respektere personens personlige tro, og oppmuntre til å bruke den.
- **Å utvikle lydhørhet overfor seg selv og andre.** Å forstå og akseptere seg selv er viktig for å lære å kjenne andre mennesker. Dette danner også grunnlag for empati. Ærlighet er også viktig for å skape menneske-til-menneske relasjoner (Kristoffersen, 2004).

3.4.3 Hvordan ble disse teoretikerne brukt i forhold til Hilde?

En forutsetning for at Hilde var en aktuell kandidat for kognitiv terapi, var at hun deltok aktivt i samtale. På grunn av at sykepleieren fikk behandlingen til å fremstå som et samarbeid, var det lettere å få Hilde til å kommunisere. En annen forutsetning for samarbeid var at hun måtte ha moderat til mild depresjon. I kognitiv terapi tok Hilde og sykepleieren tak i en vanskelig situasjon, oppdaget hva hun hadde problemer med,

og fant tiltak/mestringsstrategier sammen. Dette samarbeidet legger både Orlando og Watson vekt på.

Behandlingen som Hilde fikk, tok først og fremst sikte på å være individuell. Med det mener vi at familien ikke ble involvert, og at det ble lagt opp individuelt løp for Hilde, i likhet med andre pasienter. Disse holdningene er svært sentrale i forhold til Orlandos teorier. Men vi mener ikke å utelukke familie og nettverk fra Hildes vanskelige situasjon. I selve behandlingsperioden med kognitiv terapi, er et av målene at Hilde til slutt skal klare dette på egenhånd, og her blir Orlando hovedfokus for oss. Men som deprimert pasient og etter utskrivelse, har hun behov for den støtten et godt nettverk kan gi henne. Det er her vi velger å nevne Watson, siden hun har større fokus på familie og nettverk.

I kognitiv terapi tok sykepleieren tak i Hildes behov for hjelp i her-og-nå situasjoner, i likhet med Orlandos fokus. Orlando fokuserer ikke på langsiktig planlegging. Et mål for Hilde var først og fremst å takle situasjoner på institusjonen. En annen viktig del av terapien, var at Hildes fremtidige mål skulle beskrives. Vi har inntrykk av at et typisk fremtidig mål for den deprimerte pasient, er å klare å mestre egen livssituasjon. Dette var også målet til Hilde. Watson fremmer mestring av kriser som et sentralt tema for pasienten, og mener at dette kjennetegner god helse. Å klare å overbevise pasienten om at grunnleggende og sekundære leveregler kan avlæres, er også en viktig del av fremtiden, da det fremmer tro og håp. Dette er også et viktig poeng i Watsons sykepleieteori.

Watsons teori om å påvirke sammenhengen mellom sykdom, helse og handling, vil være et sentralt mål for en sykepleier som jobber med en deprimert pasient. For at Hilde skulle forstå denne sammenhengen, måtte sykepleieren veilede og undervise henne. For at behandlingen skulle ha effekt, var sykepleieren avhengig av at Hilde forstod sin sykdom, og hvordan sykdommen påvirket handlingene hun utførte. Sykdommen ville vært preget av de negative automatiske tankene.

Måten samarbeidet skal framheves og sikres på, er noe begge sykepleieteoretikerne har skrevet om. Både Orlando og Watson beskriver empati som et viktig stikkord. I behandlingen av Hilde ble det fokusert på at sykepleieren skulle lytte, og ikke avvise eller prøve å avkrefte Hildes tanker og følelser. Watson beskriver også at dette

samarbeidet skal fremmes ved at sykepleieren viser vennlighet, omsorg, kjærighet og respekt, i likhet med et av Judith Becks prinsipper. For Hilde var dette veldig viktig for at hun skulle klare å bygge opp tillit til sykepleieren.

Orlando sier noe om sykepleiernes ansvar for å forsikre seg om at de har forstått pasienten riktig. Hun sier også noe om verbale og nonverbale uttrykksmåter. For Hilde var det svært viktig at sykepleieren ga uttrykk for at hun hadde forstått det Hilde fortalte. På grunn av at sykepleieren gjorde dette, åpnet Hilde seg mer i samtale, tok hyppigere kontakt med sykepleieren og tok mer initiativ til uformelle samtaler.

4. Konklusjon

Vi har funnet frem til depresjonssymptomene Hilde hadde. Vi har også funnet ut at Hilde kom inn på avdelingen med en alvorlig depresjon. Denne ble kartlagt ved hjelp av den første MADRS-testen. For at Hilde skulle bli mottagelig for kognitiv terapi, ble hun behandlet med ECT og antidepressiva.

Ved hjelp av en ny MADRS-test, ble Hilde vurdert til å være moderat deprimert. Vi tok da tak i behandlingen med kognitiv terapi. Sammen med Hilde valgte vi ut en situasjon hun hadde problemer med å mestre. Vi jobbet ut fra denne, og lærte Hilde å bruke et registreringsskjema (ABC-skjema). Samtidig la vi vekt på struktur, samarbeid, omsorg, respekt og empati i samtalene. Over tid lærte Hilde å selv bruke skjemaet, og viste stor fremgang i løpet av den tidsbegrensede behandlingen. Hun viste at hun klarte å identifisere og evaluere sitt tankemønster, sine følelser og sin atferd. Dette klarte hun ved hjelp av undervisning og veiledning fra sykepleieren. Hun bygde opp en tro på seg selv, og klarte å snu om de grunnleggende og sekundære levereglene på grunn av de alternative tankene. Disse tankene dannet Hilde selv, ut fra den personen hun hadde som mål å bli.

Ved behandlingsslutt, ble Hilde vurdert til å ha en mild depresjon. Hun klarte å mestre situasjoner i avdelingen som før hadde følt seg vanskelige å mestre. Hun fokuserte på de alternative tankene, slik at de automatiske tankene virket fjerne og lite logiske.

Vårt mål med behandlingen var at Hilde skulle vise bedring på avdelingen, og at hun skulle ha følelsen av å forlate avdelingen med enkle verktøy for å mestre vanskelige situasjoner. Dette har vi klart å finne ut av. Vi håper derfor at Hilde tar i bruk kognitiv terapi hjemme.

Vi føler at vi har fått svar på problemstillingen vår, men at vi kanskje ikke har fått gått så dypt inn i behandlingen som vi hadde ønsket. Hilde var gjennom oppgaven en eksemplarisk pasient, som gjorde det enkelt å beskrive behandlingen. I praksis kan vi ikke regne med at det er så enkelt. Pga. at vi tok tak i en enkelt situasjon på avdelingen, håpet vi at vi skulle gjøre det enkelt for leser å forstå sammenhengen. Vi viste til en gradvis utvikling til pasientens selvanvendelse av kognitiv terapi. Vi har lært hvordan sykepleiere tar i bruk kognitiv terapi, men har ikke sett dette i praksis.

Vi har blitt svært betatt av kognitiv terapi. Hvis vi skulle skrevet flere oppgaver, ville vi valgt å f. eks. gå nærmere inn på enkeltdeler i kognitiv terapi. F. eks. hadde det vært interessant og visst mer om gangen i de første timene, der vi som sykepleiere har den største rollen. Dessuten har disse første timene stor betydning for videre utvikling av den kognitive terapien i forhold til pasienten.

5. Etterord

Vi var to som skrev hovedoppgaven sammen. Vi kjente hverandre lite fra før, og var veldig spente og usikre på hvordan dette samarbeidet ville gå. Samarbeidet har gått veldig bra, og vi har klart dette bra fordi vi begge har tatt hensyn til våre ulikheter og ikke hengt oss opp i bagateller. Vi har hatt mange diskusjoner med hverandre og fått veldig godt utbytte av dette. Vi har også vært aktive i diskusjoner i hospiteringspraksis, både i grupper og i møter med enkeltpersoner.

I løpet av prosessen har vi utviklet oss faglig. Dette har vi merket i møtene vi har hatt, på grunn av at vi har studert og diskutert med hverandre. Vi har også diskutert med veileder og fått gode tilbakemeldinger. Dette har gitt oss et løft til å komme videre med oppgaven.

Vi har dessverre bare hatt tre dager i hospitering. Det har vært vanskelig å finne praksisplass på grunn av stor pågang av studenter på avdelingene. Vi har også vært i kontakt med Torkil Berge, som har skrevet mange bøker innenfor kognitiv terapi. En annen person vi har kontaktet er Kjetil Mellingen. Han har studert kognitiv terapi i mange år og holder kurs både for pasienter og helsepersonell. Ingen av de har hatt mulighet til å møte oss eller ha en samtale. Hadde vi fått anledning til dette, kunne vi kanskje fått et bilde av hvordan kognitiv terapi blir brukt utenfor institusjonen. Selv om vi bare har hatt tre dager med hospiteringspraksis, har vi følt at vi har fått mye nytting informasjon som har hjulpet oss til å løfte oppgaven. Vi har opplevd at de fagpersonene vi har vært i samtale med, har vist stor faglig kompetanse og engasjement, noe som har ført til at vi stadig ble mer interesserte og nysgjerrige på temaet.

I begynnelsen av oppgaveprosessen hadde vi en klar formening om hva vi skulle skrive om, og utformet problemstillingen ut i fra dette. Vi fant temaet suicidalitet blant deprimerte svært interessant og utfordrende. Etter samtale med fagpersonell fikk vi erfart at kognitiv terapi ikke blir brukt på deprimerte pasienter i suicidfase. Problemstillingen vår ble derfor forandret.

Alt i alt har vi blitt svært fornøyde med sluttresultatet av prosessen. Vi sitter igjen med en følelse av stort faglig utbytte vi kan benytte oss av i ulike arbeidssituasjoner som

sykepleiere. Det eneste vi kunne ønske var annerledes med oppgaven, var om vi hadde hatt flere ord til disposisjon, slik at vi kunne gått videre inn i temaet. Vi synes det var kjempespennende!

Litteraturliste

- *Beck, Judith S. (2006). *Kognitiv terapi – Teori, Udøvelse og refleksion*. (1. utgave, 2. opplag 2007). København: Akademisk Forlag.
- *Berge, Torkil og Arne Repål (2000). *DEN INDRE SAMTALEN – Innføring i kognitiv terapi*. (1. utgave, 1. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, Olav (2004). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (3. utgave, 4. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Dramsdahl, Margaretha (2007). *SANDKORN, En bok om depresjon og kognitiv terapi*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- *Helsedirektoratet (2005). *MADRS-Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale*.
URL:
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00005/MADRS_2005_NY_5755a.pdf
- *Helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hummelvoll, Jan Kåre (2006). *HELT- ikke stykkevis og delt*. (6. utgave, 2. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kringlen, Einar (2005). *PSYKIATRI*. (8. utgave, 2. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, Nina (2004). *GENERELL SYKEPLEIE 1 – Fag og yrke- utvikling, verdier og kunnskap*. (1. utgave, 6. opplag) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Nylenna, Magne (2004). *Store Medisinske Leksikon* (4. opplag) bind 1, 2 og 4. Oslo: Kunnskapsforlaget, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) A/S og A/S Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg

MADRS

Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale

Norsk versjon ved Ulrik Fredrik Malt

Pasientens navn: _____ Dato for utredning: _____

1. Synlig tristhet

Sikter på dysterhet, tungsinn, fortvilelse (mer enn bare vanlig forbigående dårlig humør), slik det avspeiler seg i tale, mimikk og holdning. Gradér på grunnlag av dybde og manglende evne til å lysne opp.

- 0 Ingen tristhet.
- 1
- 2 Ser trist og humørløs ut, men kan leilighetsvis lysne opp.
- 3
- 4 Virker trist og ulykkelig hele tiden.
- 5
- 6 Ekstrem og vedvarende tristhet og fortvilelse.

2. Tristhet

Tar sikte på subjektiv opplevd sinnsstemning, uansett om stemningen gir seg ytre uttrykk eller ikke. Omfatter senket stemningsleie, tristhet, oppgittethet, tungsinn, håpløshet og hjelpeløshet. Gradér i henhold til intensitet, varighet og i hvilken grad sinnsstemningen påvirkes av ytre omstendigheter. Oppstemthet skåres som 0.

- 0 Stort sett indifferent stemningsleie. Leilighetsvis tristhet når omstendighetene tilsier det.
- 1
- 2 Overveiende følelse av nedstemthet, men lysere øyeblikk forekommer.
- 3
- 4 Gjennomtrengende følelse av tristhet og dysterhet. Sinnsstemningen influeres knapt av ytre omstendigheter.
- 5
- 6 Konstant opplevelse av sterk tristhet og fortvilelse.

3. Indre spenning

Sikter på følelse av vag ulyst, ubehagelig indre spenning, uro, angst, stigende panikk.

Gradér i henhold til intensitet, varighet og behov for hjelp og støtte. Skilles fra tristhet (punkt 2).

- 0 Rolig, bare antydning til indre spenning.
- 1
- 2 Leilighetsvis følelse av ubehagelig psykisk spenning og vag uro.
- 3
- 4 Vedvarende følelse av indre spenning eller panikkepisoder som pasienten bare kan mestre med vanskelighet.
- 5
- 6 Vedvarende frykt og angst. Overveldende panikkfølelse.

4. Redusert nattesøvn

Sikter på subjektiv opplevelse av kortvarig eller mindre dyp søvn sammenliknet med vanlig tilstand.

- 0 Sover som vanlig.
- 1
- 2 Moderate innsovningsvansker eller moderat redusert, lett eller urolig søvn.
- 3
- 4 Søvn redusert eller avbrutt med minst to timer sammenliknet med vanlig.
- 5
- 6 Mindre enn to til tre timers søvn om natten.

5. Svekket appetitt

Sikter på følelsen av at appetitten er svekket i forhold til tidligere.

- 0 Normal eller øket appetitt.
- 1
- 2 Moderat redusert appetitt.
- 3
- 4 Nesten ingen appetitt. Maten smaker ikke, må tvinge seg selv til å spise.
- 5
- 6 Næringsvegrende. Må overtales av andre til å spise.

6. Konsentrasjonsvanskeligheter

Sikter på vansker med å samle tankene, stigende til invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne. Grader i henhold til intensitet, frekvens og grad av invalidiserende effekt.

- 0 Ingen konsentrasjonsvansker.
- 1
- 2 Leilighetsvis vansker med å samle tankene.
- 3
- 4 Vansker med konsentrasjon og vedvarende oppmerksomhet, som forstyrrer lesing eller konversasjon.
- 5
- 6 Invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne.

7. Initiativløshet

Sikter på vanskelighet med å komme i gang, treghet med å ta initiativ og utføre daglige aktiviteter.

- 0 Ingen spesielle vansker med å komme i gang, ingen treghet.
- 1
- 2 Visse vansker med å komme i gang med aktiviteter.
- 3
- 4 Vanskeligheter med å komme i gang med enkle rutineaktiviteter, som kan utføres bare med betydelig anstrengelse.
- 5
- 6 Helt eller manglende evne til å ta initiativ. Uten evne til å igangsette aktiviteter uten hjelp.

8. Svekkede følelsesmessige reaksjoner

Sikter på den subjektive opplevelse av svekket interesse for omgivelsene, eller for aktiviteter som normalt gir glede. Evnen til å reagere med adekvate følelser på omstendighetene eller andre mennesker er redusert. Skillen fra initiativløshet (punkt 7).

- 0 Normal interesse for omgivelsene og andre mennesker.
- 1
- 2 Redusert evne til å glede seg over ting som vanligvis gleder. Redusert evne til å vise sinne.
- 3
- 4 Tap av interesse for omverdenen. Tap av følelser for venner og bekjente.
- 5
- 6 Opplevelse av å være følelsesmessig lammet, uten evne til å føle sinne eller sorg, og tildels smertefull opplevelse av ikke å kunne føle noe for nære slektninger eller venner.

9. Depressivt tankeinnhold

Sikter på tanker om skyld, mindreverdighet, selvbredelser, anger, og tanker om økonomisk ruin, etc.

- 0 Ingen depressive tanker.
- 1
- 2 Fluktuerende tanker om ikke å strekke til, selvbredelser og mindreverdighetsfølelse.
- 3
- 4 Vedvarende selvbredelser eller klare, men fortsatt rasjonelle tanker om skyld og synd. Ser uttalt pessimistisk på fremtiden.
- 5
- 6 Vrangforestillinger om økonomisk ruin eller utligvelige synder. Absurde selvanklager.

10. Suicidaltanker

Tar sikte på følelsen av at livet ikke er verdt å leve, at en naturlig død ville være velkommen, suicidale tanker, og forberedelse til selvmord.

- 0 Ordinær livslyst, tar det som det kommer.
- 1
- 2 Lei av livet, men bare flyktige suicidaltanker.
- 3
- 4 Ville helst vært død, suicidaltanker opptrer hyppig og suicid ansees som en mulig løsning uten at det foreligger spesifikke planer eller intensjoner.
- 5
- 6 Uttalte planer om suicid når anledningen gir seg. Aktive forberedelser for suicid.

Total skår: _____

Kommentarer: _____

Vedlegg 2

ABC-skjema

Situasjon	Automatiske tanker	Følelser	Alternative tanker	Utfall
1. Aktuell hendelse som vekker en ubehagelig følelse, eller 2. Tankerekke, dagdrømmer, eller minner som vekker ubehagelig følelse 3. Ubehagelige fysiske symptomer	1. Tanker/forestillinger som farer gjennom hodet idet du kjenner den ubehagelige følelsen 2. Skriv ned hvor mye du tror på tankene fra 0–100 %	1. Spesifiser følelsene (trist, engstelig, sint etc.) 2. Angi styrken på følelsen fra 0–100 %	1. Skriv ned en alternativ og mer realistisk tolkning av situasjonen (bruk spørsmålene på neste side) 2. Angi hvor mye du tror på den alternative tolkningen fra 0–100 %	1. Angi hvor mye du tror på den automatiske tanken nå, fra 0–100 % 2. Navngi og angi styrken på følelsene du sitter igjen med nå, fra 0–100 %
<i>Olaf ringer fra kontoret. Er kort i telefonen.</i>	<i>Han synes jeg er en dårlig kollega. Tro: 100 %. Han vil ikke snakke med meg. Han synes jeg er håpløs. Han er sint.</i>	<i>Trist 85–90 %</i>	<i>Han hadde det sikkert veldig travelt. Han hadde ikke tid til å snakke mer med meg. Han sa at han ville ringe meg senere. Kontoret har sendt blomster. Tro: 100 %</i>	<i>Tro på den aut. tanken: 0 % Trist: 10 %</i>

Kilde til vedlegg 2:

Dramsdahl, M. (2007). *Sandkorn : en bok om depresjon og kognitiv terapi*. Trondheim, Tapir akademisk forl. (s. 212)