

Depresjon

Beck¹

Kunnskap

Terapeuten bør ha kunnskap om depresjonens symptomer, forløp og konsekvenser, sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og vedlikeholdende faktorer; og kjennetegn på risiko for selvmord.

Den kognitive modellen for depresjon

Terapeuten bør kunne:

- anvende kunnskap om “den kognitive triade” (tanker og kjerneantakelser om en selv, verden/andre og fremtiden)
- anvende kunnskap om kognitive skjemaer (strukturell organisering av depressiv tenkning)
- avdekke og få oversikt over vanlige skjevheter og feil i informasjonsbearbeidingen, som forhastede slutninger, tankelesning, selektiv utvelgelse, emosjonell resonnering, svart-hvitt-tenkning og overgeneralisering
- anvende kunnskap om mellommenneskelige forholds betydning for utvikling og opprettholdelse av depresjon, for eksempel tendensen til å fremkalle reaksjoner fra andre som bekrefter negative forventninger en har om seg selv og andre, og som fører til selvoppfyllende profetier
- være klar over at det sannsynligvis er best å bruke en atferdsmessig snarere enn en kognitiv tilnærming i starten av terapien ved alvorlig depresjon

¹ Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Berge, T. (2008). Kronisk depresjon. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 286–318). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berge, T., Eklund, M. & Skule, C. (2008). Kurs i mestring av depresjon – forebygging av tilbakefall. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 319–348). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Innledende utredning

Terapeuten bør kunne:

- få overblikk over pasientens forhistorie, nåværende livssituasjon, belastninger og sosial støtte
- hjelpe pasienten med å omformulere generelle og vage plager til konkrete problemer
- hjelpe pasienten med å finne frem til problemer der depresjonen kommer tydelig til uttrykk
- forstå og gyldiggjøre pasientens nåværende selvbilde og livssyn, det system av antakelser og strategier for informasjonsbearbeiding som pasienten opplever seg selv og sin verden igjennom
- kartlegge og gi en helhetlig beskrivelse av kognitive problemer som bidrar til å opprettholde og forverre depressive symptomer
- få overblikk over pasientens mestringsmekanismer, som stresstoleranse, funksjonsnivå og evne til observasjon og objektivitet i forhold til seg selv
- kartlegge samtidige (komorbide) psykiske lidelser
- identifisere, vurdere og reagere på tegn på selvmordsrisiko
- utforske pasientens holdning og motivasjon i forhold til terapi

Utredningen bør gi et bilde av pasientens personlige ressurser. Man kan spørre: Hva er dine sterke sider? Hva ville de som kjenner deg godt, trekke frem som dine beste egenskaper? Når du har lyktes i å overkomme problemer før, hva gjorde du, og hvilke sider av deg viste seg å være viktige?

Terapeuten utforsker muligheter for støtte fra pårørende, venner og arbeidskolleger. Det å oppleve å ha tilgang til en person man kan ha tillit til og betro seg til, er særlig viktig. Dessuten spør terapeuten om pasienten har barn, og om de har spesielle behov nå som må ivaretas.

Begrunnelsen for kognitiv terapi

Terapeuten bør kunne:

- formidle at det vil bli lagt vekt på å utforske og forsøke å løse problemer i pasientens hverdag og likeså vanskene forbundet med depresjon, som mangel på energi og

tiltaksløst

- forklare begrunnelsen for å fokusere på tanker, og hjelpe pasienten med å reflektere over dette i forhold til seg selv; terapeuten tar utgangspunkt i et aktuelt eksempel som får frem sammenhengen mellom hvordan pasienten tenker om seg selv, verden/andre og fremtiden, og følelser, motivasjon og atferd
- hjelpe pasienten med å avdekke skjevheter og feil i informasjonsbearbeidingen som leder til uhensiktsmessige konklusjoner, urimelig hard selvkritikk og overdreven pessimisme
- formidle den kognitive modellen på en måte som får frem at pasienten tenker på en uhensiktsmessig og lite selvaksepterende og støttende måte, snarere enn en ”irrasjonell” måte

Behandlingsferdigheter

Prioriterte behandlingsområder

Terapeuten samarbeider med pasienten for å fastlå hvilke problemer og depressive symptomer som bør prioriteres i behandlingen. Føler pasienten seg overveldet av problemene, hjelper terapeuten ham/henne med å identifisere problemer og løsningsmuligheter.

Sentrale prinsipper

Terapeuten bør kunne:

- utforske pasientens meningssystem på en måte som er preget av samarbeid, og som modellerer strategier som pasienten kan bruke under og etter terapien
- hjelpe pasienten med å se at forbindelsen mellom tenkning, følelser og atferd er relevant for egne problemer, ved å vise til konkrete eksempler
- hjelpe pasienten med å undersøke og utforske datagrunnlaget for antakelser ved hjelp av atferdseksperimenter

Veiledet utforskning

Terapeuten bør kunne:

- ha en åpen og undersøkende stil som bidrar til at pasienten kan trekke sine egne

konklusjoner

- anvende veiledet utforskning slik at pasienten får hjelp til å finne frem til nyttig informasjon samtidig som pasienten lærer å bruke slik utforskning som metode
- anvende veiledet utforskning for å åpne opp for tvil, flertydighet og nyanser, gi pasienten mulighet til revurdering, og legge til rette for læring
- hjelpe pasienten med å utvikle hypoteser om sin situasjon og mulige løsninger
- hjelpe pasienten med å åpne opp for flere nyanser og perspektiver på egen erfaring, ved å undersøke holdepunkter og datagrunnlag, vurdere alternativer og veie fordeler og ulemper opp mot hverandre
- unngå forsøk på å presse et synspunkt på pasienten, ved å debattere, overbevise, forelese eller kryssforhøre; denne samarbeidsholdningen gjennomsyrrer samspillet med pasienten

Identifikasjon av negative automatiske tanker og forestillingsbilder

Terapeuten bør kunne:

- definere “tanker” på en måte som gir mening og er relevant for pasienten, og kunne forklare begrepet negative automatiske tanker og forestillingsbilder
- hjelpe pasienten med å forstå prinsippet om sammenheng mellom tanker, følelser og atferd ved å bruke aktuelle eksempler på vanskelige situasjoner
- hjelpe pasienten til å se sammenhenger mellom konkrete situasjoner og depressive tanker og følelser
- hjelpe pasienten til å oppdage automatiske tanker og forestillingsbilder i situasjoner
- utløse tanker knyttet til ubehagelige følelser, og da særlig tankene som kan antas å være knyttet til sterke følelser (“hot cognitions”)
- empatisk avdekke tanker knyttet til sterke følelsesmessige uttrykk som oppstår i terapitimen, og diskutere tankene i forhold til pasientens antakelser
- avdekke de forskjellige formene for kognitive skjevheter og feiltolkninger som underbygger pasientens tenkemåte
- hjelpe pasienten med å fylle ut og bruke skriftlige registreringsskjemaer, for eksempel ABC-skjema for situasjon, tanker og følelser, for å lære pasienten å bedømme tankers gyldighet på egen hånd

Undersøke og realitetsteste automatiske tanker og forestillingsbilder

Terapeuten hjelper pasienten med å finne alternative løsninger på problemer, ved å undersøke gyldigheten av tanker og underliggende antakelser i en gitt situasjon. Man samarbeider om å registrere uhensiktsmessige og lite støttende tanker og reaksjoner på disse tankene. Hensikten er at pasienten skal lære å vurdere data mer uavhengig av depresjonens negative filter, og lage alternative fortolkninger på egen hånd.

Uhensiktsmessige antakelser

Terapeuten bør kunne:

- samarbeide med pasienten om å kartlegge uhensiktsmessige antakelser (leveregler) på en måte som sikrer at det er pasienten som styrer prosessen, ikke terapeuten
- ha en nysgjerrig og ikke-vitende holdning i forhold til antakelsene som ligger til grunn for pasientens tanker, uten å trekke forhastede konklusjoner
- undersøke antakelser ved å stille spørsmål og komme med alternative forslag, og unngå at prosessen blir preget av ren undervisning og en belærende stil
- hjelpe pasienten med å se hvordan antakelser kan bli selvoppfyllende
- bidra til at pasienten vurderer å endre uhensiktsmessige antakelser, ved å sette opp en liste over fordeler og ulemper knyttet til å beholde dem
- hjelpe pasienten med å undersøke antakelsenes virkninger i det lange løp, særlig dersom antakelsene ser ut til å virke i pasientens favør på kort sikt
- hjelpe pasienten med atferdseksperimenter som kan påvirke antakelser, for eksempel å sammenligne det en "bør" gjøre, med hva en faktisk er i stand til, eller å handle på tvers av antakelsene

Hjemmeoppgaver

Terapeuten bør kunne:

- formidle begrunnelsen for hjemmeoppgaver i kognitiv terapi (også kalt hjemmearbeid, praksisoppgaver, egenerapi, treningsøvelser, selvregistrering, etc.)
- utarbeide hjemmeoppgaver i samarbeid med pasienten i timen, og sikre at oppgavene oppleves som relevante, hensiktsmessige, konkrete, gjennomførbare og målbare
- undersøke om terapeut og pasient har samme forståelse av hjemmeoppgaven, for

eksempel ved å la pasienten gjøre oppgaven i terapitimen

- hjelpe pasienten med å teste ut tanker i praksis, og bidra til at han/hun får erfaring med å identifisere, sette ord på og håndtere sterke følelser

Mestring av negative tanker og antakelser

Terapeuten bør kunne:

- hjelpe pasienten med å undersøke og realitetsteste tanker, uten å gå ut fra at alle negative og pessimistiske tanker er ugyldige
- hjelpe pasienten til å bruke selvregistrering og atferdsekspirer for å få oversikt over overdreven selvkritikk og overdrevne selvbebreidelser, med ledsagende følelser av utrygghet, skamfølelse og skyldfølelse
- hjelpe pasienten med å håndtere selvkritikken, for eksempel gjennom rollespill og ved å undersøke tolkninger og alternative tenkemåter, og fremme selvmedfølelse og egenstøtte
- hjelpe pasienten med å utfordre enten/eller-tenkning, ved for eksempel å lære pasienten å undersøke om negative hendelser kan bidra til noe positivt, eller å stille seg selv spørsmål omkring enten/eller-reaksjoner
- bruke strategier for alternative årsaksforklaringer (re-attribusjon) som hjelpemiddel i arbeidet med overdrevne selvbebreidelser, for eksempel bruk av "kakediagram" som illustrerer ulike "biter" av mulige årsaker
- utfordre kjerneantakelser som undergraver pasientens opplevelse av å ha verdi som

Vanskelige følelser

Terapeuten bør kunne:

- hjelpe pasienten med å identifisere, sette ord på og uttrykke vanskelige følelser, og hjelpe pasienten i arbeidet med å undersøke og teste ut antakelsene som kan være knyttet til følelsene
- hjelpe pasienten med å håndtere konsekvensene av katastrofetenkning eller selvførdømmelse
- hjelpe pasienten i terapitimen med å uttrykke sterke følelser han/hun kan oppfatte som negative, for eksempel skyldfølelse, sorg, skamfølelse eller sinne, avdekke hva følelsene betyr for pasienten, og hjelpe pasienten til å bruke terapeutrelasjonen til å

teste ut antakelser om hvordan andre vil reagere dersom pasienten uttrykker disse følelsene

- hjelpe pasienten til å utvikle strategier for å identifisere, sette ord på og gi uttrykk for følelser som oppfattes som negative også utenfor terapitimene

Målrettet atferdsaktivering

Terapeuten bør kunne:

- hjelpe pasienten til å se sammenheng mellom manglende deltakelse i aktiviteter, nedsatt energi og depressiv grubling
- bruke aktivitetsplaner for å hjelpe pasienten med å motvirke passivitet, unngåelse og isolasjon
- samarbeide med pasienten om kontinuerlig oppdatering av planen for daglige aktiviteter
- hjelpe pasienten med realistiske forventninger til egen evne til å gjennomføre planlagte aktiviteter, og avdekke antakelser om aktivitetenes gjennomførbarhet
- få frem tanker forbundet med aktiviteter og mulige problemer med å gjennomføre dem
- bruke rollespill for å hjelpe pasienten med å kartlegge og overkomme hindre som står i veien for å gjennomføre aktiviteter, med bruk av modellering, instruksjon og øvelse
- samarbeide med pasienten om aktivitetsregistrering, med vekt på gradering av pasientens opplevelse av mestring og tilfredsstillelse ved ulike gjøremål i hverdagen
- gå igjennom hjemmeoppgavene sammen med pasienten, og avdekke tanker om gjennomføring og implikasjonene ved det å ikke kunne mestre oppgavene

Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet (en halv times aktivitet de fleste av ukens dager med en intensitet tilsvarende en rask spasertur) kan bidra til å redusere depressive symptomer. Det viktigste er ikke hvordan en trener, men at en er i aktivitet og bruker kroppen regelmessig. Terapeuten bør kunne:

- informere pasientene om fordelene ved fysisk aktivitet og livsstilsendringer, og særlig verdien av å følge et strukturert treningsprogram
- utforske tenkemåter og andre forhold som begrenser muligheten for tilrettelegging for fysisk aktivitet

Arbeid

Sykemelding, med vekt på fravær og hvile, er et ofte brukt tiltak ved sykdom. Ved depresjon og ved angstlidelser er imidlertid nærvær og aktivitet gjerne viktig, fordi det bidrar til en strukturert hverdag og gir mindre rom for passivitet, ensomhet og depressiv grubling.

Terapeuten bør kunne:

- tidlig drøfte tiltak for å redusere langvarig fravær fra arbeidsplassen som øker risikoen for ikke å kunne vende tilbake til arbeid
- drøfte forhold på arbeidsplassen som oppleves som en belastning og motsatt forhold som oppleves som støttende og positive
- sammen med pasienten, og eventuelt også gjennom felles kontakt med arbeidsgiver eller NAV, drøfte muligheten for tilrettelegging av arbeidsbetingelsene, for kortere eller lengre perioder
- hjelpe pasienten til å stå i arbeid eller komme raskere tilbake etter sykemelding; gradert sykemelding eller avventende sykemelding kan være et viktig virkemiddel her

Spesifikke problemer ved depresjon

Terapeuten bør kunne:

- kartlegge angstsymptomer og iverksette tiltak
- hjelpe pasienten med strategier for problemer med konsentrasjon og hukommelse
- hjelpe pasienten med å håndtere ubesluttsomhet
- hjelpe pasienten med å overkomme problemer med lav motivasjon og unngåelse

Søvnproblemer

Ved langvarige søvnvansker bør terapeuten kunne iverksette tiltak knyttet til:

- søvnhygiene med råd om hvordan søvnen kan forbedres
- avspenningsteknikker rettet mot aktivering som forstyrrer søvnen
- kognitive intervensjoner rettet mot kartlegging og endring av tanker om søvn og søvntap som er uforenelige med å få sove
- stimuluskontroll i forhold til hvordan pasienten skal opptre for å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng og soverom

- søvnrestriksjon, der tiden som er tillatt for opphold i sengen begrenses, for så å økes gradvis idet søvnkvaliteten bedres

Rusmiddelproblemer

Rusmiddelproblemer, angst og depresjon vil inngå i et gjensidig forsterkende samspill, med forlenget depresjon, problemer knyttet til familie, arbeid og økonomi, og økt selvmordsrisiko.

Terapeuten bør kunne:

- bruke et enkelt selvrappoterings skjema for å identifisere rusmiddelproblemer, for eksempel AUDIT (the Alcohol Use Disorder Identification Test)
- gjennomføre kartlegging av rusmiddelbruken, og her vise en ikke-moraliserende og ikke-konfronterende holdning
- bruke enkle og konkrete spørsmål, gjerne i kombinasjon med metoden motiverende intervju
- be pasienten om å registrere sitt rusmiddelbruk frem til neste avtale
- bruke denne informasjonen som grunnlag for diskusjon av veivalg og mål
- få frem tenkemåter om fordeler og ulemper ved rusmiddelbruk, utforske ambivalens, bygge motivasjon og styrke pasientens tro på egen mestring

Suicidalitet

Terapeuten bør kunne:

- oppdage tegn på selvmordstanker og selvmordsplaner
- undersøke motivene for selvmordsønsker sammen med pasienten
- ta i bruk strategier for å takle selvmordstanker, håpløshet og antakelser som fører til håpløshet
- hjelpe pasienten med å uttrykke følelser av å være fanget, maktesløs eller uten håp, omdefinere tilsynelatende uløselige dilemmaer til problemer som kan løses, og lære pasienten teknikker for problemløsning
- hjelpe pasienten med å forutse og tenke igjennom hvordan han/hun kommer til å håndtere situasjonen dersom trangen til å begå selvmord øker
- forhandle frem og avtale konkrete strategier for å håndtere suicidale episoder

Tilbakefallsforebygging

Terapeuten bør ha kunnskap om at:

- et flertall av dem som har vært deprimert, vil oppleve flere depressive episoder
- den største risikofaktoren for ny depresjon er antall tidligere episoder med depresjon
- andre faktorer som øker risiko for tilbakefall, er tidlig debut; lang varighet av depresjon før behandling; komorbide psykiske lidelser; fortsatte restsymptomer etter behandling; vedvarende psykososiale belastninger og økonomiske problemer

Terapeuten bør kunne:

- samarbeide med pasienten om kartlegging av tidlige signaler på eller risikosituasjoner for tilbakefall
- drøfte hvordan situasjonene kan møtes gjennom bruk av mestringsstrategier lært i terapien

Eksempler på *varselsignaler* er: blir lett irritabel; blir urolig og bekymret; trekker seg fra sosiale gjøremål; endrer søvnmønster og spisevaner; blir lett trett; slutter å trene; utsetter tidsfrister. *Mestrings- eller beredskapsplanen* kan inneholde: viktige erfaringer med hensyn til tidligere behandling; hvor og hvordan en kan henvende seg for hjelp; hvordan en skal forholde seg til familie, venner og arbeidskolleger; hvordan en kan begrense depressiv tenkning, bekymring, grubling og selvkritikk; hvordan en kan opprettholde aktiviteter som gir opplevelse av mestring og tilfredsstillelse; hvordan en kan unngå å isolere seg.

Avslutning

Terapeuten bør kunne:

- sørge for at pasienten fra begynnelsen av er klar over at terapien er tidsbegrenset, og understreke at et hovedmål er at pasienten skal lære å bli sin egen terapeut
- avslutte terapien på en måte som er planlagt i forveien, og på passende tidspunkter gjennom hele forløpet kunne gi signaler om og snakke om hvordan terapien skal avsluttes
- snakke med pasienten om dennes tanker om å avslutte terapien, både om glede og stolthet over de resultatene som er oppnådd, og usikkerhet på hvordan pasienten skal klare seg på egen hånd

- drøfte bekymringer for tilbakefall gjennom hele terapiforløpet, ikke bare når det går mot slutten av behandlingen