



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Forståelse og behandling av hørselshallusinasjoner i et kognitivt perspektiv

Sara Olise G. Iversen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 39

Molde, 23.04.14



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjell Erik Tveten

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

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 23.04.14

Antall ord: 10338

Sammendrag

Oppgavens tema er hørselshallusinasjoner og kognitiv terapi, og hvordan man med viten om kognitiv terapi kan bidra til at personer som lider av hørselshallusinasjoner bedre kan mestre en tilværelse i eget hjem. Oppgavens empiri er hentet fra klinisk praksis, og ved å presentere flere narrativ vil jeg forsøke å vise hvordan kognitiv terapi kan være en betydningsfull faktor i arbeidet med hørselshallusinasjoner.

Det finnes teori om både psykose, hørselshallusinasjoner og kognitiv terapi i oppgaven. Mye av teorien som omhandler hvordan man ut ifra et kognitivt perspektiv kan jobbe med personer som hører stemmer, er hentet fra arbeidene til Torkil Berge og Arne Repål. I oppgaven viser jeg også til forskning som bekrefter at det er en positiv effekt av kognitiv terapi hos pasienter med psykoseproblematikk.

Oppgaven viser hvordan man kan gå frem i et behandlingsforløp, og viktigheten de ulike fasene i kognitiv terapi har for utfallet av behandlingen, hvor målet er å redusere ubehaget pasienten føler, knyttet til sine problemer. I dette tilfellet stemmehøring.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
2.0	Schizofreni	3
2.1	Kjennetegn ved schizofreni	3
2.2	Symptomatologi	4
2.3	Forståelsesmodeller	4
3.0	Hørselshallusinasjoner	5
3.1	Hva er hørselshallusinasjoner?	5
3.2	Å høre stemmer	7
4.0	Kognitiv terapi	8
4.1	Hva er kognitiv terapi?	8
4.2	Behandlingsallianse og den terapeutiske relasjonen	9
4.3	ABC-modellen.....	10
4.4	Kasusformulering	11
5.0	Kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner	11
5.1	Opplevelsen av hørselshallusinasjoner.....	11
5.2	Den kognitive behandlingen.....	12
5.3	Kartlegging	12
5.4	Målet med terapien	14
5.5	Mestringsstrategier	15
6.0	Empiri	16
6.1	Mitt første møte med Marie.....	17
6.2	Kartlegging	18
6.3	Hjemmelekser i behandlingen	19
7.0	Diskusjon	20
7.1	Hvordan opprette en terapeutisk relasjon?	20
7.2	«Bare» god kjemi?.....	22
7.3	Hva kunne vært gjort annerledes?	23
7.4	Kartlegging og hjemmelekser i behandlingen	25
7.5	Frykt og realitet	28
8.0	Konklusjon	30

1.0 Introduksjon

Det har tidligere vært vanlig at personer med alvorlig psykisk sykdom er innlagt på institusjon. Ofte over lengre tid. Dagens oppfatning er derimot noe annerledes, og det tilstrebes i høyere grad at pasienten skal følges opp hjemme. I følge Berge og Repål(2010) tilbringer de fleste mennesker med alvorlig psykisk sykdom mesteparten av tiden utenfor institusjon. Dette fører med seg nye utfordringer for helsepersonell som skal følge opp pasientene. Det er nødvendig at helsepersonell som skal følge opp denne pasientgruppen innehar tilstrekkelig kunnskap om lidelsen, for slik å kunne organisere og legge opp tilbudet i hjemmet på en god måte, og sørge for at tilbudet blir gjennomført.

Hørselshallusinasjoner kan inntre som en del av sykdomsbildet for pasienter som har diagnosen schizofreni. Men personer kan også oppleve hørselshallusinasjoner uten nødvendigvis å være schizofrene. Uansett er det å høre stemmer ofte en skremmende opplevelse, både for personen det gjelder og dens pårørende. Alvorlighetsgraden varierer, men kan i tilfeller være så hemmende at pasientens liv endrer seg totalt. Da kan det være avgjørende for den det gjelder å få kontroll over stemmene og avdramatisere innholdet i dem, noe som øker sannsynligheten for at vedkommende kan mestre å bo hjemme.

I følge Johannessen(2005) er schizofreni antakelig dyrere for det norske samfunnet enn både hjertesykdom, kreftsykdom og revmatiske lidelser, noe som har sammenheng med at schizofreni debuterer tidlig. Hos menn er debutalder cirka 22 år og hos kvinner cirka 24 år. I mange tilfeller er lidelsen livslang med behov for støtte til nødvendig livsopphold, sysselsetting og bolig. De fleste pasientene vil, i store perioder av sitt liv, ha behov for helsetjenester, både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I 2005 er kostnadene knyttet til schizofreni beregnet til cirka 5 milliarder kroner per år. Direkte kostnader er utgifter som er knyttet til ulike behandlings- og omsorgstiltak; indirekte kostnader er samfunnets tap knyttet til yrkesmessig uførhet og liknende.

Kråkvik og Repål(2008) beskriver kognitiv terapi ved psykoser som et felt i rivende utvikling. Tilnærmingen har bidratt til økt forståelse av psykotiske lidelser og økt behandlingsoptimisme på dette feltet. Deres erfaring er at med individuell tilrettelegging, er tilnærmingen anvendelig for en stor del av pasientene.

Det er gjennomført et økende antall studier som har sett på effekten av kognitiv terapi ved psykoser. Kråkvik og Repål(2008) viser til meta-analyser av kontrollerte studier, gjennomført av Rector og Beck(2001) som viser positiv effekt av kognitiv terapi benyttet på dette området.

Fra min praksis har jeg erfaring med personer som har ulike typer psykiske lidelser. Blant annet en kvinne som lider av schizofreni. Hun har uttalt stemmehøring, noe som hemmer henne i hverdagen. Jeg har valgt å bruke hennes historie i denne oppgaven. Jeg vil benytte mine erfaringer som sykepleier i kommunal psykiatrisk hjemmetjeneste, for å forsøke og synliggjøre hvordan kognitiv terapi kan være et nyttig verktøy i samarbeid med pasienter som lider av stemmehøring.

I følge Berge og Repål(2010) har Romme og Escher tatt initiativ til nettverk for stemmehørere i henholdsvis Nederland og England. Erfaringene fra slike møter har vært positive. Stemmehørere som har deltatt, har blant annet følt seg mindre stigmatisert. I Storbritannia finnes det i dag rundt 200 selvhjelpsgrupper for stemmehørere, som hjelper sine medlemmer til å leve med stemmene heller enn å fornekte dem.

Litteratur: Underveis i denne oppgaven har jeg benyttet meg av noe pensum og noe selvvalgt litteratur. Blant annet er Berge og Repål(2010) er sentral i min oppgave. Forelesningsmateriale fra forelesning med Fredriksen(2014) har jeg også referert til. Jeg har gjort søk på internett og ulike databaser via BIBSYS etter relevante artikler. Noen søkeord jeg benyttet: kognitiv terapi, stemmehøring, stemmer, hørselshallusinasjoner. Jeg kom til slutt frem til tre artikler som jeg benyttet i min oppgave.

Problemstilling: *«Hvordan kan jeg som sykepleier ved hjelp av kognitiv terapi bidra til at personer med hørselshallusinasjoner bedre mestrer en hverdag i hjemmet?»*

Avgrensning: Jeg vil konsentrere meg om behandling/oppfølging utenfor institusjon, da det er der jeg har mest praksis og da empirien også er fra hjemmebasert oppfølging.

Personen jeg velger å skrive om har en schizofrenidiagnose, men jeg velger i denne oppgaven å fokusere mest på symptomet som innebærer hørselshallusinasjon, og de utfordringer dette kan føre med seg. Jeg vil ha med noe grunnleggende teori om diagnosen schizofreni, for å få en helhetlig oppfatning av sykdomsbildet. Men i empirien og drøftingen vil jeg ha størst fokus på hørselshallusinasjonene, da det er dette jeg spør om i problemstillingen min.

Grunnen til at jeg vil bruke kognitiv terapi er at det har vist seg å være et nyttig verktøy også i arbeid med pasienter som lider av vrangforestillinger og hallusinasjoner. Jeg ser dette som en god mulighet for meg til å kunne sette meg bedre inn i bruk av denne tilnærmingen for pasienter som hører stemmer, og videreutvikle de erfaringene jeg allerede har.

Oppbygning: Videre i oppgaven vil det følge et kapittel som inneholder teori, som er nødvendig for å belyse problemstillingen. Dette kapittelet vil inneholde teori om schizofreni og hørselshallusinasjoner og et om kognitiv terapi. Deretter er det en presentasjon av narrativ, etterfulgt av en diskusjon, hvor narrativ vil bli diskutert i lys av problemstilling og presentert teori. Til slutt vil jeg forsøke å trekke en konklusjon hvor jeg poengterer det mest sentrale i forhold til min problemstilling.

2.0 Schizofreni

2.1 Kjennetegn ved schizofreni

"Ordet schizofreni betyr opprinnelig et sinn som er gått i oppløsning, som har blitt fragmentert eller "sprukket", lik en vase som faller i gulvet"(Johannessen, 2005 30).

Malt, Retterstøl og Dahl(2010) hevder at schizofreni regnes for å være den viktigste alvorlige psykotiske lidelse. Mye på grunn av at den rammer mennesker i yngre alder og invalidiserer en større del av pasientene, spesielt i sosialt henseende.

Også Kringlen(2005) beskriver schizofreni og lidelsene det medfører, som et stort helseproblem. Nettopp fordi det ofte dreier seg om kroniske tilstander hos relativt unge mennesker.

I følge Snoek og Engedal(2000) er schizofreni en psykotisk tilstand, hvor pasienter ofte kommer i kontakt med helsevesenet på grunn av skader de påfører seg selv eller andre som følge av sin fordreide virkelighetsoppfatning. En psykotisk tilstand kjennetegnes ved en forstyrrelse av tenkning, persepsjon og affekt, noe som innebærer at pasienten har en alvorlig forstyrrelse i sin virkelighetsoppfatning. Den schizofrenes fordreide virkelighetsoppfatning blir ofte tydelig for andre når pasienten ser eller hører ting som andre ikke ser og hører. Altså hallusinerer. Ved schizofreni er hørselshallusinasjoner den vanligste formen for sansebedrag, og stemmene pasienten hører har gjerne et nedsettende eller krenkende budskap.

2.2 Symptomatologi

Snoek og Engedal(2000) påstår at det ikke er noe enkelt symptom som er så typisk for schizofreni at det gir grunnlag for å stille diagnosen, men at det er en kombinasjon av symptomer og deres varighet som gir den diagnostiske forståelsen. Den mest kjente måten å klassifisere ulike symptomer på er inndelingen i grunnsymptomer, som utgjøres av «de fire A-ene». Assosiasjonsforstyrrelse, autisme, affektavflatning og ambivalens.

Når det gjelder schizofreni deler vi inn i positive og negative symptomer.

Johannessen(2005) beskriver de positive symptomene som uvirkelige sanseopplevelser, altså hallusinasjoner. De negative symptomene derimot, er karakteristiske i den kroniske utviklingen av schizofreni. Disse symptomene innebærer affektflatthet, oppmerksomhetsforstyrrelse, innskrenket «taleevne», mild apati og tendens til asosial atferd.

2.3 Forståelsesmodeller

I følge Kingdon og Turkington(2007) utviklet Aaron T. Beck først en terapeutisk modell for behandling av depresjon. Dette ble en foregangsmodell for andre terapeutiske modeller i kognitiv terapi.

Kingdon og Turkington(2007) forklarer at de modellene som har blitt brukt for å forklare

schizofreni, har vært basert på biologiske, sosiale og psykologiske begrepsrammer. Biologiske modeller har vektlagt fysiske årsaker til sykdommen, sosiale modeller har fokusert på miljømessig påvirkning mens de psykologiske modellene ofte har omhandlet kompleksiteten i interpersonlige relasjoner.

Siden alle har begrensninger i forhold til å forklare tilgjengelige forskningsresultater, eller å bli underbygget av den samme forskningen, har ingen av disse modellene fått universell tilslutning. I stedet er det blitt foreslått modeller som inkluderer elementer fra alle de forskjellige modellene, og som baserer seg på en interaksjon mellom stress og sårbarhet.

Kingdon og Turkington(2007) beskriver videre den såkalte stress-sårbarhets-hypotesen, som understreker at sårbarhet og stress i kombinasjon produserer symptomer som er karakteristiske for lidelsen. Hvilke spesifikke symptomer, dvs. stemmer eller vrangforestillinger, og hvilke kombinasjoner av symptomer som utvikler seg, vil i avgjørende grad bli bestemt av sårbarhetsfaktorenes type og av de ulike formene for erfart stress.

Den kognitive modellen forstår, i følge Kingdon og Turkington(2007), hallusinasjoner som personens egne tanker som for vedkommende selv syntes å komme utenfra. Hørselshallusinasjoner er fullstendig indre kognitive fenomener som fremkaller kraftige affektive og atferdsmessige reaksjoner, siden de har alle virkninger som virkelige ytre hendelser har.

3.0 Hørselshallusinasjoner

3.1 Hva er hørselshallusinasjoner?

Cullberg(2001) beskriver hallusinasjoner som sanseopplevelser uten tilsvarende ytre stimulus. Alle sanser; hørsel, syn, lukt, smak og følelse kan oppleves hallusinatorisk. I psykiatrien er hørselshallusinasjoner langt på vei er de vanligste hallusinasjonene ved de funksjonelle psykosene. Mange mennesker kan høre stemmer eller lyder som ikke svarer til stimuli fra omgivelsene, men som kan være en reaksjon på for eksempel sorg. At man kan høre den overkjørte og begravde hundens skraping på døren. Noen opplever dette som

svar på en lengsel, mens andre opplever det som et varsel om at de holder på å bli gale.

Videre beskriver Cullberg(2001) at stadig å høre stemmer som ikke objektivt tilsvarer noe i omgivelsene, er noe som enkelte mennesker opplever. Uten at de er eller har vært psykotiske av den grunn. Deres virkelighetsoppfatning er intakt og de vet at stemmene ikke kommer fra noen andre. Tendensen til å høre stemmer i en ikke psykotisk tilstand kan imidlertid utgjøre en sårbarhetsfaktor og dermed øke risikoen for å bli rammet av en psykose.

Cullberg(2001) mener det er grunn til å tro at den kortvarige, akutte hørselshallusinosen har en annen bakgrunn enn den mer langvarige, der en eller flere stemmer snakker sammen eller blander seg opp i det som skjer. Den akutte hallusinasjonen er ofte knyttet til den sykes livssituasjon, og innholdet er da lettere å forstå. De langvarige hallusinasjonene ser ut til å være mer selvgående uten noen klar peiling på den aktuelle situasjonen.

Hallusinasjoner ved en akutt psykose har ofte en affektiv karakter, og da gir stemmen beskjeder av kritisk eller av og til støttende natur. «Hold kjeft», «idiot» og andre nedsettende ord er vanlige.

Som Cullberg(2001) beskriver er det noen ganger flere stemmer som snakker med hverandre, og dette er en tilstand man pleier å regne med til de schizofrene hallusinasjonene. Stemmene høres svakt eller sterkt, tydelig eller utydelig. De kan også blande seg opp i det som skjer. Noen beskriver stemmene som et radioapparat, hvor noen kanaler er bedre innstilt enn andre. Stemmene kan høres som mer eller mindre permanent snakk eller skvalder, der enkelte stemmer skilles ut hvis man hører godt etter. Av og til høres bare skrik eller mumling.

Cullberg(2001) hevder også at mange pasienter utvikler egne strategier for å dempe stemmene. Den vanligste strategien er å forsøke og overdøve stemmene ved å skrike til dem at de skal være stille, eller kjefte tilbake. Å synge eller spille høy musikk er også vanlig. Det er ikke kjent i hvor mange tilfeller stemmene avtar eller forsvinner helt, men det sannsynlige er at for majoriteten vil stemmenes negative og forstyrrende tendenser komme til å få mindre betydning. Det kommer stadig rapporter om gode behandlingsresultater med systematisk psykoterapi ved hørselshallusinasjoner. Pasienten får lære å ta kommandoen over stemmene og bli mindre avhengig av dem.

3.2 Å høre stemmer

I følge Kråkvik og Repål(2008) har Romme og Escher(1998) vist at psykisk friske mennesker som aldri blir pasienter i psykisk helsevern, også kan høre stemmer. Det anslås at fra to til fire prosent av den generelle befolkningen hører stemmer. Mens kun en tredel av disse vil ha behov for behandling.

Kråkvik og Repål(2008) beskriver videre at noen mennesker hører flere stemmer som snakker sammen *om* en, mens andre hører stemmer som snakker *til* en. Noen stemmehørere hører sin egen stemme i dialog med en eller flere andre stemmer, og en pasient har beskrevet det slik:

«Når jeg står og skal snakke med noen, snakker jeg samtidig med de i stemmeverden. Det blir så vanskelig å følge med på begge deler samtidig. Noen ganger er det slik at jeg vet ikke om jeg snakker i stemmeverden eller i den virkelige verden»(Kråkvik og Repål, 2008 470).

Videre hevder Kråkvik og Repål(2008) at vi gjennom en kognitiv forståelsesmodell ønsker å formidle til pasienten at det er svært vanlig for mennesker å tolke situasjoner feil eller ha irrasjonelle tanker. Det er også faktorer som øker risikoen for at vi kan misforstå hendelser, som for eksempel at vi er engstelige, deprimerte eller svært vaksomme. Å forsøke og normalisere psykotiske symptomer kan noen ganger hjelpe pasienten til å se at hans eller hennes forestillinger og symptomer også kan forekomme hos ikke-psykotiske personer.

Eksempel på slik normalisering kan i følge Kråkvik og Repål(2008) være å vise til at alle mennesker under gitte betingelser kan høre stemmer. Å henvise til aktuell litteratur eller andre former for informasjon om emnet kan også være nyttig.

Grant, Huh, Perivoliotis, Stolar og Beck(2011) har gjort en randomisert studie over 18 måneder hvor de undersøkte effekten av kognitiv terapi hos pasienter med schizofreni. Konklusjonen var at pasientene som i tillegg til ordinær behandling også fikk behandling med kognitiv terapi, hadde en større forbedring enn pasienter som kun fikk ordinær behandling.

4.0 Kognitiv terapi

4.1 Hva er kognitiv terapi?

«Kognitiv terapi er en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre»(Berge og Repål, 2010 9).

I følge Snoek og Engedal(2000) går behandlingsmetoden i kognitiv terapi ut på å hjelpe pasienten til å styre følelsene sine og reagere rasjonelt. En bruker personens bevisste tenkning til å skape en forandring. Som når en person beskriver en opplevelse i svært negative ordelag, kan man arbeide med å finne frem de positive sidene og etter hvert få pasienten til å omskrive sin historie fra en nederlagshistorie til en mestringshistorie. Den nye historien vil være like sann som den første, men den nye historien inneholder bare andre endringsbilder.

Berge og Repål(2010) hevder at kognitiv terapi inneholder tre sentrale mål: Få kontroll over problemer, forstå hva som har bidratt til å opprettholde dem, og finne metoder som kan brukes til å forebygge nye problemer. Og er først og fremst hjelp til selvhjelp. Terapeuten skal ideelt sett fremstå som en ledsager eller guide. Målet med terapien er ikke først og fremst å lære pasienten til å tenke positivt, da urealistisk positiv tenkning kan svekke muligheten til å mestre livsproblemer. Målet er heller at pasienten skal se betydningen av ulike måter å tenke på. Spørsmål som åpner opp for refleksjon, såkalte sokratiske spørsmål, er sentralt i kognitiv terapi og bidrar til veiledet oppdagelse.

Videre hevder de at mange synes at dette er en fornuftig måte å jobbe med psykiske vansker på, og dessuten har forskning dokumentert at den har hjulpet mange til å få kontroll over problemene sine. Det finnes ulike former for kognitiv terapi som er lagt til rette for forskjellige typer av vansker. Noen eksempler er depresjon, sosial angst, rusmiddelproblemer, psykose, mani, tvangslidelse og plager som skyldes traumer.

4.2 Behandlingsallianse og den terapeutiske relasjonen

Berge, Repål, Ryum og Samoïlov(2008) er opptatt av at det å søke hjelp for psykiske problemer for mange er vanskelig. Prosessen som leder frem til beslutningen tar tid. Og innebærer overveielser for og imot. Terapeuten kan i enkelte tilfeller møte pasienter som føler seg direkte presset til å gå i behandling, og som er tvilende til om samtaler kan være til hjelp. Noen er usikre på hva psykoterapi innebærer, noen skammer seg over sine psykiske plager. Noen har også negative erfaringer med tidligere behandling. Dette stiller store krav til oss som terapeuter: hvordan kan vi sikre en opplevelse av likeverdighet uten å frarøve stolthet, og samtidig sikre gjensidig samhandling?

Berge et al.(2008) slår videre fast at psykoterapiforskning viser at sannsynligheten for et godt resultat er langt større hvis pasienten oppfatter terapeuten som empatisk, engasjert og respektfull. Og som et medmenneske som formidler håp, trygghet og realistisk optimisme.

Videre hevder de at empati er sentralt i all virksom terapi. Empati innebærer å kunne plassere seg i den andres sko, og terapeuten må være i stand til å uttrykke en omsorgsfull holdning til pasienten, og vise at han/hun er i stand til å forstå pasientens opplevelse.

I følge Berge et al.(2008) hevder Bordin(1994) at den terapeutiske alliansen består av tre gjensidig avhengige faktorer. Det må være en enighet om hvilke mål man arbeider mot, og videre hvilke teknikker som skal benyttes for å nå målene. Og til slutt en gjensidig tillitt og fortrolighet som oppmuntrer til et målrettet samarbeid.

Også Kingdon og Turkington(2007) hevder at det første steget i enhver psykologisk behandling er etablering av tillitt og samarbeid, og at terapi ganske enkelt ikke er mulig uten dette. Derfor må det ha førsteprioritet og overstyre en hver annen overveielse. Dersom utredningen eller intervensjonene forstyrrer pasientens engasjement heller enn å drive behandlingen fremover, må det gjøres en revurdering av hvordan utredningen utvikler seg eller intervensjonene blir benyttet.

Det kan ofte være nødvendig med en pause i timen eller en kort periode rundt ikke-kliniske spørsmål og avslappet konversering for å fremme engasjementet.

4.3 ABC-modellen

Kråkvik og Repål(2008) presenterer en ABC-modell. De hevder at man i kognitiv terapi trener på å studere sine egne negative tanker fra sidelinjen og ikke bare være en del av dem og ta dem for gitt. Tanker er bare tanker, de er ikke fakta. De kan være gyldige eller ugyldige, konstruktive eller nedbrytende. For å kunne endre negative tankemønstre er det ofte nødvendig med systemisk arbeid, og man kan da ta utgangspunkt i ABC-modellen som inneholder følgende punkter:

- A – Er en hendelse
- B – Tanker omkring hendelsen
- C – Følelser knyttet til tolkningen av hendelsen

Kråkvik og Repål(2008) forklarer at når man ser på ABC-modellen i forhold til stemmer, vil stemmene i denne modellen utgjøre A-er. Stemmene betraktes som aktiviserende hendelser på lik linje med andre hendelser vi utsettes for. Deretter vil det i stor grad være pasientens tolkninger eller forståelse av stemmene (B) som avgjør hvilke konsekvenser de får for vedkommende. Kråkvik og Repål(2008) refererer til Chadwick og medarbeidere(1996) som ut fra sine studier har ment å kunne vise at det nettopp er de antagelser pasienten gjør seg om stemmen, og ikke det verbale meningsinnholdet i seg selv, som er avgjørende for hvordan pasienten reagerer følelsesmessig og atferdsmessig(C).

Videre hevder Kråkvik og Repål(2008) at vi i dag ikke vet nok om hvorfor noen mennesker blir stemmehørere. Det kan være ulike årsaker som ligger til grunn for denne typen hallusinasjoner, men det vi vet er at mennesker syntes å reagere forskjellig på selve fenomenet.

De vi møter i behandling, har vanligvis utviklet feiltolkninger knyttet til det å høre stemmer. Noe som virker skremmende og hemmende for dem i hverdagen. Målet med terapien er å redusere dette ubehaget. Ikke nødvendigvis at de skal bli kvitt stemmene. Feiltolkningene vil kunne bære preg av det vi tradisjonelt har kalt vrangforestillinger, og vi vil da kunne arbeide med å påvirke disse(Kråkvik og Repål, 2008).

4.4 Kasusformulering

Berge og Repål(2010) beskriver en kasusformulering som en samling hypoteser om hva som kan ha bidratt til, og som er med på å opprettholde, en persons psykiske problemer, og gir grunnlag for en behandlingsplan. Kasusformuleringen kan også benyttes som et slags kompass, som terapeuten underveis i samarbeidet med pasienten kan benytte seg av. En kognitiv kasusformulering kan inneholde følgende punkter:

- En liste over pasientens problemer
- Diagnose
- Hypoteser om hendelser som har medvirket til problemene
- Automatiske tanker, følelser og atferd i de vanskeligste situasjonene(ABC-analyse)
- Forslag til mulige underliggende oppfatninger som medvirker til å opprettholde problemene
- En beskrivelse av hva pasienten gjør for å unngå ubehag og konflikt(«kompenserende strategier»)

5.0 Kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner

5.1 Opplevelsen av hørselshallusinasjoner

Hagen, Kråkvik og Gråwe (2007) hevder at opplevelsen av hørselshallusinasjoner henger sammen med hvordan man fortolker stemmene og ens sett av antagelser rundt dem. Å høre stemmer er for de fleste vonde og belastende opplevelser som har stor innvirkning på livet deres. Et mindretall kan oppleve stemmene som positive. Som en venn eller rådgiver, eller at stemmene er underholdene. Disse pasientene kan søke etter stemmene.

Kråkvik(2006) påstår at psykotiske vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner er komplekse og multidimensjonale opplevelser, som kan opptre både hver for seg eller samtidig hos samme individ. Hvor mye personen er opptatt av, overbevist om vrangforestillingene og stemmene og i hvilken grad det forstyrrer den daglige aktiviteten

varierer.

5.2 Den kognitive behandlingen

I følge Hagen et al.(2007) har det i kjølvannet av de siste ti års utvikling og forskning på anvendelsen av kognitiv terapi ved psykoser, blitt en økt forståelse rundt dette temaet. Og kognitiv behandling av hørselshallusinasjoner er blitt styrket.

Hagen et al.(2007) beskriver videre at kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner gjennomføres ved: 1) motivasjon og alliansebygging, 2) kartlegging og evaluering, 3) intervensjonsfase.

Siden psykotiske mennesker sjeldent søker behandling selv og av ulike årsaker kan være lite motivert for terapi, kan det initialt være relasjonen til terapeuten som blir målet og den motiverende faktor for behandlingen.

I følge Berge og Repål(2010) må pasienten ha tillitt til terapeuten, for at terapeuten skal kunne gå i gang med sine spørsmål og kartlegging. Derfor må det settes av flere samtaler med sikte på å skape trygghet og et best mulig samarbeidsklima, og terapeuten må forsikre seg om at pasienten forstår og tror på at en ønsker å hjelpe. Man må med enkle ord forsøke å forklare hensikten med kartleggingen av det å høre stemmer, og prinsippene for kognitiv tilnærming.

5.3 Kartlegging

Berge og Repål(2010) mener terapeuten rutinemessig må spørre om pasienten har opplevd traumer. Inkludert å undersøke opplevelser som kunne ha vært traumatiske, som for eksempel opplevelser ved psykotiske episoder og behandling, og om innleggelse ved sykehus har vært opplevd som traumatisk for pasienten. Pasientens opplevelse utforskes så i forhold til dette.

Dersom pasienten har traumer er det naturlig at det blir et tema i terapien. Samtidig bør traumebehandling skje innenfor stabile rammer, da dette er smertefulle erfaringer, og pasienten må selv ønske å snakke om dem.

Berge og Repål(2010) beskriver punkter som er hjelpemiddel i kartleggingen av stemmer:

Stemmen: Hvor mange stemmer hører du? Kommer stemmene utenfra eller inne fra hodet? Tilhører stemmen en kvinne eller mann?

Innhold: Snakker stemmen til deg eller om deg? Omtaler den deg ved navn? Har du eksempler på hva stemmen sier til deg?(sjekk ut om den er imperativ, rådgivende, kommenterende, kritisk eller fiendtlig)

Når høres stemmen?: Er det situasjoner eller tidspunkt der stemmen er mer aktiv? Er det perioder da den er helt fraværende?

Affekt: Hvordan føles det når stemmen er aktiv? Blir du redd? Føler du deg deprimert? Kan du føle deg oppstemt?

Atferd: Hva gjør du vanligvis når stemmen snakker til deg? Lytter du fordi du vil eller fordi du må? Svarer du stemmen? Prøver du å stoppe den eller ignorere den? Adlyder du motvillig eller villig? Er det noe du kan gjøre for å få den bort eller gjøre den mindre intens?

Stemmens identitet: Vet du hvem stemmen tilhører? Hvordan vet du det?

Meningen med stemmen: Har du noen formening om hvorfor nettopp du hører denne stemmen? Hva tror du den vil deg? Har stemmen sagt hva den vil, eller er det noe du har funnet ut selv?

Makt: Har stemmen stor makt over deg? Hvorfor tror du det? Kan du irettesette den?

Andre spørsmål som i følge Berge og Repål(2010) kan åpne opp for refleksjon er: Hvis stemmen ikke er et fysisk objekt, kan den da gjøre fysisk skade? Dersom stemmen har så mye makt, hvorfor forventer den da at du skal skade deg selv, hvorfor har den ikke gjort det selv? Hvis stemmen er så mektig, hvorfor blir den svakere når du blir distraherert av noe?

De hevder videre at det er positivt å kunne sette ord på sine opplevelser. Punktene om kartlegging av stemmer kan være et utgangspunkt for en konstruktiv dialog om den i seg selv rystende opplevelsen det er å høre stemmer. Stemmehørere frykter ofte hva andre måtte tenkte om mene, og er engstelige for å snakke med andre om sine stemmer. De velger å gå for seg selv med problemene, noe som selvsagt forsterker opplevelsen av nettopp å være alene med dem, være avvikende og merkelig.

Berge og Repål(2010) hevder at dersom pasienten ønsker og er i stand til det, kan det være nyttig at han eller hun prøver å registrere stemmene. Viktige punkter her er situasjonen,

hva stemmen sa, og hvor kraftig den var på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er svak hvissing og 10 er høye skrik. Det kan også være interessant og se på i hvilke situasjoner stemmene *ikke* kan høres. En slik stemmelogg gir verdifull informasjon om stemmene og hvordan man kan forholde seg til dem. Pasienten bes om ikke å gjøre noe spesielt med stemmene, bare være interessert i hva de har å si, og skrive noen stikkord om det. Dersom stemmene sier noe som er for flaut til å skrives ned, kan en sette et merke som en påminnelse for seg selv om hva slags type kommentar det var.

Selv om de ikke er sikre, har mange stemmehørere mistanke om at andre også kan høre stemmene. De er bekymret for at støtende og pinlige kommentarer kan fanges opp av andre, noe som bidrar til angst i sosiale situasjoner som igjen ofte gjør stemmene sterkere.

5.4 Målet med terapien

I følge Berge og Repål(2010) er målet med den kognitive terapien er først og fremst å dempe ubehaget pasienten har knyttet til det å høre stemmer. Gjennom en sokratisk utspørring utforskes tolkningsmuligheter som er mindre skremmende eller opprørende for pasienten, og terapeuten tar utgangspunkt i informasjon som kom frem under kartleggingen. Å utfordre pasientens oppfatning av at stemmer er allmektige, vil ofte være et avgjørende punkt i dette samarbeidet, men kan være vanskelig spesielt når pasienten har oppfatninger om at ikke å adlyde stemmene vil få katastrofale følger.

Videre beskriver Berge og Repål(2010) realitetstesting eller atferdseksperimenter som sentralt i kognitiv terapi. Pasient og terapeut planlegger sammen en handling som enten bekrefter eller avkrefter pasientens antakelse eller oppfatning. Et godt atferdseksperiment er konkret og virkelighetsnært, og man må på forhånd ha avklart når eksperimentet skal regnes som avsluttet og hvordan resultatet skal kunne tolkes.

For å ha effekt må eksperimentet gi mulighet for få bekreftet eller avkreftet to typer hypoteser: pasientens antakelse eller vrangforestilling og den alternative forståelsesmåten man i terapien har kommet frem til. Når det gjelder å endre en persons urimelige eller feilaktige antakelser om seg selv, kan atferdseksperimenter være nyttige. Når det gjelder vrangforestillinger hos mennesker med psykotiske lidelser er det tilrådelig og vente til et stykke ut i behandlingen. Det kan være uheldig å foreslå slike eksperimenter for tidlig i

behandlingsprosessen.

Berge og Repål(2010) hevder at kognitiv behandling ved stemmer oftest også vil innebære terapeutisk arbeid med vrangforestillinger. De fleste pasientene har vrangforestillinger knyttet til stemmene, noe som kan være et vel så stort problem som selve stemmene. Mennesker som hører stemmer uten å knytte noen form for vrangforestillinger rundt dem, vil sannsynligvis ikke bli henvist til behandling i samme grad. Undersøkelser har vist at en del mennesker lever et «normalt» liv selv om de er stemmehørere.

5.5 Mestringsstrategier

Kingdon og Turkington(2007) beskriver at dersom pasienten er motivert kan man benytte en stemmedagbok for å lage et utgangspunkt for registrering av stemmeaktiviteten i løpet av en periode på syv dager. Pasienten oppfordres da til å føre logg over intensitet, følelsesmessig respons og ulike mestringsforsøk som er forsøkt i forhold til de forskjellige situasjonene han eller hun er blitt konfrontert med. Det finnes mange ulike erfaringer med stemmene, og de gjenspeiler faktorer som stress, følelser, tanker og minner, grad av isolasjon og sosialisering og nøyaktig hvilke aktiviteter pasienten har vært involvert i, i forhold til sin stemmehøring. I løpet av den neste terapitimen kan disse forbindelsene trekkes ved hjelp av veiledet oppdagelse, og effekten av tidligere kjente mestringsstrategier kan utforskes. Kingdon og Turkington(2007) viser også følgende tabell, som kan være et hjelpemiddel til loggføring og registrering av stemmeaktivitet:

Dato/klokkeslett	Hva sa stemmen?	Hva handlet stemmen om?	Hva gjorde du som en reaksjon på stemmen?	Var det noe annet du kunne ha gjort?

Kingdon og Turkington(2007) skriver videre at noen pasienter føler at de resignerer og inntar en svært passiv og uengasjert holdning til det å høre stemmer, ofte etter år med plager. De gir ikke noe svar til stemmene, har gitt opp å prøve ulike mestringsstrategier og unngår å bli sint på stemmene. Men føler seg ofte redde og plaget av sine opplevelser. Til og med denne gruppen kan vanligvis gjøre fremskritt ved å begynne å eksperimentere med en tilnærming som tar fatt i stemmene, og begynne å stille spørsmål ved hva stemmene sier. Etter at pasienten har arbeidet med sine mestringsstrategier og notert effekten av hver enkelt strategi i dagboken, kan vedkommende bli forelagt hele rekken mulige mestringsstrategier som har vært vellykket for andre som tidligere har benyttet disse strategiene.

Kingdon og Turkington(2007) nevner flere eksempler på mestringsstrategier ved hørselshallusinasjoner:

Atferdsmessig kontroll: For eksempel ta et varmt bad, gå en tur eller en annen aktivitet, lytt til musikk, trekk deg tilbake et rolig sted.

Sosialisering: For eksempel venner, dagsenter, fortelle en fortrolig person at stemmen er aktiv, og minne seg selv på at ingen andre kan høre den.

Psykisk helsevern: For eksempel bruke medisiner eller ringe en psykiatrisk helsearbeider

Kognitiv kontroll: Avledning: for eksempel spille dataspill, se på tv, høre på musikk, løse kryssord, engasjere seg i en hobby. Fokusering: For eksempel bare la stemmen være der og slapp av med det. Logisk resonnering.

6.0 Empiri

Jeg vil beskrive mitt møte med en person som lider av hørselshallusinasjoner. Kvinnen, som jeg velger å kalle Marie, ble under innleggelse i institusjon henvist til den kommunale psykiatritjenesten for videre oppfølging i hjemmet.

Marie er i 60-årene. Og er det som i dagligtalen ofte blir kalt «kroniker». Hun har i løpet av sitt liv hatt mange innleggelser, og hennes psykiske form har variert veldig.

Historien om Marie er forandret, slik at anonymiteten ivaretas.

Jeg, som skal være hennes primærkontakt i psykiatritjenesten, ringer Marie for å avtale tidspunkt for vårt første møte. Vi blir enige om en tid som passer for oss begge, og avtaler

at jeg skal komme hjem til henne.

Hun får nå antipsykotisk medikasjon, som gjør at hun er relativt stabil psykisk. Før siste innleggelse kuttet hun ut den antipsykotiske medikasjonen, noe som førte til at hun ble svært psykotisk, og hadde store problemer med å håndtere alle vrangforestillingene og hallusinasjonene hun opplevde. Hun var til slutt ikke i stand til å ta vare på seg selv, og det hele endte med tvangsinnleggelse.

I det første møte er fokuset på å bli kjent. For at vi slik kan legge et grunnlag for det som kan bli en god terapeutisk relasjon, og som forhåpentligvis kan bidra til at Marie kan mestre sin hverdag i hjemmet bedre.

6.1 Mitt første møte med Marie

I forkant av vårt første møte setter jeg meg inn i Maries historie og sykdomsforløp, for at hun skal få inntrykk av at jeg er interessert i, og ønsker å hjelpe henne til å mestre sin tilværelse i hjemmet. Men jeg må samtidig være bevisst på hvilken forforståelse det kan gjøre at jeg har, i møte med henne. Som terapeut ønsker jeg å forstå Maries livsverden, og må være klar over at jeg, ved å lese tidligere journalnotat og henvisninger, kan få en oppfatning av et annet menneske som ikke stemmer.

Det er torsdag og klokka er ett når jeg ringer på døra hos Marie for første gang. Jeg er spent, for jeg er blitt fortalt at Marie kan være kritisk til helsepersonell, og at flere før meg har blitt avvist. Samtidig forstår jeg at det kan være ulike grunner til dette, og håper jeg kan få innpass og oppnå en relasjon til henne.

Marie åpner og ønsker meg velkommen inn. Inne i stua er det røykfullt, og Marie setter seg ned i et hjørne i det som nok er hennes faste plass. En utslitt og falmet lenestol.

«Så hyggelig å møte deg» sier jeg til henne. Hun smiler tilbake og tenner seg en røyk.

«Det er godt å være hjemme igjen» sier Marie. Videre sier hun at hun liker best å være hjemme. Hun syntes det er slitsomt å være innlagt. Samtidig uttrykker hun en forståelse for at hun måtte legges inn på institusjon en periode, for å kunne «hvile seg litt» fra alle stemmene som kommanderte henne hele tiden.

«Jeg har det bedre nå» sier Marie. «Men stemmene..... Det er et konstant leven». Hun ser på meg. Som om hun vil at jeg skal utføre et mirakel, som gjør at stemmene forsvinner.

«Det er fint at du ville ta imot besøk av meg i dag» sier jeg til henne. «Jeg håper at vi etterhvert kan finne ut av måter som gjør det lettere for deg å leve med stemmene, og at du slik kan fortsette å være hjemme slik du helst vil».

Hun smiler oppgitt og sier: «Hva kan jeg gjøre med dem...? Jeg tør ikke å snakke med dem, jeg prøver bare å holde dem unna. Men det er av og til veldig vanskelig og alt virker håpløst! Jeg har snakket med så mange forskjellige mennesker om dem... Noen forstår meg, andre ikke. Men nå har jeg ingen å snakke med. Jeg kan ikke ringe på hos naboen hver gang jeg blir livredd. Folk ville tro jeg er helt sprø! Men jeg vet ikke hvor lenge jeg kan klare meg hjemme lengre, på grunn av dette marerittet». Jeg ønsker å formidle til henne at jeg gjerne vil prøve å forstå henne. Jeg forteller henne at hun kan snakke med meg, at jeg tror på det hun sier, og at jeg vil lytte til henne. «Jo, det er godt å høre» sier hun. «Men du må huske at dette er svært personlig, og vi har jo nettopp møttes. Jeg vil nok trenge litt tid».

Jeg prøver å forstå henne. Hvordan hun har det her og nå. Hennes mørke syn på fremtiden hvor hun frykter hva stemmene kan få henne til å gjøre. Hun frykter nye tvangsinnleggelsler.

Underveis prøver jeg i all enkelhet å forklare prinsippene i kognitiv terapi, og fortelle om den positive effekten forskning har vist at terapien har på personer som hører stemmer.

6.2 Kartlegging

Når jeg og Marie nå møtes har vi brukt flere samtaletimer på å bli kjent. Under enkelte møter har hun fortalt meg noe av sin historie, både før og etter sykdomsutbrudd. Om positive og negative opplevelser hun bærer med seg. Andre ganger har vi snakket om «vær og vind». Når vi nå har kommet et lite stykke ut i behandlingsforløpet og brukt nødvendig tid på alliansebygging, går vi igjennom Maries forventninger og ønsker til behandlingen, og forsøker å kartlegge stemmene. Mens vi snakker, har hun hele tiden en røyk i den ene hånden, og kaffekoppen på bordet foran seg. Jeg forsøkte først å forklare hensikten med

kartleggingen, og at den på sikt kan bidra til avdramatisering av stemmene og at hun lettere kan mestre sin hverdag i hjemmet. Vi snakker sammen og jeg spør henne spørsmål underveis; Hvor mange stemmer hører du? Er det situasjoner hvor stemmen er mer eller mindre aktiv, eller helt fraværende? Hvordan føler du deg når stemmen er aktiv? Har stemmen stor makt over deg? Marie svarer så godt hun kan, og sier fra hvis det er noe hun syntes er vanskelig å snakke om eller som hun heller ikke vet svaret på selv.

Jeg spør henne hva hun opplever som vanskeligst. «Frykten...» svarer hun. «Frykten for at stemmene tar fullstendig overhånd. At jeg ikke makter å holde dem på avstand, og at de slik ødelegger mine sjanser til å kunne bo hjemme. Det koster meg så mye krefter og ikke adlyde dem...». Hun ser på meg med det samme blikket som ved vårt første møte.

Fullstendig oppgitt og fortvilet, samtidig med en stille bønn om hjelp.

Videre går vi igjennom hva hun aller helst ønsker. Det første hun sier: «fred og ro». Hun blir stille et øyeblikk. Deretter: «å få kontroll over stemmene... å få makt over mitt eget liv... å kunne slå meg til ro hjemme, uten en konstant frykt som forfølger meg dag og natt...!». Dette blir målene som vi sammen skal arbeide mot.

For at vi skal kunne ha en god relasjon er det viktig at jeg er ærlig med Marie. Dette gjelder også om hvilke erfaringer, kunnskaper og begrensninger jeg har. Og hvilken hensikt jeg har som hennes terapeut.

6.3 Hjemmelekser i behandlingen

Vi har hatt flere hjemmebesøk før jeg for første gang introduserer Marie for en hjemmelekse, nettopp på grunn av at vi de første møtene prøver å danne et grunnlag for en god behandlingsallianse, og for at Marie skal kunne få tillitt til meg.

Hjemmeleksen går ut på å registrere stemmene. Marie var villig til å gjøre et forsøk, og vi ser sammen på notatene hun har gjort.

«Jeg har da skrevet ned noe» sier Marie. Hun ser på meg og sukker dypt. «Men jeg er så redd for å lytte til dem forstår du. Jeg frykter for at de skal begynne å kommandere meg dersom jeg hører etter hva de sier og kommuniserer med dem». Marie har benyttet et skjema hun fikk av meg og notert tidspunkt, situasjoner, og hvor kraftige stemmene var i de

ulike situasjonene. Og rangert det på en skala fra 0-10. Slik ser hun også tydeligere i hvilke situasjoner stemmene er mindre fremtredende. «Når det er på det verste roper de til meg at jeg ikke hører hjemme her, og at jeg må tenne på huset! Jeg blir så redd.. Jeg blir så redd at jeg ikke tør å være alene!» Hun klarer ikke å gå inn på detaljer rundt det stemmene sier, men har notert hovedbudskapet de har. «Jeg klarer ikke å si høyt, alt de sier til meg! Og nå er jeg så sliten... Jeg orker ikke fortsette mer i dag». Jeg respekterer Maries valg.

I dette ligger at jeg aksepterer hennes tanker og følelser rundt alvorligheten stemmene har for henne, og angsten og anstrengelsen hun føler når vi jobber med dem. Selv om hun ikke har notert nøyaktig hva stemmene sa, kommer det likevel frem av skjemaet når stemmene er mest eller minst fremtredende, og av og til hvilket budskap de har.

Jeg begynner å forstå alvorligheten det å høre stemmer kan innebære, og hvilken belastning det må være for Marie å leve med stemmene hver dag.

7.0 Diskusjon

7.1 Hvordan opprette en terapeutisk relasjon?

Allerede i første møte med Marie blir jeg presentert for en rekke utfordringer. Vil det som skal skje i samarbeidet mellom oss få noen betydning for hennes fungering i hjemmet? Begge har vi nok ulike forventninger til det første møtet. Jeg er spent. Vil Marie få tillitt til meg? Kan vi klare å etablere en behandlingsallianse? Og vil jeg i det hele tatt bli akseptert av henne, som en person hun ønsker å ta imot i sitt eget hjem og fortelle sine mest personlige historier til?

Marie har gjennom sin tid som pasient i psykisk helsevern måtte forholde seg til mange ulike personer. Sykepleiere, psykiatere, psykologer og en rekke andre helsearbeidere. Som Berge et al.(2008) skriver kan pasienten i enkelte tilfeller føle seg presset til å ta imot behandling, og være tvilende til om samtaler i det hele tatt kan være til hjelp. Noen har også negative erfaringer fra tidligere behandling. Disse faktorene må jeg ta hensyn til i mitt møte med Marie, og forsøke og møte henne på en måte som gjør at hun føler seg sett og

forstått. Videre påpeker Berge et al.(2008) viktigheten av at pasienten oppfatter terapeuten som empatisk, engasjert og respektfull. Dette øker sannsynligheten for et godt resultat som følge av behandlingen. Jeg tror at dersom disse begrepene er godt forankret i ens verdigrunnlag, og man har relevant teoretisk kunnskap vil man ha et bra utgangspunkt for å kunne skape en god og trygg relasjon mellom terapeut og pasient.

Med bakgrunn i at psykotiske pasienter av ulike årsaker kan være lite motivert for behandling, skriver Hagen et al.(2007) at det initialt kan være relasjonen til terapeuten som blir målet og den motiverende faktor for behandlingen.

Marie gir i vår første samtale uttrykk for håpløshet, men samtidig oppfatter jeg en viss forventning. En forventning om at situasjonen kan bli bedre. Om at jeg kan hjelpe henne. At hun kan fortsette å bo hjemme, og at hun kan slippe flere tvangsinnleggelses. Jeg ønsker å formidle at jeg vil «stå i det» sammen med henne, og at vi, ved hjelp av den kognitive verktøykassa skal forsøke å få kontroll over noen av hennes problemer/antakelser knyttet til stemmene.

I følge Snoek og Engedal(2000) går behandlingsmetoden i kognitiv terapi først og fremst ut på å styre følelsene sine, og reagere rasjonelt. Når Marie forteller meg hvor skremmende stemmene er for henne, bør jeg anerkjenne at dette er hennes opplevelse og virkelighet. Hvis jeg forteller henne at stemmene er innbilning og ikke har feste i virkeligheten, vil nok ikke det ha noen terapeutisk effekt. Tvert imot vil det kunne gjøre at Marie ikke ønsker å dele mer av sine personlige tanker og følelser med meg, fordi hun opplever at jeg ikke klarer å sette meg inn i hennes situasjon.

Dersom jeg skal kunne fungere som hennes ledsager gjennom terapien, er jeg avhengig av at hun opplever at jeg er i stand til å plassere meg i hennes sko. Slik kan jeg hjelpe/guide henne til selv begynne å sette spørsmålsteget ved stemmene, og videre avdramatisere innholdet i dem. Dersom jeg klarer det, vil det være et skritt i riktig retning, med tanke på hennes ønske om at det skal fungere bedre for henne å bo hjemme.

7.2 «Bare» god kjemi?

De første møtene vil jeg la Marie bruke tid på å bli trygg på meg og mine intensjoner, for lettere å kunne åpne seg i samtalene våre. Det kan virke som vi har funnet en fin tone, og Marie veksler mellom «småprat» og å fortelle om stemmene. Jeg kommer med kommentarer og spørsmål underveis. Min følelse av at vi har klart å opprette et gjensidig tillittforhold og en god relasjon, blir langt på vei bekreftet da Marie gir uttrykk for at hun er glad når jeg kommer på besøk. Men hvordan kan jeg vite om dette er et resultat av at jeg som terapeut har lyktes i å være aksepterende, empatisk og forståelsesfull eller om det rett og slett «bare» handler om god kjemi? Og spiller det i det hele tatt noen rolle? Kanskje kan det være en kombinasjon.

Mitt håp er at Marie kan ha nytte av denne relasjonen, og at den kan være et bidrag til at Marie bedre kan mestre å bo hjemme hos seg selv. Uansett om relasjonen kommer som et resultat av god kjemi, terapeutisk holdning eller kombinasjon av begge. Men kanskje kan god kjemi være en buffer når det gjelder å opprette en terapeutisk relasjon? Og at dersom jeg og Marie i utgangspunktet har en god kjemi, kan prosessen hvor vi skal bygge en allianse og en gjensidig relasjon gå lettere for oss? Jeg tror god kjemi er en positiv faktor i en behandlingsallianse, men ikke avgjørende. Kanskje må man bare jobbe hardere med seg selv dersom den gode kjemien mellom terapeut og pasient uteblir? Å finne frem til en felles forståelse og felles mål som kan bli en plattform for relasjonen.

Kan det virke forebyggende for henne å vite at hun har noen hun kan ringe, dersom stemmene blir for skremmende og dominerende? Berge og Repål(2010) skriver at det er positivt å kunne sette ord på sine opplevelser, men at mange av de som hører stemmer er redd for å bli oppfattet som avvikende og merkelige, og derfor ofte velger å gå for seg selv med problemene.

Som terapeut bør jeg anerkjenne Maries eksistensielle angst og frykt for stemmene. Det er hennes virkelighet. Og for at vi i det hele tatt skal kunne snakke om hennes problemer, er det essensielt at hun får anerkjennelse for at hennes opplevelse av situasjonen er sann.

Jeg prøver å forstå henne. Hvordan hun har det her og nå. Hennes mørke syn på fremtiden hvor hun frykter hva stemmene kan få henne til å gjøre. Hun frykter nye

tvangsinnleggelsler.

Min mangel på erfaring innenfor dette feltet ser jeg kan være et hinder for meg i starten. Det er mye å tenke på, være bevisst på og mange nye utfordringer for meg. Enkelte situasjoner ser jeg i ettertid at jeg antageligvis kunne håndtert annerledes, men dette er erfaringer jeg har med meg videre og kan lære av. Det kan være lett å bli utålmodig og ønske å gå fortere frem enn hva situasjonen kanskje tilsier er lurt. Men som sagt er dette noe man ofte ser bedre i ettertid, og derfor kan det være lærerikt for terapeuten å evaluere sin egen rolle og innsats etter en samtaletime. Jeg har iallfall lært mye av å evaluere meg selv underveis i behandlingsforløpet.

7.3 Hva kunne vært gjort annerledes?

Når tiden var moden fikk Marie hjemmelekse som gikk ut på å registrere stemmer. I ettertid ser jeg også at det først kunne vært nyttig og utarbeidet en kasusformulering. I følge Berge og Repål(2010) kan en kasusformulering benyttes som et slags kompass for terapeuten underveis i samarbeidet med pasienten. Jeg var ikke rutiner nok til å lage en slik kognitiv kasusformulering da, men har senere tenkt at det kunne vært nyttig. For Marie sin del kunne den kognitive kasusformuleringen sett noenlunde slik ut:

Navn: Marie. **Diagnose:** Schizofreni(med uttalte hørselshallusinasjoner)

Predisponerende faktorer/Relevant bakgrunnsinformasjon: Oppvekst i stabile omgivelser, men høye krav fra foreldre til å lykkes i alt hun gjorde, noe som førte til en økt sårbarhet for stress. Kunne bli svært tung/deprimert hvis hun følte at hun ikke strakk eller var god nok. Var pliktoppfyllende og skoleflink frem til sykdomsutbrudd. Har ingen kjente traumer. Skilt etter flere års ekteskap. Noe turbulent ekteskap, hvor mannen var overhodet og Marie følte seg «underkuet».

Utløsende faktorer: Marie hadde mistanke om utroskap, noe mannen avfeide som oppspinn. Det viste seg etterhvert at han hadde vært utro mot Marie, noe hun tok svært tungt. De skulle prøve å komme seg igjennom det og gå videre, men Marie ble syk kort tid etter. Kort tid etter sykdomsutbruddet ble de skilt.

Vedlikeholdene faktorer: Har ved flere anledninger kuttet ut medisiner. Dette har ført til forverring av hennes helsetilstand, og ved forrige tilfelle tvangsinnleggelse. Det tar tid for Marie å bli stabil psykisk igjen etter slike situasjoner, og det virker derfor negativt inn på

hennes bedringsprosess.

Beskyttende faktorer: God kontakt med søsken. Noe hun setter veldig pris på, selv i perioder hvor hun ikke klarer å opprettholde regelmessig, hyppig kontakt.

Grunnleggende antakelser: Stemmene har makt over meg. Stemmene har alltid rett.

Leveregler: Hvis jeg utfordrer stemmene, vil jeg miste enda mer kontroll.

Kompenserende strategier: Forestille meg at jeg gjør som stemmene sier, selv om jeg ikke gjennomfører handlingen.

(A) Situasjon/hallusiansjon
Befalende stemmer; tenn på huset!
(B) Automatiske tanker
Jeg er udugelig, og derfor må jeg adlyde! Hvis ikke blir det en katastrofe!
Jeg er gal!
(C) Følelser/atferd
Frykt og redsel
Skam

I følge Klausen og Hagen(2008) beskriver Gumley(2007) at en kasusformulering også er viktig i forhold til tilbakefall. Man kan neppe snakke om en suksessfull behandling dersom man forlater terapien, og føler seg bedre, men ikke vet hvorfor. For dersom man ikke har en modell for å forstå vanskelighetene, hvordan de oppstod og hvordan de blir vedlikeholdt, hvordan kan man da forhindre dem i å oppstå igjen? Og hvis man ikke klarer å se hvordan arbeidet er direkte forbundet med vanskelighetene, kan det være vanskelig å se hvordan man da blir motivert for terapi. Selv om jeg ikke lagde en slik kasusformulering i samarbeid med Marie, tror jeg hun likevel fant det motiverende å jobbe kognitivt med stemmene, når hun først ble kjent med tilnærmingen. Motivasjonen varierte naturligvis, og det var dager som var veldig vanskelig for henne å konsentrere seg og holde fokus. Det hendte også at vi måtte utsette avtalen vår til neste gang.

7.4 Kartlegging og hjemmelekser i behandlingen

Som Hagen et al. (2007) beskriver kommer kartlegging som punkt to av tre, i kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner. Motivasjon og alliansebygging kommer først, intervensjoner kommer som nummer tre. Når tiden er moden og vi har brukt tilstrekkelig med tid på å bygge tillitt og bli kjent, forklarer jeg så godt jeg kan hensikten med å kartlegge stemmene og hennes følelser knyttet til dem. For som Berge og Repål(2010) beskriver, er det viktig at pasienten har forstått begrunnelsen for en kognitiv tilnærming før terapeuten begynner med noen form for intervensjon. En viktig begrunnelse for behandlingen er at den gir mulighet for innlæring av teknikker pasienten kan benytte for å mestre de psykotiske symptomene. Klausen og Hagen(2008) argumenterer også med at innhenting og kartlegging av informasjon og å identifisere problemene er av stor betydning for arbeidsalliansen mellom terapeut og pasient. Da det gjør at man har en felles forståelse av hva som utgjør pasientens problemområder.

Marie beskriver i våre innledende møter frykten og redselen for stemmene som hennes største utfordring, blant annet fordi det dirkete er knyttet opp mot hennes ønske om å bo hjemme. Hun har et mål om å få kontroll over stemmene, og slik få makt over eget liv igjen. Og dette er målet vi må arbeide imot. Vi må arbeide med å avdramatisere innholdet i stemmene slik at ubehaget hun føler blir mindre.

I følge Berge og Repål(2010) skal terapeuten i kognitiv terapi ideelt sett skal fremstå som en ledsager eller guide. Målet er å få pasienten til å ta stilling til betydningen av ulike måter og tenke på. Sentralt står veiledet oppdagelse ved bruk av sokratiske spørsmål. Spørsmål som åpner opp for refleksjon. Hjemmeoppgaver er også sentralt, og kan øke pasientens innlevelse og motivasjon, så fremt oppgavene ikke er for vanskelige å utføre og at de oppleves relevant for pasienten.

Marie er i utgangspunktet negativ til kognitiv terapi. Det vil si, hun er villig til å prøve, men har ikke tro på at det kan gi noen resultat for henne. Hun peker på forrige gang hun var hjemme, hvor hennes psykiske helsetilstand ble forverret og hun ble tvangsinnlagt på institusjon.

Jeg lytter til hva Marie sier, og prøver å forstå hennes holdning til terapien. Er det naivt av meg og tro at jeg kan gjøre en forskjell? Siden Marie har så mange år med pasienterfaring,

og så mange mer eller mindre vellykkede forsøk på ulike behandlingsformer bak seg. Jeg velger å støtte meg til Berge og Repål(2010) som viser til at det er god dokumentasjon for at kognitiv individualterapi er nyttig for mange pasienter. De henviser også til at Kemp et al.(1998) skriver at kognitiv terapi også kan bidra til økt etterlevelse av medikamentell behandling.

Marie har skrevet en logg. En oversikt over når stemmene er mest aktive, og hun brukte et skjema hun fikk av meg som eksempel. Tallene er intensiteten på stemmene. 0 er svak hvissing eller ingenting, 10 er høye skrik. Under er et lite utdrag av hvordan hennes registrering så ut:

Dato/klokkeslett	Hva sa stemmen?	Hva handlet stemmen om?	Hva gjorde du som en reaksjon på stemmen?	Var det noe annet du kunne ha gjort?
- 1.2.12 kl 14.00	- Rop om at jeg skal brenne ned huset. 10	- At jeg ikke hører hjemme her	- Tok med strikking og lydbok på verandaen. 6	- Kanskje gått en tur
- 1.2.12 kl 18.00	- Synging og nynning. 5		- Slo på TV og tok en røyk. 4	- Nei...
- 2.2.12 kl 13.00	- Skremmende kommandoer og ordrer. 10	- At jeg ikke hører hjemme her	- Verandaen med strikking og radio. 7, etterhvert 6	- Snakket med noen. Gått en tur
- 2.2.12 kl 18.00	- Stygge kommentarer og bemerkninger. 6	At jeg ikke hører hjemme her	- La meg ned for å hvile, forsøkte å sove. Med lydbok på. 3	- Nei

Marie gir uttrykk for at hun ikke er komfortabel med å si høyt, hva stemmene sier. Hun syntes det er ubehagelig og er redd. Likevel sier hun at det var til hjelp å få skrevet det ned. Slik ble det også lettere å sette ord på sier hun. Hagen et al.(2007) skriver at å registrere stemmene konkretiserer diffuse og kaotiske forestillinger, bidrar til eksternalisering av problemet og gjør det lettere for pasienten å snakke om.

Hun har registrert stemmeaktiviteten hver dag en hel uke, mellom to av mine hjemmebesøk. Det er et tydelig mønster i aktiviteten den uken, og stemmene er mest aggressive og høylytte tidlig på dagen. Flere ganger er intensiteten registret til 10. Mønsteret stemmer i følge Marie godt overens med slik det pleier å være.

Jeg ønsker å utfordre Maries antagelser knyttet til stemmene og avdramatisere innholdet i dem. Målet er at dette skal dempe ubehaget hun føler. Ved å spørre henne sokratiske spørsmål håper jeg at vi sammen kan finne tolkningsmuligheter som er mindre skremmende. Jeg tar utgangspunkt i informasjonen som kom frem under kartleggingen.

Ifølge Berge og Repål(2010) kan pasienten oppleve at stemmen har høy troverdighet, fordi den er så støyende og gjentar budskapet i det uendelige. Jeg stiller derfor Marie spørsmålet: «Hvis jeg sier til noen, veldig høyt, og om og om igjen, at de har blått hår, ville det gjøre det mer sant?»

Marie ser rart på meg og ler når jeg spør om dette. «Selvfølgelig ikke, jeg er ikke dum!» er hennes reaksjon. Det kan et øyeblikk virke som hun tar spørsmålet ille opp, og føler at jeg har fornærmet henne. Etter en liten pause i samtalen smiler hun imidlertid til meg og sier: «eller er det nettopp det jeg er, som lar stemmene ødelegge livet mitt!».

Vi ser nærmere på skjemaet hvor hun har registret stemmeaktiviteten, og det mest skremmende budskapet er når stemmene gir henne ordre om å tenne på huset. For å prøve og utfordre denne antagelsen spør jeg henne: «Hvis naboen, søsknene dine eller noen helt tilfeldige ber deg om å sette fyr på huset ditt, må du alltid adlyde da?».

Jeg kan se at Marie tenker på spørsmålet. «Hm. Det var kanskje et godt poeng... Jeg ville selvfølgelig ikke gjort det». Gjennom skjemaet ser vi at Marie har utarbeidet seg egne mestringsstrategier, som blant annet innebærer å lytte til lydbok, trekke utendørs og/eller holde på med håndarbeid. Hun får ofte lyst til å gå ut å være i aktivitet når stemmene

«herjer», som hun beskriver det. Men noen ganger klarer hun ikke å la være og svare stemmene, og det gjør at hun vegrer seg for å gå ut i frykt for at folk skal se at hun «snakker høyt med seg selv». Når stemmene er fra nivå seks og nedover på skalaen, syntes hun selv å ha strategier som fungerer greit. Det er når stemmene er på nivå seks og oppover at hun har størst problem med å få dempet dem tilstrekkelig.

Jeg gir henne tips om å ta med seg en avslått mobiltelefon ut på tur. Denne kan hun ta frem dersom hun føler behov for å svare stemmene, og for eksempel si: «Nei, det kan jeg ikke gjøre. Det får du gjøre selv! Nå kan jeg ikke snakke mer».

Selv om Marie på egen hånd har utviklet flere enkle, men effektive mestringsstrategier, sier hun imidlertid at hun ble mer klar over disse strategiene etter kartlegging og registrering/loggføring. Og dermed kan benytte dem mer aktivt og bevisst, i sitt arbeid med å håndtere stemmene, og slik også håndtere en hverdag hjemme.

7.5 Frykt og realitet

De gangene Marie har registrert hva stemmene sa er det ofte knyttet til brann, og frykt for at hun skal tenne på huset etter ordre fra stemmene. Selv om jeg gjør mitt beste for å anerkjenne hennes frykt, og forstå at frykten er høyst reell for henne ønsker jeg å prøve og sette spørsmålstegn ved stemmene og deres posisjon. Jeg spør henne om stemmene har stor makt over henne, og om hun har mulighet til å irettesette dem.

Jeg viser henne en enkel modell fra Fredriksens(2014) forelesning. Der har vi tanker og følelser på den ene siden av en rett linje, også har vi den faktiske handlingen på motsatt side.

Vilje

Tanker og følelser ----- Handling

Alt som er i mellom disse to punktene er viljen. Jeg vil prøve å understreke forskjellen på det å tenke en handling og det å gjennomføre en handling. Som også Kråkvik og Repål(2008) understreker: tanker er bare tanker, de er ikke fakta.

Og det som har hindret Marie i å tenne på huset sitt, er viljen hennes. Hun ønsker ikke selv

at huset skal brenne ned, men er redd fordi stemmene forsøker å tvinge henne. Hun føler dette hindrer henne i å kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem. Marie uttrykker forståelse og lettelse over den enkle modellen jeg viser henne. Hun syntes det er godt å se avstanden det kan være fra tanker til handling, og redselen hun føler plasserte hun langt ute til venstre på arket jeg ga henne. Langt vekk fra handlingen. «Og mellom her er min vilje av stål» sa hun og smilte. Det kan virke som om Marie følte en endring i maktbalansen mellom henne og stemmene. Som om hun ved å få plassert frykten for stemmene bort fra selve handlingen, klarte å se at hun kunne ta makten over stemmene, og slik igjen ta tilbake makten over sitt eget liv.

Som Berge og Repål(2010) beskriver vil det å utfordre pasientens antakelser om at stemmene er allmektige ofte være avgjørende. Da målet med den kognitive terapien er å dempe ubehaget pasienten måtte ha knyttet til å høre stemmer. Terapeuten prøver å så tvil om stemmenes makt og pasientens avmakt, men samtidig unngå å utfordre stemmenes autoritet, og heller stille spørsmål som åpner for refleksjon og ettertanke.

Underveis spurte jeg Marie spørsmål for å prøve og underbygge hennes tro på at hun kunne få «overtaket på stemmene», som hun selv beskrev det. «Hvis stemmen ikke er et fysisk objekt, kan den da gjøre fysisk skade?» og «hvis stemmen har så mye makt, hvorfor forventer den da at *du* skal tenne på huset? Hvorfor tenner den ikke på selv?»

Samtidig som jeg forsøker å utfordre Maries antakelser rundt stemmene og deres makt, må jeg være bevisst på hvordan hun oppfatter meg. For som Berge og Repål(2010) beskriver; hvis terapeuten fremstår som noen som bare vil overbevise pasienten om dens feiltakelser, da har man tapt uansett hvor elegant argumentasjonen tilsynelatende er.

8.0 Konklusjon

Behandling av hørselshallusinasjoner er for meg et spennende tema. Og jeg syntes det er interessant å se på hvordan kognitiv terapi, som tidligere har vært mest brukt hos personer som lider av depresjon og angst, kan være et nyttig også i arbeide med personer som har psykotiske lidelser.

Gjennom å ha satt meg inn i relevant teori, og begynt å skaffe meg erfaringer med å praktisere denne tilnærmingen i praksis, ser jeg at kognitiv terapi kan være et anvendelig verktøy for å jobbe med stemmehøring. Likevel må en regne med at kognitiv terapi bare er en av flere faktorer som bidrar til at, i dette tilfellet Marie, kan klare å mestre en tilværelse i eget hjem.

Gjennom å skape en terapeutisk allianse med Marie, hvor hun følte seg respektert og forstått, klarte vi å utforske hennes antakelser og følelser rundt stemmene hun hørte. At vi klarte å bygge opp en slik allianse var nok grunnleggende for at vi i det hele tatt klarte å oppnå positive resultater.

Marie har i ettertid fortsatt å benytte seg av de mestringsstrategiene vi i fellesskap kom frem til, og hun har ikke hatt flere innleggelse. Likevel er fortsatt stemmene til tider svært plagsomme for henne, men hun jobber aktivt for å redusere ubehaget de fører med seg. Min erfaring etter å ha jobbet med en kognitiv tilnærming hos Marie, som lider av hørselshallusinasjoner, er at kognitiv terapi er et godt redskap, hvor målet i følge Berge og Repål(2010) er problemløsning og mestring av livsbelastninger, kombinert med endring av tenkemåter som bidrar til problemene.

Jeg ser samtidig at det kan være krevende å jobbe kognitivt med personer som lider av alvorlig psykisk sykdom, da kognitiv terapi baserer seg på samarbeid, og krever en egeninnsats fra pasienten. Derfor er det viktig å huske hva Hagen et al.(2007) skriver om nettopp dette; at det initialt kan være relasjonen til terapeuten som blir målet og den motiverende faktor for behandlingen. Dette understreker også viktigheten av å bruke tilstrekkelig tid på relasjonsbyggingen i første fase ved kognitiv terapi.

Dersom jeg skulle ha gjort noe annerledes, ville jeg muligens ha involvert Maries nærmeste pårørende i større grad. Og jeg reflekterer i ettertid over om kognitiv terapi har for lite fokus på samhandling med personer i nære relasjoner til pasienten. Selv om Berge og Repål(2010) innledningsvis skriver at det ofte er helt sentralt at pårørende, så vel som kommunale hjelpeinstanser inngår som sentrale samarbeidspartnere, i det vide spenn av behandlingstiltak for å hjelpe pasienten og mestre sin livssituasjon.

Berge og Repål(2010) påstår at de fleste mennesker med alvorlige psykoselidelser i dag tilbringer mesteparten av tiden utenfor institusjon. For mange er livene deres preget av ensomhet og isolasjon. Kan jeg i mitt yrke gjøre en forskjell for noen? Jeg håper, og tror, at jeg gjorde en forskjell for Marie. At det i dag er, iallfall litt lettere for henne å bo hjemme. Slik hun aller helst vil. Nettopp på grunn av at så mange alvorlig syke personer bor hjemme, mener jeg det er av stor betydning at helsearbeidere har kunnskap om hvordan man bør møte denne pasientgruppen, og hvordan man kan anvende ulike former for terapi. For at flest mulig skal kunne ha et velfungerende liv i sitt eget hjem.

Berge og Repål(2010, 187) skriver følgende:

En mann som var innlagt på grunn av en omfattende og vedvarende psykoselidelse, ble en gang spurt om hva som skulle til for å gi ham et liv utenfor sykehus. Svaret han ga, er tankevekkende: Han sa at det han trengte, var et sted å leve, noe å leve av, noe å leve for og noen å leve sammen med.

Litteraturliste

Berge, Torkil & Repål, Arne(2010) *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. 3 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Berge, Torkil; Repål, Arne; Ryum, Truls & Samoilow, Dimitrij K. (2008)
Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. Berge, Torkil & Repål, Arne(red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. (1. Utgave, 24-55) Oslo: Gyldendal Akademisk

Cullberg, Johan(2001) *Et humanistisk og biologisk perspektiv. Psykoser*. Oslo: Universitetsforlaget

Fredriksen, Geir M. (2014) Pers. Komm. I forelesningen: Stemmehøring – å arbeide med stemmer. 23.01.14, Høgskolen i Molde.

Grant, Paul M.; Huh, Gloria A.; Perivoliotis, Dimitri; Stolar, Neal M. & Beck, Aaron T.(2011)
Randomized Trial to Evaluate the Efficacy of Cognitive Therapy for Low-Functioning Patients
With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*

Hagen, Roger; Kråkvik, Bodil & Gråwe, Rolf W.(2007) Kognitiv terapi ved schizofreni. Stiles, Tore C.(red.) *Lidelsesspesifikk kognitiv terapi*. (1. Utgave 15-32) Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Johannessen, Jan Olav(2005) Schizofreni - klinisk bilde og utbredelse. I: Rund, Bjørn Rishovd(red.) *Schizofreni*. (1. Utgave, 29-45) Stavanger: Hertervig Forlag

Kingdon, David G. & Turkington, Douglas(2007) *Kognitiv terapi ved schizofreni*. Oslo: Universitetsforlaget

Klausen, Vegard & Hagen, Roger(2008) Kognitiv atferdsterapi ved psykose. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*.(Nr. 5), s. 545-554

Kringlen, Einar(2005) *Psykiatri*.8.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kråkvik, Bodil(2006) Kognitiv terapi ved psykoser. *Psykologisk Tidsskrift* (Nr.1), s. 11-15

Kråkvik, Bodil & Repål, Arne(2008) Psykotiske vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner. I: Berge, Torkil & Repål, Arne(red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. (1. Utgave, 454-482) Oslo: Gyldendal Akademisk

Malt, Ulrik Fredrik; Retterstøl, Nils & Dahl, Alv A.(2010) *Lærebok i psykiatri*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Snoek, Jannike Engelstad & Engedal, Knut(2008) *Psykiatri. Kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3 utgave. Trondheim: Akribe Forlag