



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Er schizofrenidiagnose et hinder for å jobbe med angst? Hva vil det si å jobbe med angst ut fra perspektivene kognitiv terapi og ACT?

Siri Engmark Neerland

Totalt antall sider inkludert forsiden: 33

Molde, 21.04.2016



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: Kjellaug Myklebust

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: 20.04.16

Antall ord: 9969

Sammendrag

Bakgrunnen for denne oppgaven er samarbeidet jeg hadde med en jente i praksis som jeg her vil kalle Line. En psykolog frarådet meg å snakke med henne om angst fordi hun tidligere hadde vært diagnostisert med en schizofrenidiagnose. Line ønsket å snakke om sin angst. I oppgaven beskrives dilemma jeg stod i.

Jeg valgte å samarbeide med Line om hennes angstlidelser og skriver i oppgaven hvordan jeg gjorde dette gjennom kognitiv terapi og ACT. Angst er noe mange plages med og angst kan være et viktig signal om behov for endring av livsførsel eller tenkemåter. Berge og Repål (2011) skriver at kognitiv terapi kan hjelpe mennesker ved angstproblemer og psykoselidelser. Dette kan gi et faglig grunnlag for å arbeide med angst sammen med Line.

Kognitiv terapi har fokus på hvordan problemene fremtrer i pasientens hverdag her og nå, og det er pasientens opplevelser av situasjonen og pasientens behov som står i sentrum. Kognitiv terapi oppmuntrer pasienten til å forstå at deres selvevalueringer er basert på oppfatninger, ikke fakta. Fokuset er på negative tankemønstre og forandring av disse, sokratiske dialog, ABC modellen, og mestringsstrategier.

Aksept- og forpliktelsesterapi (Acceptance and Commitment Therapy, forkortet til ACT) er opptatt av psykologisk fleksibilitet som skal skape et rikt, givende og meningsfylt liv samtidig som man aksepterer den smerten som av og til følger med (Harris 2013:24). ACT fokuserer på å komme seg «ut av hodet og inn i livet». Oppgaven beskriver fem av ACT sine terapeutiske kjerneprosesser, verdier, forpliktende handlinger, defusjonering, kontakt med nået og aksept. Ut fra ACT sin tankegang er forpliktende handlinger i pakt med Line sine verdier et godt utgangspunkt for et meningsfylt liv. Oppmerksomt nærvær er en viktig del av ACT, hvor akseptering av blant annet angst er sentralt.

Oppgaven ser på sammenhenger og forskjeller mellom kognitiv terapi og ACT. Begge terapiformene har fokus på kognitive reaksjoner som bedømmelse og metakognitiv innsikt.

I diskusjonsdelen beskrives betydningen av relasjonen i et samarbeid, hvor samarbeidet har et mål om å gi pasienten en bedre livskvalitet. Det diskuteres videre om elementene i kognitiv terapi og ACT kan være nyttig for Line?

Innhold

Innhold	6
1.0 Introduksjon	1
1.1 Litteratursøk	2
2.0 Teori:	3
2.1 Schizofreni	3
2.1.1 Tidligere forståelse av symptomer ved schizofreni	3
2.1.2 Forståelsen av schizofreni, det symptomfokuserede paradigme	4
2.2 Et kognitivt perspektiv på angst	5
2.2.1 Panikkangst	6
2.3 Kognitiv terapi	7
2.3.1 Relasjonsbygging:	7
2.3.1 Opplevd problem	8
2.3.2 Sokratiske dialog	8
2.3.3 Negative automatiske tanker	9
2.3.4 ABC modellen	9
2.3.5 Mestringsstrategier	9
2.4 ACT	10
2.4.1 Oppmerksomt nærvær	12
2.5 Sammenheng og forskjeller mellom kognitiv terapi og ACT.	12
3.0 Narrativ	14
4.0 Diskusjon	16
4.1 Dilemma	16
4.2 Relasjon	18
4.3 Kan kognitiv terapi være en hjelp for Line som er plaget med angst?	20
4.4 Kan ACT være en hjelp for Line som er plaget med angst?	23
4.4.1 Kan oppmerksomt nærvær være en hjelp for Line som er plaget med angst?	25
5.0 Konklusjon	28
Litteraturliste:	30

1.0 Introduksjon

I praksisperioden i forbindelse med videreutdanningen i psykisk helsearbeid samarbeidet jeg med en jente i tyveårene som jeg her vil kalle Line. Hun tok ofte kontakt med meg fordi hun var plaget med angst og panikkangst. Vi snakket om hennes vansker i forbindelse med angsten. Mitt utgangspunkt i møte med mennesker som har det vanskelig, er at jeg må være til stede der mennesket er.

En psykolog i hjelpeapparatet rundt Line var ikke enig i at det var bra for Line å snakke om angst. Han mente hun var for syk til dette fordi hun tidligere hadde vært utredet for schizofrenidiagnose og at hun da ville bli dårligere. Jeg undret meg over bakgrunnen for psykologens synspunkt.

I videreutdanningen har jeg sett at kognitiv terapi er en metode som kan hjelpe mange med angstproblematikk, og jeg ønsket derfor å undersøke mer hva faglitteraturen skriver om kognitiv terapi, angst og schizofreni. I databasen på biblioteket fant jeg metaanalyser rundt effekten av kognitiv terapi, schizofreni og panikkklidelser. Munro SL, Baker JA, Playle J. (2005) laget en metaanalyse av effekten av psykoterapi og psykofarmaka ved panikkklidelse med- og uten agorafobi hos mennesker med akutt psykose. De vurderte kognitiv terapi og farmakologisk behandling for panikkklidelse og/eller agorafobi. Forfatterens konklusjoner var at kognitiv terapi reduserte angst og depresjon og økte livskvaliteten for mennesker med akutt psykose plaget med panikkklidelser.

I en annen metaanalyse av Jones, C med fl. (2012) fant de at kognitiv atferdsterapi kontra andre psykososiale behandlingsformer for schizofreni hadde liten forskjell. Noen av studiene rapporterte god effekt av kognitiv terapi på livskvalitet og utvikling av bedre sosiale- eller arbeidsferdigheter. Metaanalysen antyder imidlertid at det kan være noen fordeler på lengre sikt ved bruk av kognitiv terapi i forbindelse med håndtering av vanskelige følelser.

ACT (Acceptance and Commitment Therapy) er en form for kognitiv terapi. Terapiformen har fokus på blant annet akseptering, verdier og forpliktende handlinger. Akseptering av vanskelige tanker kan være virkningsfullt, særlig fordi man vet at jo mer man fokuserer på å ta bort noe, blant annet negative tanker, jo mer fokus får det. Å bevisstgjøre seg hva som

er meningsfylt og videre gjøre forpliktende handlinger ut fra dette kan gi mestringsopplevelser som igjen kan føre til et meningsfullt liv. ACT sine fokusområder kan kanskje derfor være nyttige for Line.

Kunne det være at psykologen som advarte meg, i sin utdanning hadde lært at det var ugunstig å jobbe med angst når man hadde en schizofrenidiagnose, men at dette var teorier man i nyere tid hadde gått bort ifra? Jeg lette i biblioteket på sykehuset og fant gamle bøker i psykoterapi for behandling av mennesker med schizofreni. I disse bøkene fant jeg utsagn som kunne underbygge psykologens påstand om at Line var for syk.

Mitt dilemma i samarbeidet med Line var å finne ut hva vi skulle ha fokus på for at hun skulle få et bedre liv. Skulle vi snakke om det Line var opptatt av, nemlig angsten eller skulle jeg høre på psykologen som sa at dette ikke var bra for Line? Mine problemstillinger for denne oppgaven blir derfor:

Er schizofrenidiagnose et hinder for å jobbe med angst?

Hva vil det si å jobbe med angst ut ifra perspektivene kognitiv terapi og ACT?

1.1 Litteratursøk

Her vil jeg skrive om redegjørelse for søkene.

Kilde: Cochrane Collaboration. Oppsummert forskning.

Søkeord: Cognitive behaviour therapy, schizophrenia. 1 relevant treff.

Kilde: Helsebiblioteket.no. Psykisk helse. Oppsummert forskning.

Søkeord: Kognitiv terapi, psykiatrisk behandling. 1 relevant treff.

Helsebiblioteket.no. Oria. Jeg avgrenset søket til bøker.

Søkeordene var:

Schizofreni og angst, 1 relevant treff.

Angst og kognitiv terapi, 2 relevante treff.

Psykose og kognitiv terapi, 2 relevante treff.

Psykose, kognitiv terapi og mindfulness, 1 relevant treff.

Jeg har også brukt egne bøker og eldre bøker funnet på sykehusets bibliotek. I tillegg har jeg fått mye informasjon gjennom forelesninger og refleksjonsgrupper.

2.0 Teori:

Hovedbegrunnelsen for valget av kognitiv terapi som psykoterapeutisk perspektiv i denne oppgaven er at fokuset til kognitiv terapi er på personsentrert tilnærming og mestring av livsbelastninger. Berge og Repål (2011) sier at personsentrert tilnærming vil si at hjelperen aksepterer alle sider ved pasienten, og normalisering er grunnlaget. Dette er et viktig utgangspunkt for et samarbeid. Berge og Repål (2011) sier videre at kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer. Line var inaktiv og hadde problemer med å mestre livets utfordringer.

2.1 Schizofreni

2.1.1 Tidligere forståelse av symptomer ved schizofreni

Synet på psykoterapi ved schizofreni har variert mye de siste årtier. For 50 – 60 år siden mente mange at det var uetisk ikke å gi psykoterapi. I 1990 foreslo ledende forskere «et moratorium» for slik behandling, og antydte til og med at den hørte hjemme i «historiens søppelkurv». Mange faktorer har antakelig bidratt til at man har endret syn. Nye medisiner ble tatt i bruk (antipsykotika). May og medarbeidere (1976) viste i en sammenlignende studie at det gikk bedre med pasienter som fikk antipsykotika enn med de som fikk psykoterapi. De som fikk psykoterapi i tillegg til antipsykotika, gjorde det ikke noe bedre enn de som fikk antipsykotika alene. Undersøkelsen skapte en grunnleggende tvil om verdien av psykoterapi for denne pasientgruppen (Fris 2002).

Bruland (1999) uttrykker i sin bok en redsel for at pasienten i for stor grad kan få kontroll og makt over både terapeuten og behandlings situasjonen. Bruland (1999) sier videre at vi som terapeuter aldri må forvente at pasienten «driver frem» terapien. Det er terapeutens ansvar å være aktiv, for å få de beste resultater. Han sier videre at for stor grad av nysgjerrighet ikke er noen fordel, men at vi i stedet må lage orden og struktur i pasientens kaos.

I en lærebok i psykiatri av Alv Dahl mfl. (1994) sier de at iblant kan det være viktig ikke å provosere det «lokket» som pasienten gjennom sin lidelse har lagt over sine problemer. De sier også at det er viktig at ikke pasienten blir overstimulert, da dette kan fremprovosere residiv.

Berge (2011) sier at vi snakker om 3 paradigmer i forståelsen av psykoser. Det første hadde fokus på sykdom, og kalles sykdomsparadigmet og hadde oppslutning på slutten av 19 århundre. Det andre kalles stress-sårbarhet-modellen. Det er basert på at biologiske sårbare personer kan bli psykotiske når de utsettes for stress og livsbelastninger. Den tredje forståelsen av psykose, er det symptomfokuserede paradigmet.

2.1.2 Forståelsen av schizofreni, det symptomfokuserede paradigme

Her er man mindre opptatt av å kurere underliggende sykdomstilstander men i stedet konsentrerer seg om de faktiske symptomene og plagene som pasienten ønsker hjelp med. Symptomene kan være sosial isolasjon, depresjon og angst. Det er samtidig viktig å formidle håp. De fleste kan forvente fullstendig eller delvis bedring etter en psykotisk episode (Berge og Repål 2011).

Morrisen, Anthony P. med flere (2011) har skrevet en selvhjelpsbok med tittelen: *Hvis du tror du er gal, tro om igjen!* De sier det finnes knapt skarpe skillelinjer mellom fornuft og psykiske lidelser. Mange av vanskene mennesker med psykiske lidelser sliter med, kan betraktes som ekstremvarianter av karaktertrekk de fleste av oss har.

Berge og Repål (2011) sier at schizofreni ikke er en enkelt lidelse men en gruppe lidelser som kjennetegnes ved en omfattende forstyrrelse av følelseslivet, tenkning, og persepsjon. Schizofrenidiagnosen er blant de alvorligste lidelsene innenfor psykoser, hvor vrangforestillinger og hallusinasjoner er sentrale symptomer.

Trolig er stress en faktor i utvikling av vrangforestillinger, likeså personens kulturelle bakgrunn og generelle trosretning. Vrangforestillinger er ikke konstante. Det varierer med hvor stressende innholdet er, og hvor mye menneske bruker på å tenke på dem og stå imot dem (Berge 2011).

Hallusinasjoner kan være kommenterende, befalende eller diskuterende stemmer. Man kan se ting eller personer som ikke er til stede og oppleve kroppslige endringer. Symptomer som innebærer «fravær av noe» kalles negative symptomer. Pasientene kan ofte ha problemer med passivitet, tilbaketrekning, initiativløshet og mangel på utholdenhet. Symptomer som inneholder vrangforestillinger og hallusinasjoner er positive symptomer, altså «noe som kommer i tillegg» (Berge 2011).

Ved en psykose mister pasienten evne til å skille mellom den indre og den ytre verden. Persepsjonsforstyrrelser utgjør risikofaktorer for psykoseutvikling om man blir utsatt for påkjenninger. En persepsjonsforstyrrelse innebærer vansker med å oppfatte signaler fra omgivelsen og fra egen kropp på en riktig måte. Psykoseutbrudd, tilfriskning og framtidsutsikter avhenger av de interaksjoner individet har med sine omgivelser (Cullberg 2001:51).

Slik jeg forstår det har behandlingen ved schizofreni, håpet og diagnosen forandret seg mye de siste 20 årene. Fra at man frarådet psykoterapi og redsel for pasientens innflytelse i terapien, til dagens forståelse med fokus på alminneliggjøring av symptomene og fokus på pasientens opplevde problem.

2.2 Et kognitivt perspektiv på angst

Angst og depresjon er vanlige følgesymptomer ved psykoselidelser, og kognitive tilnærminger kan være nyttig å bruke. Angst er en naturlig reaksjon når hjernen oppfatter noe som en fare eller trussel. Angstens viktigste oppgave er å beskytte mennesker ved å gjøre oss klare til kamp eller flukt. Mye av hemmeligheten til å få bukt med angsten er å få tak i hva som skjer i nervesystemet ved angst (Berge og Repål 2011).

Dette kan forklares gjennom «angstsirkelen». Det er hvordan man fortolker situasjonen som gjør at vi får angst, ikke selve situasjonen. Vi får katastrofetanker og trusselsystemet aktiveres. Vi får kroppslig aktivering og reaksjoner som indre uro, hjertebank og svimmelhet, deretter nye katastrofetanker, økt kroppslig aktivering og kanskje ender det i full panikk. Mange bruker da trygghetsstrategier slik at den kroppslige aktiveringen reduseres. En trygghetsstrategi kan være, å gå ut av situasjonen. Dette vil forsterke og opprettholde angsten (Berge og Repål 2011).

Angst kan være et viktig signal om behov for endring av livsførsel eller tenkemåter. Angst kan derfor være en verdifull mulighet for innsikt og utvikling. Det er vanlig å slite med flere former for angst samtidig, sosial angst, agorafobi, spesifikke fobier og panikktilstander. Angst er en av de hyppigste årsakene til at mennesker søker hjelp (Berge og Repål 2011).

2.2.1 Panikkangst

Ved angst mobiliserer kroppen energi for å møte det vi tror er en reell fare. Dette merker vi ved å få raskere puls, svette, tørr munn, og skjelving. Når disse kroppslige reaksjonene skjer fort og sterkt, kaller vi det et panikkanfall. Anfallene kan komme plutselig og helt uventet uten å være knyttet til noen spesielle fobiske situasjoner. Angst for angsten blir dermed et viktig tema fordi angsten kan komme når som helst (Berge og Repål 2011).

Et treningsprogram for panikkangst bygger på 2 elementer. 1. Informasjon om hva som skjer i kroppen under et panikkanfall, psykoedukasjon. 2. systematisk trening i å tåle fryktede kroppsforfølelser uten å ty til trygghetssøkende strategier.

Behandlingsmetoden er svært virksom men den stiller store krav til pasienten (Berge og Repål 2011).

2.3 Kognitiv terapi

Berge og Repål (2011) sier at Aron T. Beck er den mest innflytelsesrike bidragsyter til kognitiv terapi. Kognitiv terapi har fokus på hvordan problemene fremtrer «her og nå». Det er pasientens opplevelse og forståelsen av ubehaget i situasjonen og hans behov som står i sentrum. Mennesket plages av meningen vi legger i hendelsen og ikke hendingen spesielt. De sier det er 3 sentrale mål i kognitiv terapi:

1. Få kontroll over problemer
2. Forstå hva som har bidratt til å opprettholde dem
3. Finne metoder som kan brukes til å forebygge nye problemer (Berge og Repål 2011).

Kognisjon betyr bearbeiding av informasjon for eksempel hvordan vi tenker og forestiller oss eller minnes en bestemt hendelse. Vi kommenterer våre handlinger og tenker over hva som kan skje. Dette vil blant annet være påvirket av tidligere erfaringer. Den mentale aktiviteten til et menneske som sliter med angst kjennetegnes av ubehagelige tanker og forestillingsbilder (Berge og Repål 2011).

Kognitiv terapi er en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og senere sette spørsmålsteget ved fastlåste tankemønstre. Hva vi tenker, påvirker våre følelser og adferd. Kognitiv terapi retter oppmerksomheten mot negative automatiske tanker som bidrar til å utløse eller forsterke for eksempel angst, samtidig som pasienten oppfordres til å eksponere seg for fryktede situasjoner og kroppsfunnelser. Terapien er opptatt av menneskets ressurser og nettverk. Psykoedukasjon og eksponeringsterapi er to viktige elementer (Berge og Repål 2011).

Opgaven har fokus på noen utvalgte begreper i kognitiv terapi, nemlig relasjonsbygging, sokratiske dialog, negative automatiske tanker, ABC modellen og mestringsstrategier.

2.3.1 Relasjonsbygging:

Kognitiv terapi bygger rundt en personsentrert tilnærming. Her er terapeuten åpen for, og aksepterer alle sider ved pasienten. Terapeutens aksept av pasienten og et fleksibelt samarbeid gjør det lettere for pasienten å akseptere seg selv. Normalisering er grunnlaget for den terapeutiske alliansen og for ulike hjelpetiltak (Berge og Repål (2011).

Kåver (2012) sier at det sosiale samspillet med andre hviler både vårt velvære og vår lidelse. Når livet blir vanskelig trenger vi noen som hører på oss og som kan «være der vi er». Vi trenger videre noen som kan vise oss vei til å akseptere det vi ikke kan gjøre noe med og /eller til å forandre kurs. Samarbeidet er en felles forskningsreise med gjensidige forhåpninger og med et mål om å gi pasienten en bedre livskvalitet. En god allianse og en tillitsfull terapirelasjon er nødvendige forutsetninger for å være en god støtte. Det hviler på et humanistisk verdigrunnlag med varme, respekt og empati for mennesket. Det kreves høy grad av nærvær og følsomhet hos hjelperen. Det empatiske møtet er viktigst i møtet med pasienten.

Det at hjelperen viser en umiddelbar forståelse av pasientens uttrykk, kan bidra til at pasienten kan tilegne seg sin opplevelse som sin. Empati krever at en setter ord på følelser uten å invadere pasienten med sine ting (Vatne 2006).

2.3.1 Opplevd problem

«Brukeren er den viktigste aktøren i alle bruker- og pasientforløp. Hun eller han har de beste forutsetningene for å definere egne problemer ut i fra sin situasjon og finne løsninger i fellesskap med andre (Helsedirektoratet 2014).

Chadwick (2009) skriver i «Personbasert kognitiv terapi ved psykoser» at om pasienten ikke føler ubehag ved et symptom, eller er forstyrret av det eller psykosen, er det ikke noe problem og heller ingen grunn til å anvende kognitiv terapi. Symptomer er derfor kun et problem om pasienten plages eller blir forstyrret. Den største trusselen mot etablering av en relasjon er terapeutens egne forestillinger om hvordan terapien bør forløpe.

2.3.2 Sokratisk dialog

Berge og Repål (2011) sier at målet i kognitiv terapi er å få pasienten til å ta stilling til betydningen av ulike måter å tenke på. Her står sokratiske spørsmål sentralt. Vi spør på en slik måte at vi åpner opp for refleksjon. Kåver (2012) sier at vi som hjelpere må spørre for virkelig å få vite hvordan pasienten tenker og føler. Hjelperen må ha en generell nysgjerrighet og undersøkende holdning.

Berge og Repål (2011) sier at sokratisk spørreteknikk ikke innebærer at terapeuten skal overbevise pasienten om at hun har tenkt feil, en påpeking av negativ tankemønster vil

neppe føre til endring. Vi kan spørre om bakgrunnen for pasientens vurderinger og konklusjoner. Spørsmålene skal ikke være ledende men åpne opp for refleksjon.

2.3.3 Negative automatiske tanker

Vi ser vanligvis ikke på tankene men fra dem og gjennom dem. Ikke alle tanker har et verbalt innhold, for eksempel det som er knyttet til det vi hører, lukter eller ser.. Tanker er også knyttet til situasjonen man er i der og da, og kan være vanskelig å få tak i når man ikke er i situasjonen. Slike automatiske tanker kan være korte ord eller forestillingsbilder. Negative automatiske tanker innebærer ofte katastrofetanker. En som er plaget med angst kan for eksempel i mange år være redd for å besvime, uten at de tidligere har besvimt. De kan også undervurdere egne mestringsopplevelser (Berge 2011).

2.3.4 ABC modellen

ABC modellen kan hjelpe oss til å systematisk jobbe med negative tankemønstre.

A- Hendelsen

B- Tanker omkring hendelsen

C- Følelser og konsekvenser knyttet til tolkningen av hendelsen

Hvordan man reagerer er avhengig av hva vi tror årsaken er. Våre følelser er nært knyttet opp mot den meningen vi tillegger en gitt hendelse, likeså vår adferd. Hjelperen kan forsøke å avdekke pasientens særegne holdninger og tenkemåter gjennom spørsmål rundt ABC modellen. Hjelperen spør pasienten om bakgrunnen for hans vurderinger og konklusjoner. Målet er å skape et erfaringsgrunnlag for å vurdere tankene og innvirkningen på deres liv og eventuelt hjelpe til å bygge opp alternative fortolkninger. I samtaler med en pasient rundt ABC modellen er C området et viktig utgangspunktet for samtalen, da ubehaget oftest er drivkraften for å søke hjelp (Berge og Repål 2011).

2.3.5 Mestringsstrategier

Kognitiv terapi dreier seg om å løse reelle problemer og mestre utfordringer i hverdagen. Man kan da ha nytte av mestringsstrategier. For å finne den mestringsstrategien pasienten kan bruke må vi spørre hva han tidligere har brukt og eventuelt videreutvikle denne. Man bør også starte på et problem hvor det er lett å få mestringsopplevelse (Berge og Repål 2013).

For å avlede negative tanker som kan føre til angst kan mestringsstrategier være nyttig. Kognitive mestringsstrategier er å flytte fokus og ha et oppmerksomhetsskifte eller en innsnevring av oppmerksomhet. En kognitiv mestringsstrategi kan være å øve på en indre samtale der man videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og forestillinger. For å sette fokus på tankene kan man for eksempel skrive dem ned når de kommer, man blir da oppmerksom på dem og kan få økt distanse til dem. På denne måten kan man vurdere tankene mer nøytralt. Da kan man teste ut tankene, finne alternativer eller ignorere dem (Berge og Repål 2013).

En annen kognitiv mestringsstrategi ved negative tanker kan være oppmerksomt nærværøvelser. Her flytter man fokus, er til stede her og nå, ved å legge merke til opplevelser på en bestemt måte, med hensikt uten å dømme. Videre akseptere det man sanser ved hjelp av syn, hørsel, kroppsformennelser, lukt og smak (Berge og Repål 2011).

En adferdsstrategi som kan være nyttig er eksponeringstrening. Her trenes det ved en gradvis tilnærming til den ønskede aktiviteten (Berge og Repål 2013). Fysisk aktivitet er også en mestringsstrategi. Gjennom å eksponere seg for angstens kroppslige symptomer gjennom fysisk aktivitet kan man bli kjent med sin kropp for å oppleve at disse symptomene er ufarlig (Martinsen 2004).

Det er en stor fare med mestringsstrategier om de blir trygghetsskapende strategier. Da vil de opprettholde angsten (Berge og Repål 2013). Ved panikkangst er det å stå i angsten, åpne seg for panikkformennelsene, uten å prøve å unngå eller flykte fra dem et eksponeringsarbeid man må stå i. Dette vil føre til at panikkangsten vil få mindre og mindre kraft (Berge og Repål 2011).

2.4 ACT

Det er utviklet flere former for kognitiv terapi. Eksempler på dette er dialektisk atferdsterapi, skjemat terapi, metakognitiv terapi, mindfulness basert kognitiv terapi og ACT. Berge og Repål (2011) sier at det er fruktbart å dra nytte av elementer fra disse tilnærmingene.

ACT bygger på en underliggende teori om menneskelig språk og kognisjon som kalles relasjonell rammeteori (Harris, R. 2013). Et nytt review om angstlidelser og ACT viser

moderat til god effekt (Landy, al, 2015). ACT hevder terapien er virkningsfull ovenfor et vidt spekter av problemer, fra depresjon til angst, stress på arbeidsplassen, rusavhengighet og schizofreni (Harris, R. 2013).

Målet med ACT er å skape et rikt, givende og meningsfylt liv samtidig som man effektivt håndterer den smerten og det stresset som livet gir, ACT har seks terapeutiske kjerneprosesser.

- Oppmerksomt nærvær; være til stedet her og nå, fullt bevisst på våre opplevelser istedenfor å være oppslukt av tankene.
- Defusjonering; å skille oss fra tankene å la de komme og gå istedenfor å bli hengende fast i dem.
- Akseptering; åpne opp for smertefulle følelser, og la de være slik de er istedenfor å kjempe imot dem.
- Selvet som kontekst; det tenkende og observerende selvet
- Verdier
- Forpliktende handlinger (Harris 2013: 81).

ACT fokuserer på å komme seg ut «av hodet og inn i livet». Dette kan ACT oppnå hovedsakelig på to måter. 1. Hjelp med å bygge opp ferdigheter slik at man kan håndtere smertefulle tanker og følelser mer effektivt, slik at de får mindre innvirkning og innflytelse over mennesket. Dette kalles oppmerksomt nærvær. 2. ACT hjelper til å få klarhet i hva som virkelig er viktig og meningsfullt for hver enkelt, altså menneskets verdier.

Kasusformulering i ACT har to sentrale spørsmål:

1. I hvilken verdistyrt retning ønsker pasienten å gå?
2. Hva er det som hindrer pasienten?

ACT har forskjellige skjema/teknikker man kan bruke for å finne ut hvilke verdier som er viktig for hver enkelt. Et skjema som kalles «Mitt i blinken» har fokus på viktige områder i livet: Arbeid/ utdanning, relasjoner, personlig utvikling/ helse og fritid (Harris, R. 2013:97).

2.4.1 Oppmerksomt nærvær

Oppmerksomt nærvær dreier seg om en oppmerksomhetsprosess og ikke en tankeprosess, ved å være bevisst på sine opplevelser her og nå, istedenfor å være hektet opp i tankene sine. Holdningen er åpenhet og interesse for det som skjer, istedenfor å flykte fra det eller kjempe mot det. Slik samler vi viktig informasjon om hvorvidt vi skal endre vår adferd eller la den være uendret. Det kan blant annet brukes når man er frakoblet sine relasjoner eller er ute av kontakt med «her og nå». Vi kan legge merke til hva hjernen vår sier akkurat nå. Fleksibel oppmerksomhet handler om evnen til bevisst å styre, utvide eller fokusere oppmerksomheten mot forskjellige aspekter av opplevelsen (Harris 2013).

Oppmerksomt nærvær handler om å minske ubehaget gjennom å la være å reagere, ikke gjennom å stenge sanseopplevelsene ute. Vi jobber med å bli mer oppmerksomme på vår tendens til å reagere, på den måten kan man bli mer i stand til å velge om man vil reagere eller ikke (Chadwick 2009).

Harris (2013) skriver at øvelser i oppmerksomt nærvær knyttet til angstlidelser er sentrert rundt akseptering av følelser. Denne øvelsen består av åtte ulike teknikker som er kjedet sammen: å observere, puste, utvide, tillate, objektivere, normalisere, vise selvmedfølelse, og utvide oppmerksomheten.

Kabat- Zinn (2011) sier at det dreier seg om å våkne opp og se ting slik de faktisk er. Vi går ut ifra at det vi tenker er sannheter, som oftest er det ikke det. Vi låser oss fast i vår egen forestilling om hvem vi er, hvor vi er og hvor vi skal, vi er fylt av tanker fantasier og impulser ofte om framtiden og fortiden og hva vi frykter og misliker. Å være bevisst denne uvitenhet, kalles oppmerksomt nærvær.

2.5 Sammenheng og forskjeller mellom kognitiv terapi og ACT.

ACT blir omtalt som 3. generasjons kognitiv terapi. Berge og Repål (2011) kaller ACT terapien for en supplerende form for kognitiv terapi. Noen kaller det 3. bølge av adferdsterapi.

Tankeprosessene er i sentrum både i ACT og Kognitiv terapi. ACT mener man må løsrive seg fra språket. «Jeg er ikke det jeg tenker» i ABC modellen setter man spørsmålstegn ved om tankene er sanne eller ikke. «Tanker er ikke fakta de er bare tanker». Både kognitiv

terapi, ACT med oppmerksomt nærvær er opptatt av å legge merke til tanker og følelser man har, før man for eksempel får angst. Hva prøver pasienten å skyve vekk eller slippe unna?

Oppmerksomt nærvær og kognitiv terapi har det samme problemfokuset, nemlig ubehaget og lidelsen. Man har det samme målet: å forstå og redusere ubehaget og å arbeide for økt følelsesmessig velvære. Disse metodene har felles mål og lik metakognitiv forståelse av selvets natur og av årsaken til ubehaget (Chadwick 2009:31). Erfaringer med kognitiv terapi viser at pasienter blir kvitt sine symptomer, men sliter fortsatt med en følelse av mangel på livsglede. Oppmerksomt nærvær med en årvåken rolig tilstedeværelse «her og nå» er en god kombinasjon (Haugsgjerdet 2012:124).

Kognitiv terapi er opptatt av at man skal ta stilling til betydningen av ulike måter å tenke på og få hjelp til å endre uhensiktsmessige tankemønstre som er forbundet med problemene (Repål 2011:13). Man må med sin forstand forstå at den negative tanken ikke er bra for mennesket for deretter å tenke over om det kan være andre nyttige tanker å forholde seg til. Harris (2013) sier at ACT er akseptbasert. ACT sier at de vanskelige tankene kommer uansett, vi kan ikke forandre tanker men fylle på med forpliktende handlinger som går i retning av personens verdier.

I kognitiv terapi er det fokus på ressurser og interesser men ikke som et overordnet mål slik ACT bruker det. I ACT skal kjerneverdiene styre, motivere og inspirere til adferdsforandringer i livet til pasienten.

Begge terapiformene har fokus på kognitive reaksjoner som bedømmelse og metakognitiv innsikt. I oppmerksomt nærvær er et fokus å desentrere: å anse tanker som flyktige objekter for oppmerksomheten, ikke som fakta eller sannheter. I kognitiv terapi er første skritt på veien å oppmuntre pasienten til å forstå at deres selvevalueringer er basert på oppfatninger, ikke fakta.

3.0 Narrativ

Line er en ung jente i 20-åra. Hun hadde noen måneder før vårt bekjentskap vært diagnostisert med en schizofrenidiagnose etter et opphold på sykehus. Etter utskrivelsen var hennes faste psykiater ikke enig i schizofrenidiagnosen. Line var tydelig glad og lettet over at hun ikke lenger hadde denne diagnosen. Hun startet ofte samtalene vi hadde med å fortelle meg om sine angstplager.

Senere drøftet jeg Lines situasjon med en psykolog. Han sa at å jobbe med angst sammen med Line, som hadde vært diagnostisert med en schizofrenidiagnose, er som å jobbe med en «udetonert bombe». Dette ble veldig vanskelig for meg. Jeg måtte ta stilling til om jeg skulle ta tak i Line sitt opplevde problem, angstproblemet, eller lytte til psykologen.

Line sier; *det er godt å ikke ha schizofreni diagnosen; jeg føler meg normal når jeg har vansker med angst.* Jeg valgte å prate med Line om det hun var opptatt av, og jeg lyttet til hvordan hun opplevde angsten.

Line flyttet i egen leilighet etter sykehusoppholdet. Livet hennes var veldig begrenset fordi hun ikke kom seg ut av leiligheten på grunn av angsten. Line var inaktiv og unngåelsene i Line sitt liv ga seg utslag i blant annet passivitet og tilbaketrukkethet. Hun kom ikke i gang med aktiviteter. I samarbeidet brukte vi tre av ACT sine kjerneprosesser, verdier, forpliktende handlinger og oppmerksomt nærværøvelser. Vi brukte blant annet et arbeidsark som står i boken til Harris (2013) som heter «Midt i blinken».

Line sa at hun ikke fortalte til familien sin at hun hadde det vanskelig. Vennene hennes hadde hun ikke sett på lang tid. Line uttrykte at hun hadde dårlig livskvalitet på grunn av angsten og ensomheten som dette førte til. Hun var spesielt redd for å få panikkanfall og dø. Line sa at å sette opp mål for vårt samarbeid var nyttig og vi laget en ukeplan som resultat av dette. Hun møtte alltid opp til avtalene og jeg tolker dette som at samarbeidet var meningsfylt for henne. Line hadde tidligere brukt løping for å roe ned kroppen. Vi startet blant annet med å løpe i skogen sammen.

Vi jobbet med psykoedukasjon rundt angst med blant annet angstsirkelen og forklaringen rundt panikkanfall. Vi satt opp et angsthierarki som skulle føre til utforming av et treningsopplegg rettet mot panikkangsten. Jeg ba Line om å fortelle hva hun hadde angst

for og deretter skalere disse områdene fra 0-10 hvor 10 stod for veldig sterk angst. Hun svarte: Fly 10, heis 8, trange rom 7, ferge 6, åpne plasser 5. Hun ville jobbe videre med å ta ferge, fordi dette var en hindring i samhandling med venner. Vi jobbet med kartleggingen av Lines tanker og følelser rundt hendelsen «ta ferge» gjennom ABC modellen. Så langt kom vi i samarbeidet.

4.0 Diskusjon

Jeg vil først drøfte det dilemmaet jeg stod i: Er schizofrenidiagnose et hinder for å jobbe med angst?

Deretter vil jeg skrive om mine valg og refleksjoner rundt bruken av kognitiv terapi, ACT og oppmerksomt nærvær i møte med Line sin angst.

4.1 Dilemma

Det reiste seg mange spørsmål rundt hvordan jeg skulle forholde meg til samhandlingen med Line. Det at psykologen sa til meg at Line var for syk til å jobbe med angst gjorde meg urolig. Ville hun bli veldig syk og kanskje psykotisk av det? I metaanalysene jeg har skrevet om i innledningen fant jeg at kognitiv terapi reduserte angst og depresjon og økte livskvalitet for mennesker med akutt psykose. Dette gjorde at jeg fikk et mer nyansert syn på om jeg kunne snakke med Line om angst.

Men hvorfor mente psykologen at hun var for syk? I teoridelen 2.1.1 skrev jeg at synet på psykoterapi ved schizofreni har variert mye de siste årtier, fra god nytte av psykoterapi til at den hørte hjemme i «historiens søppelkurv». Kanskje psykologen ut fra dette mente at psykoterapi var uforsvarlig? Bruland (1999) skriver at de før år 2000 var redd for at pasientene skulle få for stor makt og at nysgjerrighet rundt pasienten ikke var noen fordel. Berge og Repål (2011) sier noe annet. De sier at kognitiv terapi har fokus på samtale rundt pasientens tanker og følelser for på den måten å hjelpe pasienten. Line takket meg ofte for at jeg lyttet til hennes angstproblemer.

Dahl (1994) skriver i sin lærebok at terapeuten ikke skal provosere fram «lokket» pasienten har lagt over sine problemer fordi dette kan fremprovosere residiv. Det var kanskje det psykologen var redd for. Men Berge og Repål (2011) sier terapeuten skal konsentrere seg om de faktiske symptomene og plagene som pasienten ønsker hjelp med, deriblant angst. Line hadde ofte behov for å «lette på lokket».

Jeg undret meg på om psykologen var redd for at Line skulle få angstanfall? Hadde hun for lav selvfølelse, og hadde hun utilstrekkelig evne til å mestre angsteksposering? Dette kunne vi finne ut av etter hvert. Å trene på å stå i et angstanfall uten å unngå det hun har angst for, eller søke tryggingsadferd, er viktig lærdom i arbeidet med å mestre angst. Berge

og Repål (2011) sier at angstanfall ikke er farlig om man ikke er gravid eller har en fysisk sykdom som hjertelidelse, astma eller magesår.

Morrisen (2011) sier at det finnes knapt skarpe skillelinjer mellom fornuft og psykiske lidelser. Skal vi da være så redd for å snakke om det mennesket er redd for? Berge og Repål (2011) sier de fleste med schizofrenidiagnose kan forvente fullstendig eller delvis bedring etter en psykotisk episode og vi må formidle håp i samarbeid med pasientene. Slik jeg forstår det trenger man da ikke være redd for å snakke om angst. Line sier; *Jeg er så glad jeg har angst og ikke schizofrenidiagnose.*

Berge og Repål (2011) sier også at stress kan utvikle vrangforestillinger, likeså personens kulturelle bakgrunn og generelle trosretning. Line sier; *Da jeg var liten kranglet mor og far en gang. Kan du forklare mer om dette? De var sinte på hverandre. Hvilke støtte har du for å si at de var sinte? De brukte høye stemmer. Kan du hjelpe meg til å forstå reaksjonene dine bedre her og nå? Jeg var ekstremt redd og utrygg i barndommen.*

Skulle vi stoppe Line når hun ønsket å snakke om angsten? Kåver (2012) sier at empatisk lytting er viktigst. Ved empatisk lytting ville vi forhåpentligvis merke om samarbeidet var bra eller dårlig for Line. Line sier etter at vi har gått på en tur sammen. *Jeg føler jeg kan si det jeg tenker uten at du dømmer med. Tenker du at noen dømmer deg? Ja, jeg synes det er vanskelig å fortelle om mine tanker men jeg tørr det sammen med deg.* Det er bare Line som kan bestemme om hjelperen er empatisk.

Berge og Repål (2011) sier at pasienter med schizofrenidiagnose kan ofte ha problemer med passivitet, tilbaketrekning, initiativløshet og mangel på utholdenhet. Dette var problemer Line slet med. Hun var mye for seg selv i leiligheten sin. Hun sier; *Alt er tungt og håpløst, og jeg mangler livsgnist.* Dette kan også være symptomer på angst. Line forstår sine negative og positive symptomene på sin tidligere schizofrenidiagnose som en del av angsten. Hun sier at hennes panikkanfall kan oppleves som: *jeg er redd for å gå i oppløsning, og får dødsangst.* Dette kan være symptomer på både psykose og angst.

Jeg var først i tvil om Line var for syk til å snakke om angst og om hun kunne gå inn i psykose om hun ble utsatt for angsteksponering. Cullberg (2001) sier at ved en psykose mister pasienten evne til å skille mellom den indre og den ytre verden og i samarbeidet

med Line bør hjelperen derfor være særlig oppmerksom på om Line fikk persepsjonsforstyrrelse eller vansker med å oppfatte signaler fra omgivelsene og egen kropp. Likeså om Line blir mistroisk mot hjelper og mister innsikt i at hun har en vanske. Det som blir viktig for hjelperen er å være lydhør for Line sine opplevelser og følelser med eventuelle ubehag. Line sier; *jeg er så redd for å få en psykose igjen*. Var det Line sine «sår» og en større følsomhet etter den emosjonelle forvirringen i psykose, som opplevdes som angst?

Helsedirektoratet (2014) sier vi som hjelpere ikke må være forutinntatte, ha fordommer eller fastlåst syn slik at pasienten ikke får den hjelp han har bruk for. Line har de beste forutsetningene for å definere hennes problemer ut i fra sin situasjon, og hun er eksperten på sitt liv. Jeg ønsket å være empatisk lyttende ovenfor Line. Hun sier: *Jeg er så glad jeg ikke har schizofrenidiagnosen lenger. Det er angst jeg har. Jeg har ingen hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Når jeg har en angstdiagnose føler jeg meg normal. Det er det jo mange som har*. Chadwick (2009) sier at om pasienten ikke føler ubehag ved et symptom, eller er forstyrret av det er det ikke et problem.

Cullberg (2001) sier ved psykoseutbrudd at tilfriskning og framtidssikter avhenger av de interaksjoner individet har med sine omgivelser. Line hadde få venner, hun var sammen med familien sin som ikke var klar over hvordan Line hadde det, og hadde et samarbeid med meg og andre hjelpere. Line fortalte at hun var glad i å løpe, og ved å gjøre dette sammen med henne bygget jeg allianse med Line. Det blir viktig å jobbe videre med å fremme hennes interesser. Hva kan gi mening i hennes liv, er det meningsfulle aktiviteter som kan gi mestringsopplevelser? Og hva er hindringene hennes fra å være sammen med vennene sine og å gjøre aktiviteter hun synes er meningsfulle?

Ut fra Berge og Repål (2011) som sier at terapeuten skal konsentrere seg om de faktiske symptomene og plagene som pasienten ønsker hjelp med valgte jeg å jobbe med angsten sammen med Line.

4.2 Relasjon

Berge og Repål (2011) sier vi må formidle håp om at man kan bli frisk. Det ønsket jeg å gjøre ved empatisk lytting til Line sine opplevelser og følelser og videre jobbe med det hun var opptatt av og legge til rette slik at hun kunne få mestringsopplevelser. Line sa at hennes

angstsymptomer ble normalisert gjennom blant annet å snakke om angsten gjennom psykoedukasjon rundt kroppens naturlige reaksjoner ved fare. *Er det angst jeg kjenner når hjertet galopperer og det går varmebølger gjennom hele meg, om jeg for eksempel møter noen på veien?*

Allianse er ifølge Kåver (2012) enighet om mål og enighet om hvilke strategier og teknikker vi skal bruke for å nå målene. Jeg hadde hørt om et selvhjelpskurs om angst og jeg lurte på om Line hadde lyst å være med på dette. Det ønsket hun. Hun sier i pausen at *det er så godt å se at så mange har angst*. Siste time er hun spesielt konsentrert og hun stiller spørsmål som tyder på at hun har fått med seg undervisningen.

I samtaler forsøkte jeg å ta tak i nøkkelordene i det Line fortalte meg og undret meg rundt dem. Jeg ønsket å høre på Line og «være der hun var» og på den måten forhåpentligvis gi henne bedre livskvalitet. Kåver (2012) sier at mennesket har behov for å bli sett og akseptert, og at på det sosiale samspillet med andre hviler både vårt velvære og vår lidelse. Line sier en dag under samtale: *Jeg blir deprimert av folk sin måte å være på. Jeg skulle ønske at når venner spurte meg om vi skulle finne på noe, at de da hadde mer engasjement. At folk hadde mer innlevelse og var mer inkluderende. De svarer meg med en avflatet stemme*. Her kunne jeg spurt Line om å fortelle meg mer om nøkkelordene: At hun blir deprimert, folk sin måte å være på, mer engasjement, mer innlevelse, mer inkluderende, og svarer meg med en avflatet stemme. Og videre hva disse utsagnene gjør med henne, og hvilke følelser de gir. Jeg kunne med fordel ha spurt Line hvilke følelser som kommer etter hennes utsagn før jeg spurte henne videre om tankene rundt utsagnene. Det er ubehaget rundt opplevelsen som sannsynligvis gjør at Line forteller meg dette.

Line var engasjert når hun snakket om sine vansker. Når vi hadde fokus på andre ting var hun mindre fokusert og interessert. Dette kunne jeg ha speilet til Line. Vatne (2006) sier at om hjelperen viser en umiddelbar forståelse av pasientens uttrykk, kan dette bidra til at pasienten kan tilegne seg sin opplevelse som sin. Line kunne på den måten blitt mer klar over sine følelser og opplevelser. Vatne (2006) sier videre at empati krever at en setter ord på følelser uten å invadere pasienten med sine ting. Her kunne jeg vært tydeligere i samarbeidet med Line; *Nå er min opplevelse at du er mindre engasjert enn det du var tidligere i samtalen. Hva tenker du når jeg sier dette?*

Jeg skriver i narrative at jeg tolker det at hun kommer til avtalene våre som at samarbeidet var meningsfylt for Line. Kan det være andre ting enn den terapeutiske virkningen av samarbeidet som gjorde dette? Min forutsigbarhet var stor. Jeg avtalte alltid etter et møte når vi skulle møtes igjen. Vi laget ukeplaner for vårt samarbeid og jeg holdt alltid avtaler. Hadde Line en bedre periode akkurat da vårt samarbeid fant sted? Var det harmoni hjemme hos Line på det tidspunktet eller var det andre hendelser som påvirket dette?

Hjelperen må være oppmerksom på om relasjonen er basert på en ensidig relasjon. Vatne (2006) sier at pasienten må ønske den hjelpen som blir tilbudt. Hun sier også at vi ikke må ta oppdragerrollen. Line var passiv slik at her må jeg i videre samarbeid med Line passe på at jeg ikke overfører mine meninger og holdninger for hva jeg mener er mest hensiktsmessig for Line. Sokratiske spørreteknikk kan være et viktig hjelpemiddel, likeså at jeg hele tiden lytter til det Line formidler gjennom hennes ord og kroppsspråk. Når Line blir mindre fokusert i samtalen blir det spesielt viktig å være undrende til dette.

4.3 Kan kognitiv terapi være en hjelp for Line som er plaget med angst?

Berge og Repål (2011) sier at kognitiv terapi har fokus på hvordan problemene fremtrer «her og nå» og det er pasientens opplevelse og forståelsen av ubehaget i situasjonen og hans behov som skal stå i sentrum. Line sier: *Jeg sliter med angst, og blir veldig urolig av det.* Når Line kommer med utsagn rundt hennes ubehag er det viktig at jeg spør spørsmål rundt Lines opplevelse der og da; Kan du fortelle mer om det?

Sokratiske dialog er ifølge Kåver (2012) spørsmål som åpner opp for refleksjon. Line kan være vanskelig å forstå og da blir undring veldig viktig. Jo mindre vi forstår jo mer må vi spørre. Eksempler på spørsmål kan være: Hvordan har du det? Hva hindrer deg i å leve livet ditt? Hva er viktig for deg?

Her kan det komme fram hvilke negative tanker Line har, og dette kan være en inngangsport til videre samtaler. Berge og Repål (2011) sier at negative tanker kan være vanskelig å få tak i fordi de er ubehagelig å gjenkalle og innebærer ofte katastrofetanker. Line fikk blant annet angst av sine negative tanker. Line sier: *Jeg får ikke til noe. Jeg er ikke en frisk person. Jeg får angst sammen med andre mennesker.*

ABC modellen kan hjelpe oss til å systematisk jobbe med negative tankemønstre sier Berge og Repål (2011).

Ut fra ABC modellen kartla vi negative tankemønstre som førte til at Line fikk angst på ferga. Her er kartleggingen som jeg skriver om i narrative.

A. Ta ferge

B. Hvilke tanker og fortolkninger er det som gikk gjennom hodet ditt når du var på ferga? *Jeg tenker at jeg ble borte.*

C. Kan du prøve å beskrive hvilke følelser du da hadde? *Jeg ble urolig.* Kjente du noe i kroppen? *Jeg ble svimmel.* Hva gjorde du? *Jeg knytte meg sammen.*

ABC modellen i kognitiv terapi har et tydelig fokus på ubehaget som det primære for terapien, og dette kunne jeg ha snakket videre med Line om; Hva føler du når du sier ordene «bli borte»? Er det andre følelser som dukker opp når du tenker på fergeturen nå? Line kunne for eksempel ha svart, redsel. Hvordan kjennes det? Og hvordan kjennes det i kroppen akkurat nå? Følelser vil alltid gi et kroppslig uttrykk men kan være vanskelige å legge merke til. Fokus på kroppsfornemmelser kan være en metode for å gjøre angsten mindre skremmende på. Hvor i kroppen kjenner du redselen?

Jeg kunne brukt ABC modellen mer aktivt for at Line kunne bevisstgjort seg sine negative tanker som førte til hennes følelser. En kognitiv mestringsstrategi kan være å øve på en indre samtale der man videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og forestillinger. Hva legger du i ordene «bli borte»? Kan du si noe mer om det? Jeg kunne videre spurt Line om det var andre tanker som kom når hun tenkte på fergeturen. Om det for eksempel var; *nei dette klarer jeg ikke*, kunne jeg undret meg og spurt Line for å finne nyanser når Line har mindre eller mer angst. Dette kunne hjulpet Line til å se at angsten ikke er like sterk bestandig. Er det noen dager angsten er mindre hindrende for deg? Er det i noen situasjoner angsten er mer plagsom? Har du alltid hatt angst på ferger?

Jeg kunne videre spurt spørsmål for å komme frem om det var spesielle vansker ved fergeturen; Om du skulle ha tatt en ferge nå uten å fått angst, er det mulig å legge til rette for det og hva var det som skulle eventuelt vært annerledes. Om hun ikke hadde noe svar kunne jeg videre spurte om hun trodde at det kunne være lettere om fergeturen var kortere. Hun fortalte at sist gang var fergeturen veldig utrygg, da hun ikke hadde noen å prate med.

Jeg kunne spurt om første turen skulle være sammen med noen eller om hun ville prøve dette alene.

Jeg kunne spurt Line om hun ved neste panikkanfall kunne prøve å få tak i opplevelsene hun hadde, be henne legge merke til hvilke tanker, følelser og kroppslige symptomer som kommer. Om hun håper på at et anfall skal komme er det noen ganger at det ikke kommer. Hva ville dette gjøre med tankene til Line? Dette er et godt utgangspunkt for videre jobbing med ABC modellen og utforsking av angsten.

Berge og Repål (2011) sier at tankene ofte er en overvurdering av muligheter for en fryktet hendelse, eller undervurdering av egne mestringsopplevelser. Kognitiv terapi er rettet mot å undersøke alternative tanker til disse indre samtalene; Er det andre måter å se dette på? Berge og Repål (2011) sier det er vanskelig å registrere og gripe tak i tankene våre og at vi ofte går tilbake til tidligere tenkemåter. Vi må derfor lage et grunnlag for endret tankemønster som fungerer når det gjelder, og innøve nye tankemåter. *Jeg er redd for å få angstanfall og er redd for å forsvinne.* Har du tidligere blitt borte? Er det følelsen av å bli borte eller tror du at du blir borte? Går det an å bli borte?

Jeg kunne også ha laget motspørsmål til Line for å innøve nye tankemønstre. Hun fortalte ikke at hun hadde angst til venninnene. Jeg kunne ha spurt Line; *Om en venninne kom til deg og fortalte at hun hadde angst hva ville du sagt til henne?*

Men forstår Line dette? Det kan være en fare at Line får en forståelse av at hennes negative tanker er feil. Berge og Repål (2011) sier at sokratisk spørreteknikk ikke innebærer at vi som hjelpere skal overbevise pasienten om at hun har tenkt feil. De sier også at en påpeking av negativ tankemønster vil neppe føre til endring. Dette er en vanskelig balansegang og et kritisk ledd i kognitiv terapi slik jeg ser det. Det å hjelpe mennesker med panikkangst kan være krevende. Når pasienten er under press faller man ofte i gammel vane og det er vanskelig og ta i bruk nye tankemønstre. Min erfaring er at det også kan være vanskelig å få tak i tankene som utløser et angstanfall.

Ved panikkanfall kan det å stå i angsten til den går over, være viktig å øve på, men det stiller store krav til pasienten sier Berge og Repål (2011). Å øve på å stå i panikkangsten fikk vi ikke tid til. I arbeid med å mestre panikkangst sier Berge og Repål (2011) at det er

viktig å åpne seg for panikkfølelsene, uten å flykte eller bruke unngåelsesadferd. Slik jeg oppfattet det hadde Line forstått det vesentlige med panikkanfall i teorien gjennom psykoedukasjon; *Er det slik at om jeg står i angsten til den når toppen så vil den gå ned igjen av seg selv?* Mestringsstrategien eksponeringstrening med ferge, var noe hun hadde lyst å prøve på. Eller kanskje det var andre aktiviteter som ikke var så angstprovoserende Line hadde lyst å startet med?

Kognitiv terapi har dokumentert god effekt, men dette kan gi pasienten en falsk trygghet for at terapien virker. Det er Line selv som må kjenne fremgang ved behandlingen og gi tilbakemelding til hjelperen. Er kognitiv terapi med fokus på forandring av tanker for krevende terapiform for Line? Er det bedre å ha fokus på akseptering av tanker og følelser og videre mer fokus på verdier og forpliktende handlinger slik ACT har sitt hovedfokus? Er det endring av tankemønster som er det som fører til bedring i kognitiv terapi eller er det utforskningen av følelser, støtte og empati som gir bedring? Harris (2013) sier at det er en myte at tankene våre skaper følelser. Følelsene er under innflytelse av flere faktorer og tankene er bare en av disse.

4.4 Kan ACT være en hjelp for Line som er plaget med angst?

Harris (2013) sier at ACT er virkningsfull ved blant annet angst. Terapien er bygd på øvelser basert på psykologiske ferdigheter slik at man kan håndtere vanskelige tanker og følelser. Han sier at målet med ACT er å skape et rikt, givende og meningsfylt liv samtidig som man håndterer smerten. ACT fokuserer på å komme seg «ut av hodet og inn i livet». I samarbeidet med Line hadde vi spesielt fokus på fire av ACT sine terapeutiske kjerneprosesser, verdier, forpliktende handlinger, defusjonering, kontakt med nået og aksept.

Verdier og forpliktende handlinger.

Harris (2013) sier at ACT hjelper til å få klarhet i hva som virkelig er viktig og meningsfullt for hver enkelt, altså menneskets verdier. For å få tak i Line sine verdier i livet brukte jeg et redskap «Midt i blinken» for å klargjøre Line sine verdier. Jeg spurte Line spørsmål rundt arbeid/ utdanning, relasjoner, personlig utvikling/ helse og fritid. Line ønsket ikke å ha fokus på arbeid eller utdanning, men hun var opptatt av relasjoner og helse. Området fritid fikk vi ikke tid til å ha fokus på.

Relasjoner: Line opplevde at samspillet med venner var problematisk for henne. Noe av det som hindret Line i å være sammen med venner, var at hun var plaget av angst. En «forpliktende handling» for Line blir derfor eksponeringstrening. Når atferdsendring gjennomføres i retning av Line sine verdier, forandres tanker og følelser slik også ABC modellen viser i den kognitive modellen. Hun bygger opp ferdigheter slik at hun kan håndtere angsten og slik at de får mindre innvirkning og innflytelse på hennes liv.

Personligutvikling /helse: Line ønsket å bli i bedre form. Vi startet derfor å løpe sammen i og med at hun tidligere hadde brukt løping som en aktivitet hun hadde trivdes med. Hun var glad i å være ute og bruke kroppen. Dette kan også være en mestringsstrategi. Angsten til Line kan få mindre fokus ved fysisk aktivitet på grunn av avledning fra bekymringstanker og fokus /oppmerksomhetsskifte ved opplevelse av naturen. Eksponering av kroppslige symptomer som er lik angstens symptomer kan også ufarliggjør disse sier Martinsen (2004).

Fritid: Line var inaktiv og hadde få mestringsopplevelser, jeg kunne spurt henne: Hva synes du var artig å holde på med tidligere? Hva er det som hindrer deg i dette? Hva kan du starte med? Jeg tenker at små mestringsopplevelser i retning av det Line synes er viktig i livet, er bra for å få et meningsfylt liv og mindre fokus på angst.

Line ønsket ikke fokus på arbeid og utdanning men ved nærmere prat rundt dette sa hun en dag; *Jeg ønsker å ha noe fast å gå til.* Var det angsten som var hindringen? Dette kunne vi jobbet videre med.

Defusjonering.

Line var fusjonert med sine angsttanker og disse fikk styre hennes adferd.

Defusjonering er ifølge Harris (2013) å skille oss fra tankene å la de komme og gå istedenfor å bli hengende fast i dem. Her kunne jeg hatt en defusjoneringsøvelse sammen med Line slik Harris (2013) har mange eksempler på i sin bok. Øvelsen kunne vært slik: *Kan du skrive ned på et ark en tanke du ofte får?* La oss si at Line svarte «Jeg har angst» *Om du holder dette arket foran øynene dine og du skal være sammen med vennene dine, kan du da ha kontakt med vennene dine? Klarer du å konsentrere deg om det de sier? Ser du ansiktsuttrykkene deres? Om du så legger arket i fanget ditt, vil du da kunne engasjere deg i vennene på en annen måte?* Defusjonering er ikke å bli kvitt uønskede tanker og

følelser, men å leve med de. La de «ligge i fanget». Målet er å gjøre et oppmerksomt nærværende verdistyrt liv mulig.

Om Line bevisstgjør seg hva angsten gjør i hennes samhandlingen med venner kan hun systematisk trene på å velge om hennes tanker skal styre livet hennes, altså at angsten skal være det hun ser gjennom. En fare i arbeid med defusjonering er at Line kan begynne å bruke teknikkene for å oppnå kontroll over følelsene sine. En annen fare er at ikke Line forstår metaforen. Jeg må gjøre øvelsen veldig tydelig og spørre henne etterpå om det gav mening for henne.

4.4.1 Kan oppmerksomt nærvær være en hjelp for Line som er plaget med angst?

Kontakt med nået og aksept.

Harris (2013) sier at det å bringe pasienten til stedet «her og nå» tenkes å ha en helende virkning. Han sier at oppmerksomt nærvær vil si å være oppmerksom på sine opplevelser, ha kontakt med nået, istedenfor å være hektet opp i tankene sine. Leve bevisst og årvåkent, for å styrke vårt engasjement fullt ut i det vi gjør. En kognitiv mestringsstrategi hvor det er fokusskifte og innsnevring av oppmerksomheten til «her og nå». Slik samler vi viktig informasjon om hvorvidt vi skal endre vår adferd eller la den være uendret.

En dag vi var ute på joggetur sier Line at hun føler seg så fjern. Under oppvarmingen gikk Line med hendene hevet over albue. Jeg spurte om hun ville være med på en oppmerksomhetsøvelse, mens vi gikk, med fokus på kroppsskanning. Vi gikk gjennom hele kroppen og la merke til hvordan det var for eksempel under beina. Hvordan kjennes det under beina dine? Kan du kjenne at kroppen hviler på føttene? Kan du legge merke til om det er hælene du først føler tyngden på, eller setter du tyngden foran eller midt på? Bare legg merke til hvordan det er, ingen ting er rett eller galt. Slik gikk vi gjennom resten av kroppen. Line fikk en annen måte å gå på etter øvelsen og armene var løse og fulgte hennes gårytme.

Denne oppmerksomhetsøvelsen kunne jeg foreslått at hun kunne bruket når hun var sammen med vennene sine. Oppfordret Line til å ha oppmerksomheten på det som er i livet til Line akkurat nå. Kan du neste gang du er sammen med vennene dine være oppmerksomt lyttende til hva vennene dine er opptatt av, og la angsttankene «ligge i

fanget»? Kan du legge merke til om du kjenner tyngden av kroppen? Kan du legge merke til om du spenner musklene dine? Kan du legge merke til.....hva som helst som er tilstede.

Harris (2013) skriver at øvelser i oppmerksomt nærvær knyttet til angstlidelser er sentrert rundt akseptering av følelser. Målet er å droppe kampen mot angsten men samtidig vise medfølelse for angstens mange vansker, og anerkjenne at det er normalt og naturlig å ha smertefulle følelser. Her kan øvelsen være å observere angsten som en interessert forsker ved å se det fra et utenfraperspektiv være nyttig: Hvor sitter angstfølelsen i kroppen? Kan du beskrive følelsen på dette stedet? Er det et stort område? Videre puste inn i følelsen og videre utvide følelsen ved å gi den god plass, og skape rom for følelsen.

Harris (2013:172) beskriver i sin bok en øvelse som kan vær nyttig i akseptering av følelser sammen med Line, nemlig «Kampbryteren»; Tenk deg at du har en kampbryter langt bak i hjernen. Når den er slått på, betyr det at du kjemper imot angsten. *Hvordan skal jeg bli kvitt angsten? Ikke nå igjen osv.* Men man kan slå av kampbryteren, og ikke kjempe uansett hvilke følelser som dukker opp. Da vil angstnivået være friere til å stige og falle. Men om Line opplever fravær av angst ved øvelsene og uttrykker glede ved dette og jeg gleder meg sammen med henne vil vi forsterke at det er viktig å bli kvitt angsten. Målet er å droppe kampen.

Øvelsene i ACT er sentrale og hjelperen er meget aktiv. Her er terapien avhengig av hjelperens muligheter og engasjement i å levendegjøre disse. Om jeg blir for ivrig og er fusjonert med mine ideer om hva som er nyttig for Line kan det virke forstyrrende. Jeg må ikke gjøre øvelser før Line er klar for det. Om jeg under øvelsene bruker mekaniske ord og ikke mine ord kan øvelsene bli unaturlige og virke mot sin hensikt. Jeg må være lydhør for å tilpasse meg Lines behov og ha fokus på relasjonen, videre be om unnskyldning om jeg skulle bli for ivrig.

«Aksept innover-fokus utover» er hovedmålet i ACT. Om Line ikke har forankret sine øvelser med akseptering av angsten i sine verder vil hun kanskje miste motivasjon og kanskje gjøre motstand. Jeg må jevnlig spørre Line om hun handler i tråd med sine verdier. Er din verdi om å være sammen med venner, drivkraften bak arbeidet du gjør med akseptering av angsten?

ACT har et stort fokus på aksept. Dette kan være krevende for pasienter som er veldig syke. Symptomene på det aller vanskeligste blir hentet fram og fokusert på. Pasienten må ønske endring og være aktiv. Hjelperen må også selv kjenne på angsten og dette må han tåle. Ved ACT terapi er det derfor viktig å tilpasse seg best mulig ut fra pasientens ståsted og eksponeringen må tilpasses hver enkelt.

Slik jeg ser det er ACT mye likt kognitiv terapi og personsentrert terapi. Er det egentlig etablerte terapiformer som har fått en finpuss og i et nytt format? ACT har mange terapeutiske prosesser og metaforer som kan være til hjelp for å jobbe mer i dybden med problemene knyttet opp mot et meningsfullt liv. ACT er hjelp til selvhjelp som kognitiv terapi. ACT er løsningsorientert hvor man lærer teknikker man kan bruke selv.

ACT legger stor vekt på relasjonens betydning for endring. Om man skal gå i ACT terapi er det ofte mange møter og mye kontakt med helper. Denne kontakten kan gi effekt i seg selv. Men ved langvarig behandling blir dette kostnadmessig dyrt. Er det noen som er ute etter å tjene penger? Metoden krever også sterk motivasjon og egeninnsats fra Line, særlig ved å gjøre forpliktende handlinger. Hvor motivert er Line for endring?

Det kan tenkes at årsaken til Lines angstproblemer ligger i opplevelse av traumer. Da kan det være vanskelig å dreie samtalen til «her og nå» dersom hun har behov for å fortelle sin historie. Ved at Line får fortelle historien sin kan dette være en vesentlig del av Line sin bedringsprosess.

ACT er en forholdsvis ny metode og det krever mer forskning på feltet. Det trengs flere og større randomiserte kontrollerte studier som stadfester effekten av ACT ved behandling av angst.

5.0 Konklusjon

Med grunnlag i nyere forskning valgte jeg å arbeide med angst sammen med Line, selv om hun hadde vært diagnostisert med en schizofrenidiagnose. Når man tar et slikt valg må man være oppmerksom på om hun eventuelt skulle gå inn i en psykose. For å unngå at det skal skje kan man velge en tilnærming med empatisk lytting hvor man raskt vil oppdage symptomer på om samarbeidet ikke er godt for Line. Om hun for eksempel blir mistroisk og viser tegn til vrangforestillinger må vi være på vakt. Om Line ikke føler ubehag ved et symptom er det ikke et problem. Det er Line som er ekspert på seg selv. Når man tar Line på alvor og snakker om hennes opplevde problem vil det skje ting som gjør at Line får det bedre. Line må bli en resurs i eget liv, da kan hun lykkes.

Kognitiv terapi med begreper som relasjonsbygging, sokratiske dialog, og eksponeringsterapi kan være til god hjelp for Line. Likeså elementer av ACT, ved bruk av verktøy rundt verdier og oppmerksomt nærvær. Jeg tror at oppmerksomt nærværøvelser med akseptering av følelser ville vært til stor hjelp for Line i videre samarbeid. På den måten kunne hun slutte å kjempe imot angsten men latt følelsene komme å gå, slik følelser naturlig gjør.

Kognitiv terapi har fokus på de indre samtalene. Min erfaring med mennesker som er plaget med angst er at det er vanskelig for pasientene å finne tak i de negative tankene sine. Særlig gjelder dette ved panikkanfall. I vårt samarbeid var det mest fokus på hennes forpliktende handlinger mot sine verdier slik ACT har hovedfokuset. Kanskje de negative indre tankene ble borte av seg selv etter hvert, om man handler på tross av hindringene? Her kan man bruke de opparbeidede oppmerksomhetsøvelsene som verktøy for selve atferdsendringen. Line vil gjennom oppmerksomt nærvær få mer kontakt med seg selv og sin kropp. Hun er tilstede «her og nå» og kan få glede ut av flere nyanser av livet. På den måten kan tankene også ta en pause. Men man må være motivert for forpliktende handlinger og dette kan være vanskelig for Line.

Jeg har også sett at forskjellen på kognitiv terapi og ACT ikke er stor. Den største forskjellen slik jeg ser det er at ACT har mer fokus på akseptering av tanker og følelser uten å forholde seg til dem, mens kognitiv terapi ønsker mer å forandre tankene.

Line fortalte ikke til familien sin at hun hadde det vanskelig. Systemterapi med fokus på sirkulær forståelse og samspillet i familien, kan her være nyttig i videre samarbeid med Line (Haugsgjerdet m.fl. 2012).

Hvorfor diagnostiserer vi mennesker? Schizofrenidiagnosen er stigmatiserende og vil henge ved og er vanskelig for hjelpere å legge fra seg. Vi som hjelpere må utrede og forstå den unike kombinasjonen av problemer hver enkelt pasient opplever. Symptomene er ekstremvarianter av karaktertrekk de fleste av oss har. Morrison mfl.(2011) sier det er ikke innholdet i stemmene og vrangforestillingene som skiller pasienter fra befolkningen ellers men hvor sterkt man tror på at dette, og tiden pasienten ikke klarte å la være å tenke på det. Det er måten disse tankene blir tolket på og ikke tankene i seg selv som utgjør forskjellen mellom psykotiske pasienter og befolkningen ellers. Hvilken nytte har diagnoser? I hvor stor grad hjelper de pasienten til å forstå sitt liv bedre? Er diagnoser en inngangsport til rett behandling, eller kan de være en sperre som blokkerer for et fritt samarbeid mellom hjelper og pasient? Dette skulle det vært forsket mere på.

Litteraturliste:

- Berge og Repål (2011). *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge og Repål (2013). *Lykketyvene*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Berge og Repål (2015). *Trange rom og åpne plasser om angst og fobier*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Bruland, P.J. (1999). *Psykosener og psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Chadwick, Paul (2009). *Personbasert kognitiv terapi ved psykosener*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Crane, Rebecca (2014). *Mindfulnessbasert kognitiv terapi. En innføring*. Oslo: Gyldendal norske Forlag AS.
- Cullberg, Johan (2001). *Psykosener*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, A, Leo Eitinger, Ulrik FR. Malt, Nils Retterstøl (1994). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dramsdahl, M og Helge Jordal (2015). *Kognitiv miljøterapi*. Bergen: Bokforlaget
- Harris, R (2013:72). *ACT enkelt og greit*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Haugsgjerdet, S, Jensen, P, Karlson, B, Løkke, J. (2012). *Perspektiver på psykisk helse*. Oslo: Gyldendals Norske Forlag AS. 3. utgave 3. opplag.
- Kabat-Zinn, Jon (2011). *Akkurat nå. Bevisst tilstedeværelse i hverdagen*. Finland Bookwell AB: Arneberg forlag
- Kåver, Anna (2012). *Allianse, den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal akademisk

Martinsen, Egil (2004). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagforlaget.

Morrison, Anthony P. med flere (2011). *Hvis du tror du er gal, tro om igjen!* Oslo: Universitetsforlaget.

Vatne, Solfrid (2006). *Korrigere og anerkjenne, Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nettbasert teori

Friis, S og T K Larsen (2002). *Har individuell psykoterapi noen plass i behandlingen av schizofreni?* Tidsskrift for den norske legeforening Nr. 22 – 20.

<http://tidsskriftet.no/article/596940>

Helsedirektoratet (2014). *Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Sammen om mestring* – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Lauren N Landy, Rebecca L Schneider and Joanna J Arch (2015). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review.*

Current Opinion in Psychology <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.004> 2352-250X/# 2015 Elsevier Ltd.

Available online at www.sciencedirect.com

Melgård, T, Ramm, C (2016). *Veileder: Hva er det som hjelper.* RVTS, øst.

<http://docplayer.no/28456-Hva-er-det-som-hjelper-miljoterapeutiske-verktoy-i-mote-med-traumatiserte-pasienter.html>

Munro SL · Baker JA, Playle J. (2005) Kognitiv atferdsterapi i akutt psykiatrisk behandling: en kritisk vurdering . *Opprinnelig tittel:* [Cognitive behaviour therapy within acute mental health care: a critical appraisal]. Utgivere: International Journal of Mental Health Nursing, Cochrane Library.

Helsebiblioteket.no | Ansv. redaktør: Prof. dr.med. Magne Nylenna

<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12005004047/frame.html>

Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB (2012). *Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 4. Art. No.: CD008712. DOI:

10.1002/14651858.CD008712.pub2.

The University of Nottingham, Cochrane Schizophrenia Group, Nottingham, UK

*Christopher Jones, School of Psychology, University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham, B15 2TT, UK.

Copyright © 1999–2016 John Wiley & Sons, Inc. All Rights Reserved.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008712.pub2/abstract;jsessionid=77EB6155CB8A2954501FA94AE62099.f02t01>