



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Hvordan kan man ved en DPS avdeling bruke kognitiv terapi i behandling i forhold til PTSD - symptomer?**

Hildegunn Bjørset

Totalt antall sider inkludert forsiden: 28

Molde, 19.04.2018



## 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"><li>ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

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

Dato: 17.04.2018



**Antall ord: 8237**

## **Sammendrag**

I fordypningsoppgaven har jeg valg å fordype meg i kognitiv terapi og knytte dette opp mot empiri som omhandler Line som har en PTSD diagnose. Jeg vil gå inn på betydningen av behandlingsrelasjoner og hvordan kan man legge opp et behandlingsforløp for Line som har komplekse PTSD symptomer. I forhold til oppbyggingen av oppgaven vises det til teoridel som har fokus på traumer og hva som kjennetegner symptomene på kompleks PTSD. Videre dissosiasjon og behandling av traumer i et kognitivt perspektiv. I den teoretiske delen beskrives teori ut ifra et kognitivt perspektiv og fordypet meg i litteratur på hvordan kognitiv terapi brukes i traumebehandling og viktigheten av etablering av den terapeutiske alliansen. Diskusjonsdelen knytter jeg opp mot empiri og teori for å belyse problemstillingene. Avslutningsvis trekker jeg frem mine funn og vurderinger av hva teori sier om betydningen av relasjonen mellom terapeut og pasient, samt om kognitiv er en anvendbar metode i terapien. Jeg kommer med forslag for videre behandling og samarbeid for å få dette til for Line.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	2
1.2	Litteratursøk .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>3</b>
2.1	Traumer .....	3
2.2	Behandling ved PTSD symptomer .....	6
2.3	Kognitiv teori .....	7
2.4	Kognitiv terapi som behandling av traumer .....	10
<b>3.0</b>	<b>Empiri</b> .....	<b>11</b>
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>13</b>
4.1	Hvilken betydning har behandlingsrelasjon i kognitiv terapi hos mennesker med traumer?.....	13
4.2	Hvordan kan man legge opp behandlingen fra et kognitivt perspektiv? .....	15
	ABC MODELLEN .....	16
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>19</b>

## 1.0 Introduksjon

Traumer er et tema jeg ønsker å fordype meg i og lære hvordan jeg kan anvende i et kognitivt perspektiv i behandlingen av mennesker med PTSD symptomer. Bakgrunn for valg av dette tema er at jeg arbeider som miljøterapeut på en DPS avdeling og møter ofte voksne mennesker som har en grad av traumer og PTSD symptomer. I følge Diagnosesystemer ICD-10 er traume en lidelse som oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste (Helsedirektoratet, ref ICD, 2011). Disse traumene gir enkelte mennesker en ekstra belastning med symptomer såkalt komplekse PTSD. De har blitt påført traumer av andre mennesker som kan være nære omsorgspersoner. Pasientene som jeg arbeider med gjør et stort inntrykk på meg både som medmenneske og helsepersonell. På en døgnpost blir man kjent med pasientene over tid og man ser deres PTSD symptomer og utfordringene de får som konsekvens av disse. Man vil så gjerne hjelpe slik at de kan få en bedre mestring av sin hverdag og livskvalitet. Jeg er også nysgjerrig på hvordan et kognitivt perspektiv kan bidra til i min empiri. Det er et spennende område å lære mer om for få en bedre faglig kompetanse og et verktøy å bruke i min jobb.

Oppgaven baseres på en pasient jeg har blitt godt kjent med og som har utviklet dysfunksjonelle mestringsstrategier for å få kontroll på det som er vanskelig. Dette har medført at hun har fått et tap i funksjonsnivå, hun har strevd med PTSD symptomer siden ung alder. Det er prøvd flere ganger forskjellig traumebehandling, men behandlingen har blitt avsluttet. Under innleggelsen må det vurderes nye måter å kunne gi Line en god behandling slik hun skal kunne mestre hverdagen bedre hjemme. Det tas opp hvilken betydning behandlingsrelasjonen har i forhold til mennesker med traumer, spesielt med tanke på Line som har en relasjonsskade og har hatt utfordringer med å få tillit og trygghet og stå i tidligere behandlinger/oppfølginger. Videre ser jeg på hvordan kan man legge opp et behandlingsopplegg for pasienten Line fra et kognitivt perspektiv.

Fordypningsoppgaven er avgrenset til å gå innpå komplekse PTSD symptomer da empiri omhandler Line som har blitt påført traumer av andre mennesker gjennom oppvekst og tidlig i ungdommen.

## 1.1 Problemstilling

### **Hvordan kan man ved en DPS avdeling bruke kognitiv terapi i behandling i forhold til PTSD – symptomer?**

Jeg har valgt å se nærmere på hvordan man kan legge opp et behandlingsforløp på en DPS avdeling i forhold til kognitiv teori og PTSD symptomer. Jeg ønsker å få kunnskap om dette for å kunne bruke kognitiv terapi i min jobb som miljøterapeut i Spesialisthelsetjenesten. For å kunne svare på problemstillingen mener jeg også det er viktig å sette behandlerrelasjonen i fokus. Spesielt på grunn av at jeg skriver om en pasient med komplekse PTSD symptomer og har en relasjonsskade fra tidligere. Jeg tenker at pasienten da er mer sårbar ved behandling og som terapeut er det viktig å være bevisst på pasientens utfordringer med relasjoner. Pasienten er i en generelt sårbar livssituasjon. Har derfor valgt en del-problemstilling i forhold til behandlingsrelasjoner.

#### **Delproblemstilling for å belyse oppgaven helhetlig:**

Hvilken betydning har behandlingsrelasjoner i kognitiv terapi hos mennesker med traumer?

## 1.2 Litteratursøk

Jeg startet litteratur søk med å sette meg inn i søkeprogram på bibliotek på høgskolen. Jeg gjorde meg godt kjent med PICO som er et skjema der jeg skrev inn søkeordene som var viktig for min problemstilling. Pico hjalp meg å systematisere hva jeg ønsket å vite noe mer om i forhold til mitt tema. Det var også lettere for meg å forstå hvordan jeg skulle søke i databasen på høgskolen da jeg brukte PICO skjema, forstå prosessen i søking etter litteratur. Jeg fant ut at jeg skulle se etter kvalitativ forskning og kunnskap om tiltak og behandling i forhold til min problemstilling. Jeg startet å søke på database Medline. Jeg valgte relevante søkeord som jeg transkriberte. Søkeord jeg brukte var traum\*, ptsd\*, trauma\*, eksponeringsterapi\*, implosivterapi, kognitiv\*, therap\*, therapy, impulsive therapy, stressdisorder. Jeg brukte deretter AND og OR, fikk opp et stort antall artikler. Deretter begynte jeg å avgrense med språk, til engelsk og årstall, de siste 10 årene. Etter å ha begrenset søket gikk jeg gjennom relevante artikler i psykInfo og fant 20 artikler og valgte å avgrense det til en artikkel som var studie. Jeg brukte relevant pensum litteratur.



## 2.0 Teori

### 2.1 Traumer

Traumer omhandler en skade på kroppen fysisk eller psykisk. I følge Anstorp og Benum (2015) er traume en reaksjon på uutholdelige hendelser som overvelder sentralnervesystemet. Kroppens overlevelsesmekanismer er aktivert selv om faren er over. Symptomer kan være angst, depresjon, sinne og utagering. Reguleringsvansker kan ofte være problemer på de fleste områder i livet. Traumebegrepet dreier seg om et sår som ikke er leget. Man har blitt utsatt for dramatiske hendelser som ikke har blitt bearbeidet og man har en sårbarhet for utvikling av psykisk lidelse (Anstorp og Benum 2015). **Man kan dele opp traumatiske hendelser i to kategorier:** Type I traume kan være dramatiske og skremmende enkelthendelser som ran, trussel om drap, ulykke eller alvorlig skade. Type II traume er alvorlig traumatisering av vedvarende karakter og/eller gjentatte hendelser, ofte i barndom og oppvekst. Når traumer er for eksempel påført av voksne personer som skulle ivareta barnet, betegnes det som relasjonstraumer. Ved traume type II kjennetegnes gjentatt traumatisering over tid, ofte i ung alder. Eksempelvis seksuelle overgrep i oppvekst, mishandling, alvorlig omsorgssvikt/tiknytningssvikt. (Helsedirektoratet, ref ICD, 2011)

**Jervell (2013) viser til en oversikt over type 1 og 2 traumer:**

**Tabell 1**

	Tilfeldige traume	Menneskeskapte traumer
<u>Type 1 traume</u> Enkelthendelse Akutt livstrussel Uventet	Trafikkulykke Yrkesrelaterede traumer (politi, brannmann) Industriulykker Kortvarige naturkatastrofe	Fysisk vold Seksuelle overgrep, voldtekt Væpnet ran Terrorhandlinger
<u>Type 2 traumer</u> Gjentatt Vedvarende Uforutsigbar utvikling	Vedvarende naturkatastrofer (tsunami , hungersnød) Teknologiske katastrofer (giftutslipp)	Seksuelt/ fysisk misbruk av barn, alvorlig neglect Krig, tortur Kidnapping, fangenskap

## **Posttraumatisk Stresslidelse (PTSD)**

PTSD omtales som psykologiske senskader av traumereaksjoner. Symptomer for PTSD omfatter gjenopplevelser av det opprinnelige traumet (eller traumene) gjennom «flashbacks» eller mareritt, man unngår steder/mennesker/opplevelser knyttet til traumet. Man kan kjenne økt spenningsnivå- for eksempel problemer med søvn, sinne, skvettenhet og hyperårvåkenhet. PTSD er en alvorlig angstlidelse. For mange kan dette medføre at de føler betydelig svekkelse i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder (Anstorp og Benum 2015).

### **Anstorp og Benum (2015) viser til fire kriterier for PTSD**

Varighet mer enn en måned etter hendelsen.

1. Oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon som er truende eller katastrofal. Fremkaller sterkt ubehag.
2. Gjenopplevelse, opplever stadige intense minner, bilder og drømmer eller flashbacks fra hendelsen. Gir intense psykisk ubehag og gir en fysiologisk reaksjon ved påminnelse.
3. Man unngår tanker, følelser, samtaler, aktiviteter, situasjoner eller mennesker som minner om traumet. Kan mangle evnen til å huske viktige detaljer, føler seg fjern eller fremmede overfor andre personer. Ser en fremtid uten muligheter.
4. Vedvarende økt overaktivitet som innebærer dårlig søvn, irritabilitet eller sinne. Konsentrasjonsproblemer, overdrevet vaksomhet og økt reaksjonsberedskap (Anstorp og Benum 2015).

## **Kompleks PTSD**

Ved komplekse PTSD har man hatt tidlige og langvarige traumatiske påkjenninger som kan føre til flere symptomer. Mennesker som har opplevd gjentatte traumatiske påkjenninger av omsorgspersoner eller i nære relasjoner, har flere og annerledes symptomer enn det som er beskrevet i PTSD diagnosen (Anstorp og Benum 2015).

Komplekse traumer er en kombinasjon av vedvarende traumatiske belastninger og sviktende reguleringsstøtte som skjer tidlig i livet, man kaller det utviklingstraume. Barnet kan for eksempel blitt utsatt for overgrep eller omsorgssvikt fra den personen som er

barnets omsorgsperson. Ved kompleks PTSD symptomer har man vanskeligheter med å tolerere og regulere følelser, utfordringer med oppmerksomhet og bevissthet, inkludert dissosiative symptomer. Man har endringer i selvopplevelse og problemer med relasjoner til andre. I tillegg symptomer på angst, depresjon, smertetilstand og somatiseringslidelse. Opplever skyld og skam.

Mennesker som har fått PTSD har ofte negative tanker om traumehendelsen og om sin egen fungering ifølge Berge og Repål (2008). De viser til at personen har tankene knyttet til omverden, at andre mennesker vil de vond eller de ser på seg selv som mislykket. Berge og Repål (2008) viser til eksempler hvor personen kan overgeneralisere fra tramehendelsen til andre lignende situasjoner som er trygge hendelser. Som f.eks «Fordi jeg ble angrepet av en mann i uniform, er alle menn i uniform farlige» Personen kan aktivere dysfunksjonelle strategier, man tolker posttraumatiske problemer inn i nåværende situasjoner og det aktiveres. Personen trenger ikke være bevist på disse mestringsforsøkene med det påvirker i stor grad atferd og sosiale relasjoner (Berge og Repål, 2008). De viser til eksempel hvor en voldtekt kan gjøre at alle menn blir farlige og mestringsstrategien blir å unngå situasjoner der man møter menn. Eller man opptrer avvisende og aggressivt mot alle menn. Man vedlikeholder de posttraumatiske plagene ved å bruke dysfunksjonelle mestringsstrategier for å få kontroll over det som oppleves som truende. Man produserer posttraumatiske symptomer direkte ved å unngå steder eller personer som er knyttet til traumet, dermed forhindrer man endring av negative tanker (Berge og Repål 2008)

## **Dissosiasjon**

Dissosiasjon blir betegnet som *frakopling eller avspaltning av erfaringer, følelser og kroppslige minner som pr definisjon ikke har vært til å tåle* (Anstorp og Benum, 28) De viser til at *personens evne til å integrere hendelser som skjer har blitt brutt av en annen mekanisme, nemlig evnen til å koble ut deler av bevisstheten som følger av overaktivering av stressresponsene* (Anstorp og Benum, 28). Mennesker som dissosierer kan ikke huske hendelser de har opplevd eller handlinger de har gjort. Dette er viktig symptom på dissosiative tilstander. Viktig at de blir forstått i forhold til dette da man er sårbar og kan føle seg krenket om man ikke blir trodd. (Anstorp og Benum, 2015).

## 2.2 Behandling ved PTSD symptomer

I følge Anstorp og Benum (2015) viser de til at innen den kognitive tradisjonen bruker man eksponering i de ulike metodene. Dette er felles for alle metodene. Man bruker metoder og modeller å geleide klienten gjennom traumeopplevelsen.

*Eksponeringsterapi* i kognitiv terapi innebærer at pasienten blir konfrontert med frykten, det kan være tanker og forestillinger som minner personen om den traumatiske hendelsen. Man skal lære at situasjonen ikke er traumatisk og angsten vil gradvis avta. Ved å ha en tilvenning til de angstskapende situasjonene kan man over tid minske eller fjerne symptomene. *TF-CBT* (trauma Focused Cognitiv Behavioural Therapy) og kognitiv eksponeringsterapi som Anstorp og Benum (2015) viser til er metoder med systematisk gjennomgang av traumeopplevelsene for å desensitivere intensiteten i minnene hos personen. I tillegg har man kognitivt arbeid på hvordan personen danner seg meninger om seg selv og den traumatiske hendelsen. Man skal hjelpe personen til å forstå tanker og følelser rundt den traumatiske hendelsen. I samarbeid finner man praktiske måter å mestre de på. *EMRD* (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) er en metode som tar utgangspunkt i eksponering. Det er en kombinasjonsmetode som har tatt opp elementer fra forskjellige ulike terapeutiske retninger. Her er terapeuten opptatt av å finne de mest utfordrende plagene hos personen om hendelsen. Gjennom bilateral stimulering, primært øyebevegelse, fremmer personen informasjonsbearbeiding. Desensitivisere intense følelser, kartlegge hva personen tenkte om seg selv når det skjedde. Ofte sier pasienten «det var min skyld» da bruker terapeuten positive kognisjoner som skal hjelpe personen å forstå seg selv og hendelsen på. Eksempel «det var ikke min skyld» (Anstorp og Benum, 2015).

En annen metode EMDR hvor man beskriver at man henter inn metaforer som for eksempel man sitter på et tog og toget er i bevegelse. Stopper på flere stasjoner. Både terapeuten og pasienten ser på hendelsen fra togvinduet, de sitter trygt i toget og kan reise forbi. Pasienten har en fjernkontroll hvor han kan stoppe filmen eller kjøre den sakte eller fort. Her kan man gi pasienten kontroll og styring for så å starte med eksponering. Så får man erfaring med kontroll og samarbeid med terapeuten. Viktig at terapeuten er medfølende og til stede sammen med pasienten under hele prosessen (Anstorp og Benum 2015). I følge Berge og Repål (2008) viser de til kognitiv terapi som behandling av tre hovedelementer som er gjentatt eksponering for traumehendelsen, dette fremmer

kontekstualisering av traumeminnet. Minnet får egen plass i hukommelsen, får avkrefte at det ikke skjer noe alvorlig som personen i utgangspunktet tenker og få frem de automatiske tankene knyttet til hendelsen. Endring av overdrevne negative tanker knyttet til hendelsen og mestring i tiden etterpå og bearbeiding av dysfunksjonelle mestringsstrategier som er med å opprettholde plagene.

*Systematisk desensitivering* er adferdsterapi som brukes til å behandle angst som for eksempel fobier og frykt. Formålet med eksponeringen er å fjerne unnvikelsesatferd og samtidig senke pasientens opplevde stress i tidligere fryktede situasjoner. Man kombinerer det å bli utsatt for den man frykter sammen med avslappingsteknikk man har lært for å etablere en ny atferd. Få mindre angst og frykt. Pasienten blir systematisk og repeterende konfrontert med angstprovoserende stimuli. Først blir pasienten trent på avslappingsøvelser. Videre gå gradvis oppover hierarki av angstfremkallende situasjoner. Systematisk desensivering kan bli gjennomført gjennom mentale forestillinger eller i virkeligheten, her og nå. Man velger ut de stimuli som pasienten selv fremhever som spesifikt plagsomme, hvor situasjon eller objektene blir unngått fordi det fremhever angsten eller stress. Under behandlingen blir pasienten instruert til å stå ut i den fryktede situasjonen til angsten reduserer seg. Man kan i denne behandlingen gå rett på sak, hvor man starter rett ut i den mest angstprovoserende situasjonen som kalles flooding. Flooding har vist seg å være en påkjenning på en del pasienter at terapiløpet har blitt avbrutt (McLeod, S.A. 2008)

## **2.3 Kognitiv teori**

Kognitiv terapi går også under betegnelsen kognitiv atferdsterapi. Kognitiv terapi handler om kognisjon, hvordan vi tenker på, forestiller oss eller minnes en bestemt hendelse. Vår kognisjon er måten vi tenker omkring en hendelse på, vil påvirke hvilke følelser som blir knyttet til selve hendelsen. Som for eksempel hvordan vi tenker omkring en spesiell hendelse har med vårt personlige tankemønster å gjøre. Dette vil være sterkt påvirket av tidligere erfaringer. To forskjellige personer vil for eksempel reagere helt forskjellig på samme hendelse (Berge og Repål 2010). I KT er det viktig at terapeuten skal være ekte, empatisk og aksepterende (Nielsen og von der Lippe, 1993). Man må etablere en terapeutisk allianse hvor man bruker tid på å bli kjent med personen og ufarliggjøre terapisisuasjonen. Man må i tillegg ha en felles forståelse av hvilke problemer de samarbeider om å løse. Dette er grunnleggende i KT ifølge Berge og Repål (2010). Man

må også ha en grundig diagnostisk vurdering av pasienten før man starter behandling for å vite hvilken behandling som er best for pasienten.

**Tre sentrale mål ifølge Berge og Repål (2010):** Få kontroll over problemet og forstå hva som bidrar til å opprettholde. Man finner metoder som kan brukes til å forebygge nye problemer. Behandlingen i kognitiv terapi dreier seg om problemløsning og endring i tanker og handlemåter. Den kognitive behandlingen tar utgangspunkt i hva vi tenker og hvorledes dette virker inn på våre følelser og handlinger. Vår personlighet består av tanker, følelser og handlinger som virker inn og påvirker hverandre gjensidig. Når vi for eksempel tenker på en negativ opplevelse, vil vi kunne få både negative tanker og negative følelser (Berge og Repål, 2010). Man kan si at kognitiv terapi er hjelp til selvhjelp, pasienten lærer å bli sin egen terapeut. En viktig del av kognitiv terapi er å finne frem til pasientens ressurser, interesser og sterke sider. Terapeuten skal fremstå som en ledsager eller guide.

**Kognitive skjema:** Betyr at mennesker tolker verden gjennom forskjellige skjema. Disse blir aktivert i forskjellige situasjoner. Dette fører til en direkte innvirkning på hvordan vi tolker situasjoner. Globale/primære leveregler er et overordnet skjema om våre holdninger til oss selv. Globalt skjema dannes tidlig i barndommen som man har med seg gjennom livet.

Levereglene kan bli aktivert i forskjellige situasjoner. Det er både positive og negative leveregler. Når en negativ leveregel er aktivert vil det komme negative automatiske tanker i bevisstheten og vi starter å feiltolke situasjoner. Primære leveregler handler om de indre kjerne tankene som handler om oppfatningen om oss selv, andre og verden rundt oss. I kognitiv terapi kan man knytte primære leveregler til tidligere ubehagelige, skremmende eller deprimerende opplevelser. Man kan ha oppfatninger om seg selv at ingen bryr seg om en, eller at en står utenfor (Berge og Repål, 2010).

**Negative automatiske tanker** kommer når en negativt primær leveregel er aktivert. De kan bidra til nye leveregler samtidig som de opprettholder de eksisterende. Det er de negative automatiske tankene som kan skape problemer. De blir dannet som et resultat av negative erfaringer. Det er viktig å starte med å identifisere negative automatiske tanker sammen med pasienten. Disse tankene er ufrivillige tanker og visuelle bilder som kommer inn i vår bevissthet i veldig kort tid. Kommer i spesielle situasjoner eller sinnsstemning (Nielsen og von der Lippe, 1993). Eksempel på negative automatiske tanker kan for

eksempel være en negativ holdning til seg selv «jeg er stygg» «Jeg kan ingenting» «ingen liker meg» (Berge og Repål, 2008)

**Sokratiske spørsmål** er sentrale spørsmål som terapeuten stiller pasienten. Dette skal åpne opp for refleksjon. Ved sokratiske spørsmål stiller man undrende spørsmål som for eksempel: Hva betyr dette for deg? Kan du si litt mer om? Hender det du ser annerledes på dette? Hvordan opplever du det? Hvordan kjennes det ut for deg?

Sokratiske spørsmål kan pasienten selv skal lære seg å stille i de akutte situasjonene der de lynraske, automatiske skremmende tankene kommer. Eksempel på motspørsmål pasienten kan stille seg selv er for eksempel, Er det en alternativ måte å forstå denne situasjonen på? Hvordan ville en annen tenke om det som skjer nå? Glemmer jeg viktige opplysninger? Hva er det verste som kan skje? (Berge og Repål, 2008)

### **ABC MODELLEN:**

Målet er å få kunnskap om hvilke tanker som hemmer eller fremme mestring, tilpasning eller endring. Den tar utgangspunkt i å diskutere alternative måter å tolke situasjonen på. Terapeuten stiller sokratiske spørsmål og reflektere rundt ABC-modellen. Modellen brukes for å kartlegge pasientens opplevelse og å få en refleksjon rundt følelser og negative automatiske tanker.

**Tabell 2**

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>Hendelse/foranledning</b>	<b>Oppfatning/tolkning/tankene Rundt hendelsen</b>	<b>Konsekvensene av atferden.Følelsesmessige reaksjoner</b>
	<b>Hvilken erfaring man har fra tidl hvordan man reagerer. Positiv el negativ opplevelser</b>	<b>Følelser knyttet til tolkning av hendelsen</b>
<b>Hva skjedde? Situasjon</b>	<b>Hvordan oppfattet jeg det som skjedde? Tanker</b>	<b>Hva følte og gjorde jeg? (konsekvenser av A)</b>

**Mestringsstrategier:** Er metoder/teknikker hvor man endrer de negative tankene til andre strategier. Kognitive strategier er for eksempel oppmerksomhetsskifte/innsnevring,

normalisering og motargumenter. Atferds strategier kan være øke/reducere aktivitetsnivå, øke/reducere sosialt aktivitetsnivå eller praktisk realitetstesting. Man kan bruke eksponering som et planlagt tiltak sammen med pasienten. Fysiologiske strategier som pusteteknikker og teknikk for muskelkontroll (Berge og Repål, 2010).

**Hjemmeoppgave:** Er viktig hjelpemiddel i kognitiv terapi. Det å lage seg hjemme oppgaver og arbeide selv med ABC- modellen. Det avklares hva pasienten skal jobbe med og det tas opp til refleksjon etter pasienten har jobbet selv med hjemmeoppgavene (Berge og Repål, 2010).

## 2.4 Kognitiv terapi som behandling av traumer

Berge og Repål (2008) viser til tidligere undersøkelser på at kognitiv terapi har hatt god resultater. De presiserer at effekten på angstlidelser er særlig godt dokumentert. Det er flere sider ved KT som er velegnet for PTSD symptomer. Man vektlegger et åpent samarbeid for å løse problemene som kan gi pasienten trygghet og kontroll. Det er en forutsigbarhet og struktur i behandlingstimen. I tillegg har man sammen med pasienten klare definerte mål å jobbe med. Det er viktig fokus på relasjonsbygging både i startfasen og under behandlingen. Berge og Repål (2008) henviser også til eksempel på behandling av traumepasienter hvor de presiserer at for å oppnå effekt ved behandlingen er behandlingsrelasjonen et viktig element, trygghet til behandler, gjensidig respekt og stabilitet i kontakten som gjorde det mulig å bearbeide traumene for pasienten

Berge og Repål (2008) påpeker også i sin litteratur at kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer og samtidig hjelp til å endre uhensiktsmessig tankemønster som er forbundet med problemene og som kanskje har bidratt til dem. Gjentatt eksponering for traumehendelsen fremmer kontekstualisering av traumeminnet. Det vil si at minnet får en egen plass i hukommelsen mellom andre mer normale minner. Med riktig tid og sted. Pasienten får bearbeidet dysfunksjonelle mestringsstrategier som er med på å opprettholde angsten. I tillegg opplevelsen av alternative strategier for å oppnå mestringsopplevelser en viktig faktor for god traumebehandling. Videre presiserer Anstorp og Benum (2015) til at det er ikke er en modell innen ulike terapitradisjoner som er bedre enn andre. Det er å kunne utvikle et tillitsfullt samarbeid mellom klient og terapeut. Klienten må føle seg forstått og sett. Man har felles mål om hvordan de skal arbeide



sammen. Felles for de ulike metodene er eksponering og terapeuten geleider klienten gjennom traumehendelsen. Anstorp og Benum (2015) viser til ved komplekse traumer så gjenstår det mye å finne ut gjennom forskning, men man bruker mange terapimodeller som er utviklet for PTSD i arbeider med komplekse traumelidelser.

Bisson et al (2013) søkte i en rekke databaser i sitt studie, hvor de sammenlignet ulike tilnærminger. Det brukte 70 studier og totalt 4761 personer var inkludert i studiene. De gjorde en oppsummering av den nyeste kunnskapen om effekten av ulike tilnærminger ved PTSD. De viser til at kunnskapen om effektiv behandling ved PTSD lidelse er svært liten. De bekrefter at kognitiv terapi med særlig fokus på traumer og bruk av behandlingen desensitivisering var de nyttigste tilnærmingene for personer med PTSD. Studiet henviser til to behandlinger som har dokumentert effekt, hvor de vanligste tilnærmingene til voksne med PTSD symptomer var ulike typer samtalerapi, som kognitiv terapi med fokus på traumebehandling og desensivering, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Bisson et al (2013) fremholder at traumefokusert kognitiv atferdsterapi og desensivering ser ut til å være de mest effektive tilnærmingene ved PTSD (Bisson, et al. 2013)

### **3.0 Empiri**

Line er 23 år og har de siste årene hatt oppfølging poliklinisk i spesialisthelsetjenesten og av psykiatri tjenesten i kommunen. Line kommer fra en familie som har en stor belastning med psykiske plager. Line har hatt en vanskelig oppvekst, omsorgssvikt og alkoholmisbruk i nær relasjon. Line har fått diagnosene PTSD (P74) og har komplekse PTSD symptomer, Angst (P06), depresjon moderat (P76) og Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (F60,3) Line har tidligere gått videregående skole, men ikke klart å fullføre. Prøvd seg flere ganger i arbeidslivet. Arbeidsforholdene har vært kortvarig. Har de siste årene fått forverring av påtrengende tanker, minner fra det som har vært vanskelige opplevelser, anspent, mareritt, konsentrasjonsvansker. Kan få dissosiasjoner, hvor hun har opplevelsen å være utenfor seg selv. Har i tillegg episoder hvor hun ikke husker hva hun har gjort eller hva som har skjedd. Isolerer seg hjemme. Angstanfallene beskrives som symptomer med pustevansker, press i brystet og redd for å bli angrepet, frykten har skapt sosial angst. Angstanfallene kommer plutselig uten at Line forstår hva som kan være hendelsen for dette. Angstanfallene kan komme når som helst og hvor som helst. Man kartlegger at det

er overgrepene Line har vært utsatt for flere ganger som utløser disse uforutsigbare angstanfallene. Line sliter med nedsatt søvn og døgnrytme. Har flere ganger hatt suicidale tanker og selvskading (risping på arm).

Line ble tidligere fulgt opp av BUP og de forsøkte behandling med EMDR, behandlingen ble avsluttet da Line ikke var motivert for å fortsette behandlingen ble det beskrevet. Line har hatt oppfølging poliklinisk og det har vært sporadisk kontakt med Line og behandlere. Line har ofte ikke møtt opp til avtalen. Det har vært vansker med å få kontakt på telefon. Line har ytret flere ganger at hun ikke ønsker kontakt med psykiatrien.

Jeg har kjent Line de to siste årene etter hun ble innlagt dps døgn. Bakgrunn for innleggelse har vært tilbakevendende depresjon, angst og suicidale tanker. Jeg opplever Line som en kontaktsøkende ung dame med ptsd symptomer som hemmer henne til å delta i sosiale aktiviteter, gjøre daglige gjøremål og kunne fungere slike hun ønsker i livet sitt. Line fremstår sårbar, redd for å åpne seg, isolerer seg på rommet, sosial tilbaketrekning, mistenksomhet, vansker med å stole på andre. Ytrer tanker om at hun blir forfulgt. Line forteller at hun flere ganger ikke har greid å møte opp til polikliniske samtaler på grunn av økt angstnivå og hun føler det er ekkelt å fortelle gjentatte ganger sin historie til forskjellige behandlere. Hun klarer ikke å bli trygg og åpne seg for behandlerne. Hjemme har hun flere forskjellige personer som kommer tre ganger uken og hun ønsker å ha minst mulige folk å forholde seg til. Det er vanskelig å fortelle til alle hvordan hun har det, spesielt når angst symptomene isolerer henne hjemme.

Ved de første innleggelsene Line hadde på dps var behandlingen stabilisering. Line har fått hjelp til å få en bedre døgnrytme, deltatt i aktiviteter på avdelingen, vært med miljøterapeuter ute på tur og gått i butikker. Hun har blitt kjent med et team med faste miljøterapeuter og fått tilbud om samtaleterapi. Line responderte bra på behandlings opplegget som har vart fra 3-4 uker. Hun ønsket å fortsette med poliklinisk behandling en gang pr uke og ta imot oppfølging tre ganger pr uke av psykisk helse i kommunen. Det siste året har Linne kommet tilbake for videre oppfølging og behandling på dps. Fokuset under de to siste innleggelsen har vært eksponering for å øke aktivitetsnivået og til å mestre sine angst symptomer. Målet med eksponeringen har vært for Line å komme seg ut å handle i butikken, delta på aktiviteter som trening og møte opp til poliklinisk behandling. Line har under eksponeringstreningen med faste miljøterapeuter vært motivert og positiv

til eksponeringen. Hun sier selv at hun kjenner eksponeringstreningen har gitt henne mestring og det er en god følelse. Det kan se ut som Line har behov for trygge, forutsigbare rammer rundt seg og faste personer å forholde seg til under behandlingen. Utfordringene har det siste året for Line vært å få etablert godt nok sin mestring på håndteringen av angsten hjemme etter innleggelsene. Når hun kommer tilbake til ny innleggelse for angsttrening har hun falt tilbake på hvor hun var under forrige innleggelse. Vi i Lines team på dps må vurdere Lines videre behandling sammen med Line.

## **4.0 Diskusjon**

### **4.1 Hvilken betydning har behandlingsrelasjon i kognitiv terapi hos mennesker med traumer?**

Behandlingsrelasjonen står sentralt i kognitiv terapi og er grunnleggende i kognitiv terapi ifølge Berge og Repål (2008). De viser til at det er særlig viktig å styrke alliansen tidlig i behandlingen. Mennesker som har vært utsatt for traumer er i en sårbar livssituasjon og ved behandling vil det komme opp vonde minner og følelser. Dette gjør at den terapeutiske alliansen er vesentlig med hensyn til å etablere en trygg relasjon, som igjen åpner for det videre behandlingssamarbeidet. Uten denne alliansen kan pasienten for eksempel bruke unngåelsesstrategier en å rette oppmerksomheten mot traumatiske hendelser (Berge og Repål, 2008). I forhold til Line som har komplekse PTSD symptomer og har relasjonskader er det vesentlig viktig fra den terapeutiske siden å være klar over hennes utfordringer. Berge og Repål (2008) viser til at har man en dårlig relasjon, en svak allianse mellom terapeut og pasient vil det være vanskelig å etablere nok trygghet til å holde oppmerksomheten over tid på en traumehendelse.

Under oppholdet på DPS fremkommer det at Line har hatt flere utskiftninger av behandlere og hun har ikke klart å møte opp til avtale. Behandlingen har blitt ustabil og vært sporadisk med forskjellige behandlere. Line beskriver at hun har blitt utrygg for hun må starte å åpne seg om vanskelige opplevelser til flere. Hun føler hun på en måte ikke blir tatt seriøst. Berge og Repål (2008) peker på at det som avgjør om alliansen er god er pasientens opplevelse av den. For å bygge gode allianser er empati, forståelse, respekt, engasjement og positiv annerkjennelse samt ekthet/kongruens viktige faktorer. Anstorp og Benum

(2015) viser også til at kjernetema i en behandlingsrelasjon er tillit, samarbeid og trygghet, det er selve terapien. Det er en forutsetning å kunne ha etablert tillit og trygghet med pasienten for å kunne gå videre å hjelpe pasienten med å roe ned kronisk og uregulert stress, arbeide med vonde følelser og barneminner, og å arbeide med å skape ny mening og forståelse. Anstorp og Benum (2015) beskriver at tillit må pasienten få erfaring i, det hjelper ikke å si at vi skal være der for pasienten, det må erfares. I tillegg må terapiarbeidet inneholde nok trygghet så pasienten kan utvikle evnen til å regulere stress så pasienten får utforske og tilegne seg ny erfaring (Anstorp og Benum, 2015).

Får å få en god behandlerrelasjon med Line vil jeg som terapeut legge vekt på å arbeide med tillit, trygghet og samarbeid i den terapeutiske relasjonen. I tillegg ha fokus på en felles forståelse for hva målene skal være videre. I følge Berge og Repå (2008) har en felles forståelse en terapeutisk effekt i seg selv. Da Line har flere erfaringer med relasjonsbrudd i behandlerrelasjon tidligere, ønsker jeg å bruke god tid på behandlingsalliansen. I tillegg må jeg være klar over at Line har en relasjonsskade. Når hun er innlagt over tid i en døgnpost kan det også være enklere for henne å bygge en allianse til meg som terapeut. Vi møtes daglig og har tid til å bli kjent. Hun har et team med få personer å forholde seg til ellers på avdelingen.

Psykoterapien generelt viser til at terapeuter som oppnår gode resultater har klart å etablere og opprettholdt en god relasjon til et stort antall klienter viser Hartman (2013). Nyere forskning viser til at man har fokus på den terapeutiske alliansen mellom klient og terapeut og det er det som påvirker terapiutfallet. Dette uavhengig av teknikker eller metoder i behandlingen. For å komme i en god behandlingsrelasjon er det behandlere som lytter og prøver å forstå. De formidler håp, tillit og engasjement. De snakker på en likeverdig, taktfull og respektfull måte. De opptrer slik at klienten ikke føler seg mindreverdig, skamfulle eller får selvfølelsen redusert. Behandleren har fokus på samarbeid med klienten og holdningen til klienten er omsorg, varme, aksept, ekthet og pålitelighet (Hartmann, 2013). De fremkommer også at behandler og klient må ha en utvikling av et følelsesmessig bånd, de kommer frem til en felles forståelse om hva som er terapiens målsetting og rollene de har.

Det er beskrevet at Line har prøvd EMDR da hun var i behandling på BUP og at Line ikke var motivert for å fortsette behandlingen. Man kan i ettertid stille spørsmål på hvorfor var

ikke Line motivert? Kan dette ha noe med at man ikke hadde klart å få en terapiallianse eller som Hartman (2013) fremhever at klienten får skylden for å ikke nyttiggjøre seg behandlingen. En del pasienten kan bli dårligere å gå i terapi eller de avbryter terapien også for de ikke synes det hjelper. En vanlig forklaring kan være å legge skylden på pasienten og mangelfull evne til å nyttiggjøre seg psykoterapi. Skjer det brudd i relasjonen er det ansvaret til terapeuten å ta tak i og prøve å reparere (Hartman (2013)). Line har hatt flere utfordringer med å forholde seg til mange terapeuter og det har ført til at hun uteblir fra timer og tar ikke telefonen. I følge Hartman viser studier at terapeuten ofte ikke tar tak i bruddet eller oppdager det. Bruddet med klienten blir ikke tatt opp. Oversette og ubearbeidet brudd og tilløp til brudd fører til frafall og dårlige resultater. Men når terapeuten tar tak i alliansebruddet fører dette til godt terapiutfall. Hartmann (2013) henviser også til at man bør i terapien og forskning utforske pasientenes meninger på hva som kan hjelpe dem og hva som kan være til skade. Det vil kunne føre til flere får hjelp og en god behandling.

## **4.2 Hvordan kan man legge opp behandlingen fra et kognitivt perspektiv?**

Line har tilbud om behandling på dps avdeling med bakgrunn i at hennes psykiske tilstand har forverret seg. Økning av angst og isolerer seg. Har fått nedsatt funksjon i forhold til å komme seg ut, gå i butikker og ta bussen til poliklinikken. Line har en erfaring med flere utskiftninger av behandlere fra barndommen ved BUP til hun kom inn i voksenpsykiatrien. Line har i tillegg også erfaringer med å bli sviktet av nære omsorgspersoner fra hun var barn. Dette forsterker Lines erfaringer med å få trygget og tillit til personer generelt. Leveregler/kognitive skjema Line har med seg er svikt i relasjoner. Line har med seg sine leveregler som hun uttrykker er svikt fra nære relasjoner gjennom oppveksten, har ikke hatt noen til å trøste seg i vanskelig situasjoner. Hun har også hatt traumatiske opplevelser med overgrep som gjør at hun er redd for menn. For å komme i en god behandlerrelasjon må jeg som terapeut forsikre meg om at relasjonen mellom meg og Line er etablert. Bruke tid på å bli kjent og ufarliggjøre terapisisuasjonen. Line må få ny erfaring ved at hun kan stole på meg og hun får etablert trygghet og tillit. I tillegg har vi en felles forståelse om målene og metoder som skal brukes. Den terapeutiske alliansen kjennetegner ved at terapeut og pasient blir enige om dette (Berge og Repål, 2008). I forkant av behandlingen

er det gjennomført en grundig diagnostisk vurdering av Line før behandlingen begynner. Line har fått avklart sine diagnoser tidligere. Siden Line føler mestring på eksponeringsterapien som har vært prøvd ut under tidligere innleggelse på DPS blir det enighet om å fortsette med eksponeringen sammen med kognitive teknikker. Line ønsker å lære å bli sin egen terapeut og overføre til hjemme ny læring/endring av atferd.

Man må videre kartlegge Lines ressurser og problemer. (Linnes ferdigheter).

**Ressurser:** Gode venner og kontakt med eldre søster. Line uttrykker hun sosial. Hun vil så gjerne klare å komme seg ut og være som alle andre på sin alder. **Problemer:** Gå til butikker og møte venner ute. Line er redd for å få angstanfall. Redd for å møte på menn som kan være lik overgriper og ta bussen til poliklinikken. Symptomer Line får er press i brystet, pustevansker og redd for å møte på overgriper. Line får i tillegg akutt angstanfall.

## **ABC modell**

Jeg og Line går gjennom ABC modellen, kjernen i KT er å bli kjent med sine negative tanker. Jeg informerer om at man ikke kan hindre at de negative tankene dukker opp men at man selv kan gjøre noe med det når tankene kommer. Jeg bistår Line med å lære nye måter å tenke på, det finnes alternative tolkningsmåter. Vi har fokus på at Lines følelser og tanker kun er følelser og tanker og ikke trenger å være riktige. Få hjelp til å få større bevissthet om egen tenkning, følelser og handlinger. Vi bruker sokratiske spørsmål og reflekterer rundt ABC modellen. Vi starter å ha fokus på C opplevelsen/følelsene, handlingen gir. Ved å få tak i følelsen i situasjonen kan man få tak i tankene Line gjør seg og alternative tanker kan føre til endring.

## **ABC modell**

### **A: Hendelse/situasjon –**

Jeg ut av leiligheten for å gå til butikken

### **B: Tanker –**

Redd for å kjenne at jeg begynner å få angst

### **C: Følelser –**

Føler på press i brystet, pustevansker, redd for å bli angrepet

### **D: Alternative tanker**

Jeg har ikke blitt angrepet tidligere når jeg tenker jeg blir angrepet

Jeg har aldri besvimt fordi jeg kjenner nedsatt pust

Det er ingen som ser at jeg har angstsymptomer

## **ABC MODELL**

### **A: Hendelse/situasjon:**

Akutt angstanfall (hjertebank i forkant)

### **B: Tanker**

Redd, opplever angsten som katastrofal

### **C: Følelser**

Isolerer seg, handlingslammet,

### **D: Alternative tanker:**

Jeg er i 2018 og trygg i mitt hjem

Det er ikke farlig å få angst

Line dissosierer og dette gjør at hun blir handlingslammet. Hun kan plutselig få angstanfallet når hun er hjemme og på DPS. Det gjennomgås med Line alternative tanker i forhold til akutt angstanfall. Målet er at Line bruker mestringsstrategier for å avlede seg selv. Forslaget er å sette seg i en god stol, sette på musikk og ta pledd over seg. Det føler Line som noe trygt. Vi reflekterer over om det er noe hun selv kan gjøre for å avlede når angsten kommer, bruke alternative tanker D. Under permisjoner avtales det at hun tar kontakt med DPS ved angstanfall. Når Line er på DPS skal hun utføre de samme strategiene som hjemme. I tillegg vil hennes tilsyn økes ut ifra hva hun har behov for. Ved angsten på DPS vil jeg prøve å motivere henne til å komme ut av rommet, hun er trygg på meg og kan hjelpe henne å få en ny erfaring på at det ikke skjer noe alvorlig mens hun har angstanfallet. Få hjelp til å bryte mønsteret på isolering som Line har etablert som en dysfunksjonell mestringsstrategi.

Line prøver gradvis *eksponeringstrening* sammen med meg på DPS ved å eksponere seg ute. Målene vi ble enige om: gå sammen med meg på butikken og ta buss. Dette setter vi opp en plan på og starter med å gå ut av dps. Gå tur mot butikken, videre gå helt bort til butikken, og så videre øker vi på med mere eksponering når Line mestrer, å gå inn i butikken. En gradvis tilnærming til målet. Viktig at eksponeringen er planlagt og systematisk. Målet er at Line selv skal kunne lære seg å stille spørsmål og bruke ABC modellen (som vist ovenfor) og alternative tanker D. Jeg vil hjelpe Line med å forebygge

utvikling av unngåelses atferd i eksponeringstrening og guide henne videre så hun skal kunne nå målene sine med å mestre å komme seg ut, gå til butikken og ta bussen. Line kan bruke mestringsstrategier i tillegg. *Mestringsstrategier* kan man starte med når Line har definert sin livshendelse og problemer. Målet er at Line skal lære alternative mestringsstrategier. Forslag på atferds strategier er å ringe en venn eller søster når hun går ut, fokus på å prate med en person hun har en god relasjon til f.eks. økt sosialt aktivitetsnivå. Prøve å ha fokus på veien hun går, se på fortauet eller alle veiskilt, oppmerksomhetsskifte Line kan stille seg selv motspørsmål, er det alternative måter å forstå for meg på? hva er det verste som kan skje meg? Pusteteknikker som fysiologiske strategier kan også være et godt alternativ for Line. Når Line er hjemme på permisjon foreslår jeg at hun får *hjemmeoppgaver* for å få en oversikt over situasjonen hjemme. Line prøver å eksponere seg ved å gå ut av sin egen leilighet. Line skriver ned sin erfaring knyttet til problemene. A hva skjedde? B hvordan oppfattet jeg det som skjedde? C hva følte og gjorde jeg da? Når hun kommet tilbake fra permisjon går vi gjennom spørsmål som: Hvordan gikk det? Hvilke problemer oppstod? Hvilken erfaring ble gjort? Vi ser på hennes utbytte av dette og fokus på Lines mestring av permisjon hjemme. Man må også ha fokus på at Line ikke mestrer alle målene i starten. Hun kan miste motivasjonen. Jeg som terapeut vil ha samtaler med Line og reflektere over at man kan møte på hindringer i treningen. Line har mestret det å kle på seg, gå ut av leiligheten og det er mestring. Gi henne støtte og hun vil også få erfaring i at jeg står sammen med henne og vi prøver på nytt.

*Systematisk desensivering* er direkte knyttet til fobien for det traumatiske minnet. Line har vært utsatt for overgrep av en venn av sin bror flere ganger. Dette har ført til at Line har dissociative symptomer som fører til isolering og stor redsel for menn. Hun beskytter seg selv, bruker dysfunksjonelle mestringsstrategier. Line flykter fra traumehendelsen ved å dissosiere. Line må få hjelp til å bygge opp et nytt kognitivt skjema å ta med seg videre i livet. Behandlingen har fokus på å eksponere Line direkte mot selve hendelsen av traumet, det fryktede stimuli. Her snakker man om det traumatiske, går inn på årsaken til traumet. Snakker direkte om traumet. Dette er den store A i ABC modellen. Det er A som forårsaker at Line dissosierer. Etter Line har vært gjennom ABC modellen samt eksponeringstrening og etablert nye funksjonelle mestringsstrategier for å håndtere angsten, kan man foreslå systematisk desensivering. Her kan man gå inn direkte på selve traumehendelsen og man blir instruert til å stå ut i den fryktede situasjonen til angsten



reduserer seg, flooding. Det er en forutsetning at jeg som terapeut fortsatt har et godt samarbeid og Line har trygghet og tillit til meg. En annen faktor her er at Line har etablert en opplevelse av sikkerhet og kontroll. Målet her er å integrere traumeminnet som et mer normalt minne hos Line og få kontroll over hvor mye minnet skal ha på innflytelsen over hennes daglig fungering og videre liv.

Det første trinnet i systematisk desensivering er at Line lærer avslappingsferdigheter som pusteøvelser, få kontroll over pusten og muskelspenning øvelser. Eksponeringen skjer direkte på den traumatiske hendelsen, den fryktede stimuli samtidig som Line bruker avspenningsteknikker som dyp pusting eller muskelavslapping. Dette for å lære at de følelsene på velvære når hun klarer å slappe av skal bli assosiert med situasjonen som fører til frykt og Line lærer å knytte positive følelser med den negative stimulus og overvinne frykten. Under samtalen er det viktig å skape ro, dempe angsten. Man må også kunne gå tilbake noen steg i samtalen. Overgrepet til Line må det snakkes om, man blir ikke kvitt minnene hvis man ikke prater om det som har gjort forferdelig vondt og som fortsatt gjør vondt. Terapien er å prate om det som er vondt og målet er at det skal bli mindre vondt for å få dempet minnet eller å bli fri fra minnet. Under en slik type eksponering er det viktig å vite som terapeut at Line kan få reaksjoner under behandlingen og etterreaksjoner. Man må vite hvordan man skal håndtere disse. Ved at Line vender seg inn mot den smertefulle erkjennelsen av overgrepet kan hun klare å oppheve frakoblinger, oppsplittheten og dissosiasjonen (Anstorp og Benum, 2015). Risikoen for Line i denne type behandling er at hun kan søke minst motstand som er å dissosiere som hun har en erfaring med virker alltid.

## **5.0 Konklusjon**

Teorien viser at behandlingsrelasjonen er grunnleggende i kognitiv terapi og generell psykoterapi, det legges stor vekt på etablering tidlig i kontakten mellom terapeut og pasient, man oppnår tillit og trygghet for pasienten. En god relasjon mellom terapeut og pasient har stor betydning. Å ha en god etablert behandlingsrelasjon påvirker terapiutfallet på en positiv måte viser tidligere beskrevet teori. Kognitiv terapi er en anvend metode i forhold til PTSD symptomer, dette støtter både Berge og Repål (2010 ) og Anstorp og Benum ( 2015 ). De fleste dokumenterte behandlingsformer ved PTSD inneholder både eksponering og bearbeiding av traumerelatert tenkning (Berge og Repål, 2008). Dette med

bakgrunn i at man gjennomgår eksponering for den traumatiske hendelsen. Man vil huske det som et minne i hukommelsen og få opplevelse på at det ikke skjer noe dramatisk som er knyttet til hendelsen. Ved KT har man fokus på endring av negative tanker knyttet til hendelsen og opplevelsen av mestring. Man får etablert en ny erfaring og bearbeidet dysfunksjonelle mestringsstrategier som er med å opprettholde plagene. I oppgaven har jeg lagt opp et behandlingsopplegg i samarbeid med Line. Målet var først å etablere en god terapeutallianse, noe som vi begge følte vi oppnådde. Deretter kartlegge og lærer ABC modellen. Hun får hjelp til å endre sine dysfunksjonelle mestringsstrategier og negative tanker som er relatert til angsten. Bytte ut negative tanker med mestringsstrategier. Line lærte kognitive strategier for å takle angsten, dette ga Line teknikker til å kontrollere angst og frykt, i tillegg bli sin egen terapeut og bruke det videre. Det var også viktig å foreslå eksponeringstrening da Line responderte godt på dette under tidligere opphold og fikk mestring.

I videre forløp for Line blir det viktig å kunne overføre sine mestringsteknikker til hjemmet. Etablere mestringsteknikker som har langvarig effekt på tvers av institusjonen og hjemmet. Det må være et nettverk rundt henne som kan bistå så hun får dette til etter lang tids trening og utsatt seg for situasjoner hun har brukt mye unngåelsesatferd på tidligere. Det å etablere et tverrfaglig samarbeid med Line som inkluderer poliklinikken, psykisk helse i kommunen, fastlegen og DPS vil kunne gjøre hun er mere rustet til å lykkes enn å bli stående alene som hun har gjort tidligere.

Gjennom besvarelsen mener jeg å vise til at kognitiv terapi er anvendbar i praksis i behandling av komplekse PTSD. I tillegg er behandlingsrelasjonen mellom terapeut og pasient av stor betydning for å få til en god behandling og videre forløp for pasienten. Det fremkommer fra tidligere beskrevet teori at det er lite forskning på behandling av komplekse PTSD symptomer og kunnskapen om effekten ved behandling av PTSD lidelse er liten. Det blir spennende å se hva som skjer på denne fagfronten i fremtiden.

## REFERANSER

Anstorp, Trine og Kirsten Benum. 2015. *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Utgave 2. Universitetsforlaget.

Berge, Torkil, Arne Repål. 2008. *Håndbok i kognitiv terapi*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Berge, Torkil, Arne Repål. 2010. *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Berge, Torkil, Arne Repål. 2010. *En kognitiv tilnærming til psykiske lidelser. I Den indre samtalen*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Bisson, J. Roberts, NP, Andrew, M, Cooper, R, Lewia, C. 2013. Studie: *Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Chcrane Common Mental Disorders Group.

Hartmann, Ellen. 2013. *Hva er virksom i psykoterapi?: Integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. I god psykoterapi*. 21-35.

Helsedirektorater 2009: *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten*. Oslo. ICS-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10 revisjon, norsk utgave 2011.

Jervell, Arild Steinsholt. 2013. Forelesning: *PTSD og traumerelaterte lidelser*.

Nielsen, Geir Høstmark og Anna Louise Von der Lippe. 1993. *Psykoterapi med voksne: Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Tano.

