



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Kan jeg som hjelper i psykisk helsevern benytte kognitiv terapi for å redusere lidelsestrykket hos pasienter med schizofreni og vrangforestillinger?

Siv Åsne Holten

Totalt antall sider inkludert forsiden: 32

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">• 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 plagiattrollert 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: 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.

Opgaver 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: 19.04.18

Antall ord: 8428

Forord

Skjult bak det psykotiske livet pågår et normalt psykisk liv inne i ethvert schizofrent menneske. Vi kan legge til at bak hverdagsatferden foregår et schizofrent liv inne i ethvert friskt menneske.

Manfred Bleuler i Cullberg (2005)

Sammendrag

Oppgaven handler om Gro, en ung kvinne som har paranoide vrangforestillinger og som har følt seg «annerledes» så langt tilbake hun kan huske, hun er mye plaget med angst og ensomhet. Utenom skolen holder hun seg mest hjemme, men selv der føler hun seg overvåket og at hele familien er ute etter henne.

Jeg synes det er svært vanskelig å kommunisere med pasienter som har vrangforestillinger. Det er utfordrende å vite hvordan man kan hjelpe til med å lindre deres symptomer. Hvordan ha en god tilnærming til vrangforestillingene? Jeg er ofte engstelig for å si noe feil som kan ødelegge for alliansebyggingen eller som får pasienten til å bli mer paranoid. Ofte blir det til at man bare lytter til vrangforestillingene uten å gå inn i dem og man føler dermed at en ikke får hjulpet pasientene med å lindre deres symptomer. Jeg føler behov for mer kunnskap om hvordan jeg kan tilnærme meg pasientenes vrangforestillinger på en god og hensiktsmessig måte.

Kognitiv terapi har vist seg å være en god tilnærming til pasienter med vrangforestillinger. Terapien tar for seg noe som andre tilnærminger kan mangle, som «verktøy», i form av teknikker og metoder som kan brukes sammen med pasienten. Terapien vektlegger den terapeutiske alliansen samtidig som den hjelper pasienten til innsikt og endring. Den kognitive forståelsen tar utgangspunkt i, at det er ubehag, negative følelser og negativ atferd som stammer fra tankene våre som skaper psykiske problemer. At tankene våre er påvirket av erfaringer og at det er tidligere opplevde negative erfaringer som kan føre til dannelse av negative levereregler om oss selv, andre og verden rundt (Berge og Repål 2010).

Jeg ønsket med denne oppgaven å finne ut om den kognitive tilnærmingen kan tilrettelegges med sikte på å redusere lidelsestrykket hos personer med schizofreni og vrangforestillinger.

Kognitiv terapi alene er sannsynligvis ikke nok til å gjøre de store forskjeller og den er avhengig av en solid terapeutisk allianse skal det lykkes. De viktigste momentene for å lykkes med behandling av personer med Schizofreni og vrangforestillinger er en god arbeidsallianse, recovery-orientert tenkning i kombinasjon med medisiner og kognitiv tilnærming. Kognitiv terapi blir derfor å betrakte som en liten komponent i en behandlingspakke.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
2.0	Teori	3
2.1	Schizofreni.....	3
2.2	Kognitiv terapi.....	5
2.3	Den kognitive modellen ved vrangforestillinger	6
3.0	Empiri.....	12
4.0	Drøfting	14
4.1	En analyse av Gros tenkemåter og vansker i lys av et kognitivt perspektiv og abc-modellen.....	14
4.2	Betydningen av alliansebygging og muligheter/begrensninger i relasjonen.....	19
4.3	Hvordan kan Gro hjelpes videre i behandlingen?	21
5.0	Konklusjon /forslag til videre fagutvikling	23
	Referanser	25

1.0 Introduksjon

Jeg jobber som sykepleier i et psykiatrisk akutt-team. Der møter vi ofte pasienter som har vrangforestillinger. Det er utfordrende å vite hvordan man kan hjelpe til med å lindre deres symptomer, hvordan ha en god tilnærming til vrangforestillingene? Jeg er ofte engstelig for å si noe feil som kan ødelegge for alliansebyggingen eller som får pasienten til å bli mer paranoid og ofte blir det til at man bare lytter til vrangforestillingene uten å kunne gå inn i dem og man føler dermed at en ikke får hjulpet pasientene med å lindre deres symptomer.

Berge og Repål (2010) hevder at det snarere er regelen enn unntaket at vi som profesjonelle hjelpere føler oss hjelpeløse i forhold til å føre samtaler omkring psykotiske symptomer og de argumenterer for at kognitiv terapi er en god tilnærming til pasienter med vrangforestillinger. Terapien tar for seg noe som andre tilnærminger kan mangle, som «verktøy», i form av teknikker og metoder som kan brukes sammen med pasienten. Terapien vektlegger den terapeutiske alliansen samtidig som det hjelper pasienten til innsikt og endring.

Denne oppgaven handler om Gro, en ung kvinne som har paranoide vrangforestillinger og som har følt seg «annerledes» så langt tilbake hun kan huske, hun er mye plaget med angst og ensomhet. Utenom skolen holder hun seg mest hjemme, men selv der føler hun seg overvåket og at hele familien er ute etter henne

I denne oppgaven har man ved bruk av empiri, nyere forskning og relevant litteratur utforsket hvorvidt den kognitive tilnærmingen kan tilrettelegges med sikte på å redusere lidelsestrykket hos Gro og andre personer med schizofreni og vrangforestillinger.

Problemstilling

Kan jeg som hjelper i psykisk helsevern benytte kognitiv terapi for å redusere lidelsestrykket hos pasienter med schizofreni og vrangforestillinger?

Siktemålet var å utforske hvorvidt den kognitive tilnærmingen kan tilrettelegges med mål om å redusere lidelsestrykket hos personer med schizofreni og vrangforestillinger? En vil se på dette med et kritisk blikk for å finne ut i hvor stor grad lidelsestrykket kan reduseres ved hjelp av denne terapiformen og hvor lenge opprettholdelsen av et eventuelt redusert lidelsestrykk varer etter et terapiforløp. Målet er å belyse betydningen av alliansebygging, og muligheter/begrensninger knyttet til den aktuelle tilnærmingen overfor en person med schizofreni og vrangforestillinger.

Litteratursøk

I oppgaven er det brukt både forskningsartikler og pensumlitteratur hvor man har funnet relevant teori om schizofreni, vrangforestillinger, generelt om kognitiv terapi og mer spesifikk teori om den kognitive modellen ved vrangforestillinger. Hovedvekten av teorien kommer fra Berge og Repål (2010) og Grande og Jensen (2016).

Første søket etter relevante artikler ble gjort i Oria.

Oria er en felles portal til det samlede materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek.

Søkeord: Psychosis, Schizophrenia, Cognitive therapy, Metacognitive therapy,

Søket ble begrenset til artikler som var under 5 år gamle, fikk 4131treff. Begrenset søket til titler som inneholdt enten Cognitive therapy eller, Metacognitive therapy og beholdt de andre søkeordene som før, fikk da 151 treff.

Sammendraget i artiklene ble lest, og søket ble vurdert som godt. Det ble funnet mange relevante artikler, valgte 3 som ble med i oppgaven.

Artiklene som ble valgt var Hutton et al. (2014), Kråkevik et al.(2013) og Skodlar et al. (2013)

Deretter ble det søkt etter en reivew-artikkel av nyere dato. Da ble søket gjort i Ovid med søkeordene schizophrenia og cognitive therapy. Begrenset søket til full tekst og review, og brukte kombinasjonen «and» mellom søkene. Dette resulterte i 43 artikler. Valgte en som ble vurdert som relevant fra 2016. Nowak et al. (2016).

Funnene fra de fire artiklene er beskrevet i teoridelen.

2.0 Teori

2.1 Schizofreni

Andreassen og Melle (2012) hevder at det foreligger en utviklingsforstyrrelse i hjernen hos personer med Schizofreni. Sykdommen skal ha en høy grad av arvelighet og er en livslang og alvorlig sykdom. Symptomer ved schizofreni kan være kognitive problemer, affektive symptomer, vrangforestillinger, hallusinasjoner, disorganisering, passivitet, tilbaketrekning av kontakt og sosial funksjonssvikt. Den første psykotiske episoden kommer oftest i tidlig voksen alder eller sen ungdomsalder. Ofte oppleves en fase med ukarakteristiske men identifiserbare symptomer ved den første psykotiske episoden (Andreassen og Melle 2012).

Grande og Jensen (2016) påpeker at mennesker med psykoselidelser er en sammensatt gruppe, med ulike vansker som angst, depresjon og rusproblemer. I tillegg kan mange streve med lavt selvbilde. Under en psykose fungerer ikke hjernen optimalt og mange får problemer med kognitive funksjoner. Kognitive vansker viser seg som regel i form av problemer med planlegging og organisering, innlæring og oppmerksomhet. I tillegg er evnen til å forstå følelser, tanker og motiver hos seg selv og andre ofte redusert. Kognitiv funksjon har stor betydning for pasientens evne til å fungere i hverdagen og for prognose. Det er derfor svært viktig at behandlingen retter seg mot de kognitive vanskene (Grande og Jensen 2016).

Ifølge Andreassen og Melle (2012) består behandlingen av personer med schizofreni primært av en kombinasjon av individuelt tilpasset, praktisk orientert rehabilitering, antipsykotiske legemidler og psykososial støtte. De fremholder at de psykotiske

symptomene svarer godt på behandling men at det er vanlig med tilbakefall. De fleste av de som rammes, er plaget med vedvarende symptomer gjennom livet og svingene symptomer, og mange har betydelig nedsatt livskvalitet. Andreassen og Melle (2012) påpeker at schizofreni er assosiert med en betydelig overdødelighet og er blant de ti lidelsene som bidrar mest til uførhet i utviklede land. Hos yngre pasienter tidlig i behandlingsforløpet skal økt risiko for selvmord være registrert. Senere i livet er det funnet en betydelig økt risiko for tidlig død på grunn av fysiske sykdommer, særlig hjerte- og karsykdommer. Denne overdødeligheten skal ha økt i de senere årene. Debutalder hos kvinner er ca. 24 år og hos menn ca. 22 år. Livstidsrisikoen for å få schizofreni varierer mellom 0,3% til ca. 1%. I en befolkning på 1000 personer vil det være 3-5 personer med schizofreni (Andreassen og Melle 2012).

Positive og negative symptomer: Ifølge Kringen (2011) regner man hallusinasjoner, vrangforestillinger, formelle tankeforstyrrelser, forstyrret atferd og uvanlig affekt som *positive symptomer*, mens svekket flyt i tanke og tale, affektiv matthet, manglende evne til å føle glede og lyst, oppmerksomhetssvikt, manglende vilje og apati regnes som *negative symptomer*.

Vrangforestillinger:

Grande og Jensen (2016) hevder at vrangforestillinger er å forstå som ekstreme feiltolkninger som har tatt kontroll over informasjonsbearbeidingen. Til tross for bevis på det motsatte, vil pasienten ofte holde fast på tolkningen og slutter å stille spørsmål ved deres gyldighet. Vrangforestillinger kan ifølge Andreassen og Melle (2012) handle om vanlig forekommende ting, som å bli bedratt av sin partner eller ha en fysisk sykdom eller som helt bisarre, som å mene at en har blitt kidnappet av romvesener. Bisarre vrangforestillinger er tradisjonelt vektlagt ved diagnostisering, særlig ved førsterangsymptomer. Det er det ingen sikre holdepunkter for at symptomene bare forekommer ved schizofreni, selv om symptomene er mer vanlige ved schizofreni enn ved andre psykotiske lidelser. Derfor kan ikke diagnosen stilles ut fra dette fenomenet alene (Andreassen og Melle 2012). Grande og Jensen (2016) påpeker at sentrale faktorer i opprettholdelse og utvikling av vrangforestillinger, er nedsatt realitetstesting kombinert med individets sårbarhet og en tankestil preget av tankefeller og skjevheter.

Vrangforestillingene må derfor alltid vurderes ut fra bakgrunnsinformasjon om pasientens

omgivelser og situasjon.

Kråkevik et al. (2013) hevder at 20 timer med kognitiv atferdsterapi utført av «ikke eksperter» i kliniske kontekster gav forbedringer i positive psykotiske symptomer hos pasienter med schizofreni. De påpeker at effekten av behandlingen var kortvarig, men at hos noen få av pasientene var effekten fortsatt opprettholdt også etter 12 mnd. De hevder at effekten av behandlingen var bedre på positive symptomer enn negative.

2.2 Kognitiv terapi

Ifølge Berge og Repål (2010) er kognitiv terapi en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og setter spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre. De hevder at Aaron T Beck har vært den mest innflytelsesrike bidragsyteren innen kognitiv terapi opp gjennom årene og at vår fremstilling av kognitiv terapi fortsatt i høy grad hviler på hans bidrag. Kognitiv terapi er en serie med konsultasjoner der man arbeider systematisk og gjentakende med å hjelpe pasienten til å erfare hvordan egen atferd kan påvirke tanker, følelser, og man arbeider med å identifisere negative automatiske tanker. Man vil samarbeide med pasienten om tre sentrale mål i kognitiv terapi. Man arbeider med å få kontroll over situasjonen, med å forstå hva som har bidratt til og opprettholder problemene og med å finne metoder som kan brukes for å forebygge problemer ((Berge og Repål 2010).

Sokratiske spørsmål: Berge og Repål (2010) fremholder at bruk av sokratiske spørsmål som veiledet oppdagelse, og for å åpne opp for refleksjon er sentralt i kognitiv terapi. Sokratisk utspørring vil si å bruke spørsmål som ikke er ledende. Eksempel på slike spørsmål kan være; «*Hvilken støtte har du for dette*»? «*Kan dette problemet ses på en annen måte*»? «*Hva betyr det for deg om det skulle forholde seg slik du tenker*»?

Metakognisjon: Metakognisjon er ifølge Berge og Repål (2010) vår kognisjon om vår kognisjon. At man har kunnskap om og er i stand til å reflektere rundt og regulere vår egen tenkning.

2.3 Den kognitive modellen ved vrangforestillinger

Grande og Jensen (2016) påpeker at man i større grad tilrettelegger terapien fleksibelt for personer med vrangforestillinger enn man gjør ved tradisjonelle kognitive behandlingsmetoder.

I følge Nowak et al. (2016) har tradisjonell kognitiv atferdsterapi flere svakheter enn terapi som er mer recovery-orientert. Det påpekes at tradisjonell kognitiv terapi stort sett fokuserer på symptomreduksjon på det mentale plan og at den er lite recovery-orientert. Det har vist seg at det er stort behov for kognitiv atferdsterapi som går utover symptomreduksjon og som fokuserer mer på aktivitet og deltakelse. Det er også funnet en «feilmatch» mellom det som er målet med kognitiv atferdsterapi for personer med Schizofreni og hvordan personer med schizofreni selv opplever omfanget av egen funksjonsnedsettelse i hverdagen.

Hutton et al. (2014) demonstrerte muligheten for å bruke Meta kognitiv terapi hos personer med medisin-resistent psykose i en studie. Det var bare 3 deltakere med i deres studie. To av de tre deltakerne opplevde økt egenverd og reduksjon av angst og depresjon etter 11-13 leksjoner. For den ene var effekten av behandlingen fortsatt til stede etter 3 mnd. Hos en av pasientene økte hallusinasjonene etter behandlingen.

Kjerneoppfatninger/Leveregler: Berge og Repål (2010) hevder at de viktigste forestillingene vi har om oss selv, kalles leveregler/grunnantagelser. Slike oppfatninger utvikles ofte tidlig i livet, og er preget av hvordan vi har hatt det i oppveksten. Kjerneoppfatninger kan være både positive og negative. Positive kjerneoppfatninger om seg selv kan være at man tenker at man har en verdi som menneske og at man føler seg respektert og likt av andre. Hvis man har vært utsatt for mye kritikk og avvisning og fått lite støtte og anerkjennelse, blir ofte kjerneoppfatningene negative. Da svekkes selvfølelsen og troen på at man blir respektert og likt av andre (Berge og Repål 2010). Grande og Jensen (2016) påpeker at ved akutt stress eller pågående stress over tid kan slike leveregler bli aktivert og påvirke informasjonsbearbeidingen. Resultatet kan bli at levereglene ytterligere forsterkes.

Grande og Jensen (2016) påpeker at vrangforestillingene ubevisst kan være funksjonelle og ha som hensikt å beskytte mot aktivering av leveregler. Vi kan derfor forstå vrangforestillingene som en persons systematiske uhensiktsmessige tolkninger av indre eller ytre opplevelser. En person med vrangforestillinger relaterer ofte irrelevante hendelser til seg selv og tillegger dem en personlig betydning for å skape en mening for den indre smerte. Personen oppfatter seg selv å være i fokus for andres oppmerksomhet og blir dermed overdrevent oppmerksom på omgivelsene. En utviklet skjevhet i tankegangen ved paranoide vrangforestillinger fører til en antagelse om at man blir vurdert negativt. Andre mennesker betraktes i utgangspunktet som fiendtlige og uvennlige (Grande og Jensen 2016).

Terapeutisk allianse/engasjere og motivere: Berge og Repål (2010) påpeker at å bygge en terapeutisk relasjon bør ha førsteprioritet og må overstyre alle andre intervensjoner. De hevder at det er umulig å jobbe med terapeutisk endring uten en god relasjon mellom terapeuten og pasienten. Relasjonsbyggingen blir derfor en prosess som varer gjennom hele terapien og det påpekes at det er svært viktig å sette av god tid til å etablere en god og trygg allianse. I kognitiv terapi er det vektlagt at terapeuter skal være ekte, empatiske søkende og ubetinget aksepterende. Det fremholdes at terapeuten skal vise tålmodighet, varme og nærhet, men også vise at man er kompetent til å hjelpe pasienten med hans problemer. På denne måten vil det skapes håp. Det hevdes at man oppnår god relasjon gjennom sokratiske spøringer, empatiske refleksjoner og hyppige oppsummeringer hvor man spør pasienten om man har forstått han/henne rett. Berge og Repål (2010) påpeker at pasientens opplevelse ofte ikke er den samme som hos terapeuten, og at den derfor må sjekkes ut hele tiden. En god allianse innledningsvis vil dessuten kunne svekkes underveis i behandlingen.

Grande og Jensen (2016) hevder at pasienter som er plaget med devaluerende stemmer, mistenksomhet og lav selvfølelse, gjerne er svært sensitiv for å føle seg misforstått, avvist eller krenket og at det derfor er ekstra viktig at terapeuten på en empatiske måte formidler en genuin interesse og respekt for det pasienten forteller. Terapeutisk empati innebærer at terapeuten forsøker å forstå hvordan pasienten ser seg selv og sin verden og formidler det tilbake til pasienten, for så å etterspørre en tilbakemelding om han har oppfattet pasienten rett. Det dreier seg altså om å forstå den andres perspektiv, føle den andres følelser og formidle sin forståelse av den andre tilbake til vedkommende. Enhver utforskning av

pasientens måte å forstå verden på er derfor også en empatisk prosess. Empatien kan likevel ha mange ansikter. Det som oppleves som empatisk for en pasient, kan oppleves som invaderende og skremmende for en annen. Utfordringen for terapeuten er derfor å ha nok empati og innlevelse til å forstå hvilken type relasjon den enkelte pasient har nytte av, for så å skreddersy relasjonen etter pasientens behov (Grande og Jensen 2016).

Grande og Jensen (2016) påpeker naturligheten av at personer som opplever psykose har oppfatninger som ligger utenfor det flest mener. Terapeutens evne til å vise empati og akseptere uvanlige opplevelser er av stor betydning for den terapeutiske relasjonen. Terapeuter som avbryter hyppig, og som forsøker å overbevise pasienten om sin egen forståelse fremfor å ta utgangspunkt i pasientens virkelighetsoppfatning, oppleves som lite empatiske. Uansett hvor underlige og irrasjonelle pasientens tanker virker, er det derfor svært viktig at terapeuten ikke avbryter pasienten for å komme med argumenter som taler mot pasientens overbevisninger (Grande og Jensen 2016).

Grande og Jensen (2016) hevder at man ved å konfrontere pasienten med at han tar feil, kan forstyrre relasjonen og føre til at han oppfatter relasjonen som truende, og trekker seg tilbake eller kommer med motargumenter. Hvis pasienten spør om vi tror på hans uvanlige oppfatninger, for eksempel det å være forfulgt av en fremmed liga, så bør man prøve å imøtekomme denne forestillingen på en interessert, forståelsesfull, anerkjennende og respektfull måte. Når man møter uvanlige oppfatninger på denne måten, så erfares det at det bidrar til at pasienten opplever forestillingene som mindre skremmende og vanskelige. Det å bli møtt på en forståelsesfull, anerkjennende og respektfull måte kan hjelpe pasienten til å tenke klarere og åpne opp for en større grad av refleksjon rundt egne opplevelser. Man har erfart at denne måten å imøtekomme pasienten på kan føre til at samtalen glir over til å ha fokus på pasientens ensomhet, angst og fortvilelse (Grande og Jensen 2016).

Ifølge Grande og Jensen (2016) kan de fleste terapeuter i perioder ha erfart at det er utfordrende å være empatiske overfor sine pasienter. Terapeuter som gjennomfører samtaler med pasienter som er mistenksomme, tause, og som fremstår som fiendtlige uten å si noe om det til terapeuten kan være et eksempel. I slike tilfeller er det ofte vanskelig å vite hva man kan si, og hva som når frem til pasienten eller ikke. Empati er alltid et ideal, men er ikke alltid mulig å nå. Grande og Jensen (2016) påpeker at det er likevel viktig å ha det som et mål fordi det er med og bidrar til en terapeutisk holdning som er preget av

respekt, anerkjennelse og forståelse. Der en slik holdning ikke fører frem, så kan det være aktuelt å henvise pasienten til en annen terapeut eller å søke veiledning.

Grande og Jensen (2016) fremholder at det er en fordel om pasienten allerede etter den første samtalen får inntrykk av terapeuten som en positiv medspiller, dette vil motvirke frafall i terapien. Det kan vekke et håp hos pasienten om at livet kan bli bedre og plagene kan dempes. I den første samtalen bør hovedprioriteten være å legge forholdene til rette for at det utvikler seg en god relasjon. Målet er at pasienten etter det første møtet får med seg noe som er nyttig for han, og som styrker mestring og selvbilde. Det kan være å bli møtt på en respektfull og vennlig måte eller få sagt noe som er viktig. Det kan også være en ny måte å se en situasjon på; nyttige råd, eller rett og slett få praktisk hjelp med bolig eller økonomi. En del pasienter synes det er vanskelig å starte opp et samarbeid på et kontor. Hvis du har en pasient som ikke kommer til timene, og du tror utrygghet er noe av grunnen til det, så bør man tilby hjemmebesøk eller andre tiltak som kan lette etableringen. Det virker relasjonsskapende å la pasienten fortelle om det han er opptatt av eller tilby hjelp med praktiske ting. Det samme gjør det å integrere aktiviteter (Grande og Jensen 2016).

Normalisering: Berge og Repål (2010) argumenterer for at man gjennom sosialisering til en kognitiv forståelsesmodell bør formidle til pasienten at det er vanlig at mennesker tolker situasjoner feil eller har irrasjonelle tanker. Når vi er engstelige, deprimerte eller vaksomme, øker sjansen for å misforstå hendelser. Normalisering av psykotiske symptomer kan hjelpe pasienten til å se at slike fenomener også forekommer hos ikke-psykotiske personer. Normalisering kan gi pasienten håp og redusere stigmatisering og angst knyttet til psykotiske symptomer (Berge og Repål 2010).

ABC-analyse og tankedagbok: Berge og Repål (2010) fremholder at ABC-modellen er et hjelpemiddel for å bli bevisst den indre samtalen. Når vi for eksempel er deprimerte, har vi en tendens til å overdrive konsekvensene av våre feil, undervurdere oss i forhold til andre eller ta på oss ansvar for hendelser som vi ikke kan lastes for. Da kan ABC-modellen brukes til å finne alternative tanker som gir håp om at man kan gjøre noe med situasjonen. For å endre et negativt tankemønster er det ofte nødvendig med systematisk arbeid. Her er ABC modellen god å bruke.

A: Activating event; Utløsende hendelse, situasjon, trigger

B: Belief about; Tanker, tolkninger, reaksjoner, Bekymringer omkring hendelsen.

C: Consequences of belief; Følelser, kroppslige opplevelser, reaksjoner, handlinger knyttet til hendelsen.

D: er alternative tanker til B: Utforske tankene, støttetanker, alternative tolkninger (Berge og Repål 2010).

Grande og Jensen (2016) påpeker at det ikke alltid er mulig når man skal behandle personer med vrangforestillinger å innledende kartleggingsfase med kliniske eller strukturelle intervjuer Det vanligste er å jobbe med relasjon og allianse samtidig med at vrangforestilte ideer utforskes. Ifølge Grande og Jensen ((2016) er ABC-modellen, samtaler med bruk av veiledet oppdagelse, pasientens arbeidsbøker/tankedagbok gode redskaper Vrangforestillingens innhold blir som regel tydelig etter hvert når det jobbes med andre problemområder som depressive tanker og følelsesproblematikk. Målet er å samle nok informasjon til å kunne forstå sammenhengen mellom utviklingen av vrangforestillinger og negative livserfaringer med bekymringer og frykt. Det kan virke negativt inn på alliansen eller samarbeidet om terapeuten prematurt fokuserer på vrangforestilte ideer (Grande og Jensen 2016).

I denne ABC-modellen hører vrangforestillingene til i kategori B. De er urimelige, feilaktige og overdrevne tolkninger av en hendelse A. De kan, men må ikke nødvendigvis, medføre ubehag eller forstyrrelser ved konsekvens C.

Aktiviserende hendelse(A)	Antakelser og tanker(B)	Konsekvenser(C)
Lyden av bil som slakker ned farten like ved der jeg sykler.	Noen er ute etter å kidnappe meg og skade meg.	Blir engstelig og redd og får panikk og sykler utom veien og skader meg.

Kognitiv kasusformulering: Ifølge Berge og Repål (2010) er kasusformulering en samling hypoteser om hva som kan ha bidratt til, og som er med på å opprettholde en pasients problemer og den skal tjene som en ramme for at man lettere skal se pasientens problemer i en meningsfull sammenheng. Formuleringen vil gi grunnlag for en behandlingsplan, men brukes også som et kompass som terapeuten bruker underveis i tett samarbeid med pasienten.

Grande og Jensen (2016) hevder at gjennom kasusformuleringen vil det underveis tegne seg et bilde av hvilke psykologiske funksjoner hypotesene har hatt tidligere, eller fortsatt har og hvordan ekstreme tolkninger av virkeligheten kan ha oppstått. Kasusformuleringen kan settes opp som en teksts eller skrives inn i et skjema. Pasienten må ikke bli overveldet av hypotesen. For lettere å forstå hvordan problemene griper inn i pasientens hverdag, er det lurt å starte med å få tak i pasientens opplevelser i aktuelle problemsituasjoner, og formuler tanker, følelser og atferd i en ABC-modell. Deretter kan man kartlegge pasientens livserfaring for å finne en sammenheng mellom pasientens reaksjoner og hendelsene. Denne modellen brukes dynamisk og vil gå frem og tilbake mellom livserfaringen, hendelsen og pasientens reaksjoner (Grande og Jensen 2016).

Hypoteser om hendelser som kan ha medvirket til problemene: I følge Berge og Repål (2010) bør pasient og terapeut diskutere mulige årsaker til de mest sentrale problemene og utforske om det er hendelser fra tidligere i livet/barndom som kan ha hatt betydning for pasientens problemer. Gjennom terapiforløpet vil man få god anledning til å gi psykoedukasjon og til å normalisere. For hvert alderstrinn kan man for eksempel spørre pasienten; «*Hva skjedde i ditt liv denne perioden?*» «*Hvordan var det hjemme?*» «*Hvordan var det på skolen?*» «*Hvem var dine nærmeste relasjoner?*»

Grande og Jensen (2016) fremholder at det er svært vesentlig å få frem styrker og positive erfaringer pasienten har, og kontinuerlig vise tilbake til disse under behandlingen. Man fanger opp pasientens ressurser underveis i samtalene eller man kan også få det fortalt fra andre. Det kan være lurt at pasienten har en arbeidsbok med avsnitt med «mine styrker» som utfylles underveis.

Negative automatiske tanker: Berge og Repål (2010) påpeker at man i kognitiv terapi er opptatt av tanker som fører til urimelige sterke følelser, som for eksempel plagsom angst. Det handler ofte om mentale bilder og tanker og mentale som fører til at man føler deg mørk til sinns. Disse tankene er ofte vanskelige å huske, kortvarige og lite gjennomtenkte. De er selvdrevne og kommer helt av seg selv, som katastrofetanker ved angst eller som pessimisme og selvkritikk ved depresjon.

Valg av mål: Grande og Jensen (2016) argumenterer for at terapeut og pasient skal lage en problemliste sammen og deretter bli enige om hvilket problem de skal ha fokus på å løse først i terapiforløpet. Det er som regel en fordel å begynne med et problem som er mulig å løse innen kort tid. Om pasienten har høyt symptomtrykk, kan det være hensiktsmessig å arbeide med et konkret symptom eller problemstilling. Man kan med fordel forsøke å løse de mindre plagsomme problemene før man griper an de mer alvorlige og mer langvarige problemene. Problemlisten må både revurderes og modifiseres i samarbeid med pasienten under terapiprosessen ifølge Grande og Jensen (2016).

3.0 Empiri

Akutt-teamet kom i kontakt med Gro etter en sykkelulykke hvor hun i etterkant havnet på sykehuset. Personalet ved sykehuset reagerte på de ikke fikk kommunisert med henne og på at hun var mistenksom mot personalet. De hadde mistanke om at ulykken var en bevisst handling fra pasienten. Personalet ved sykehuset tilkalte akutt-teamet for å gjøre en psykiatrisk vurdering.

Ved første konsultasjon ble det mest til at Gro bekreftet og avkreftet spørsmål ved enten å nikke eller riste på hodet. Vi vurderte at hun kunne være i sjokk og vi valgte å følge opp pasienten etter utskrivelse. Vi visste veldig lite om pasientens psykiske helse men ble betrygget av at hun gikk med på å ta imot AAT neste dag. Hun bodde fortsatt hos sine foreldre. I konsultasjonene var det psykologen i teamet vårt som hadde hovedansvaret for å føre samtalen mens jeg fikk en slags rolle som observatør. Jeg hadde nylig begynt i AAT og ble med for læringen sin del i de påfølgende konsultasjonene.

Gro fortalte at hun så langt tilbake hun kunne huske hadde følt seg annerledes enn alle andre. Hun var nå 19 år gammel og fortalte at hun var lei av å ha det slik som hun hadde det, og at hun hadde lyst til å ha et liv hvor hun kunne leve som alle andre. Det ble ofte i barn og ungdommen bemerket og stilt spørsmål om hvorfor hun var så stille og sjenert. Hun fortalte at hun følte seg utestengt av medelevene på skolen og om foreldre og andre voksne som ikke tok henne på alvor når hun forsøkte å si fra om hvordan hun hadde det. Hun sa at foreldrene maste mye på henne om at hun måtte komme seg ut av rommet sitt og at de sikkert ønsker å bli kvitt henne. Hun begynte i 14 års alderen å tro at hele verden var

imot henne og at alle ønsket å skade henne, også foreldrene og resten av familien. Hun trodde at hun var utsatt for et slags konspirasjon. Hun kjente på total ensomhet og følte seg alene i hele verden. Hun hadde også en oppfatning om at hun kom fra en annen planet og at hun var fra et helt annet folkeslag enn resten av befolkningen i verden. Hun betrygget seg selv med at hun skulle tilbake til sin «ekte» familie en dag.

Det gikk flere samtaler før pasienten fortalte om sine vrangforestillinger. En kognitiv kaususformulering ble til underveis i terapiforløpet, slik at vi fikk en kortfattet oversikt over de viktigste faktorene både fra fortiden og nåtiden som kunne ha bidratt til å utvikle og opprettholde Gros problemer.

Et utdrag fra samtalen mellom Gro og terapeuten slik jeg husker den gikk slik;

Terapeut: *«Kan du fortelle meg mer om hva som skjedde den kvelden du syklet deg utenfor veien»?*

Gro: *«Det var noen som kom i en bil bak meg, de var ute etter å ta meg, jeg ble så redd, så husker jeg ikke mer før jeg våknet på sykehuset».*

Terapeut: *«Hvem er det som er ute etter å ta deg»?*

Gro: *«En tanke jeg har er at jeg er en del av en konspirasjon. At alle i verden vet hvem jeg er og er ute etter å skade meg. Jeg tenkte på dette mens jeg syklet og tenkte at de ville komme og ta meg».*

Terapeut: *«Så du tenker altså at alle i hele verden ønsker at du skal bli skadelidende på en eller annen måte»?*

Gro: *«Ja».*

Terapeut: *«Hvordan får disse tankene deg til å føle»?*

Gro: *«Jeg føler meg veldig ensom. Og så føler jeg meg utrygg når jeg sammen med andre mennesker også når jeg er sammen med foreldrene mine».*

Terapeut: *«Det må jo være en helt forferdelig opplevelse»?*

Gro: *«Ja, jeg er kjemperedd».*

Terapeut: «Hvor mye tror du på at det faktisk er slik at alle i hele verden er ute etter å skade deg på en eller annen måte?»

Gro: «Det er jeg 100% sikker på!»

Terapeut: «Så du er 100% overbevist om at det er slik?»

Gro: «Ja».

Terapeut: «Hvor lenge har det vært slik da?»

Gro: «I mange år. Det har vært slik siden jeg startet på ungdomskolen tror jeg.....».

Det ble fokusert mye på disse to spørsmålene under samtalen.

Terapeut: «Hva er det som taler for at disse tankene du har stemmer?»

Terapeut: «Er det noe som taler for at disse tankene ikke stemmer?»

Under siste samtalen før pasienten ble overført til en fast behandler ved poliklinikken ble Gro spurt om hvor sannsynlig hun syntes disse tankene om konspirasjon fra hele verden var nå?

Gro svarte at hun syntes det var sannsynlig men at det kanskje var mindre sannsynlig nå.

Terapeut: «Hvor mye i prosent tror du på at tanken om at alle i hele verden er ute etter å skade deg på en eller annen måte nå?»

Gro: «hmm...kanskje 70%».

4.0 Drøfting

4.1 En analyse av Gros tenkemåter og vansker i lys av et kognitivt perspektiv og abc-modellen.

Vanligvis så har ikke akutt-teamet så langvarig kontakt med pasientene som jeg og teamets psykolog fikk her, men siden Gro motsatte seg annen behandling fikk vi en del timer sammen og det følte som om vi var på god vei til å få en bra terapeutisk allianse før Gro gikk over til fast oppfølging og utredning.

Gjennom samtaler kom det mer og mer frem at Gro hadde en del feiltolkninger, hun slet også med angst og hadde mange symptomer på depresjon. Hennes hoved-opplevelse var at «alle var ute etter henne». I følge Kringen (2011) er slike feiltolkninger «positive» symptom ved schizofreni. Kråkevik et al. (2013) fremholder at kognitiv atferdsterapi har god virkning på reduksjon av positive symptom ved schizofreni og Hutton et al. (2014) hevder at kognitiv tilnærming har god effekt for reduksjon av angst, depresjon og forbedret selvbilde.

Tankeskjevheter/tankefeller: *Attribuerering av intensjoner* er ifølge Berge og Repål (2010) at man tror at hendelser er motivert av andres holdninger og følelser mot en, ofte med en positiv eller negativ hensikt. I Gro sitt tilfelle, kan attribuerering være at hun tenker: «Foreldrene mine maser om at jeg må gå ut fordi de ønsker at jeg skal blir kidnappet». En person som ikke tenkte med attribuerende intensjoner hadde kanskje tenkt. «De er sikkert bekymret for at jeg sitter så mye inne og vil at jeg skal være mer sosial».

Ifølge Berge og Repål (2010) innebærer *intensjonaliserende skjevheter* at man attribuerer onde og fiendtlige intensjoner til andre menneskers handlinger. Den type feilfortolkning virker fremtredende hos Gro. Når bilen kjørte bak Gro så tenkte hun at de var ute etter å ta henne, det kan være en intensjonaliserende skjevhet. En annen som ikke hadde slike feiltolkninger kunne ha tenkt at bilen måtte slakke ned farten for at det skulle være trygt å kjøre forbi.

Gro attribuerer stadig til at andre ikke vil henne vel og at de har fiendtlige intensjoner mot henne.

Gro hadde bisarre vrangforestillinger om at hun var fra en annet planet. Bisarre vrangforestillinger er tradisjonelt vektlagt ved diagnostisering av schizofreni, særlig ved førsterangsymptomer ifølge Andreassen og Melle (2012).

Grande og Jensen (2016) hevder at *egosentrisk orientering* innebærer at man ser seg selv som sentrum for andres tenkning. Gro hadde lett for å tenke at alt som skjedde rundt henne handlet om henne. F.eks. «Når de står slik og hvisker, er det helt sikkert om meg». En som ikke hadde en slik egosentrisk orientering ville kanskje ha tenkt at: «Tro hva for noe spennende de hvisker om?».

I følge Grande og Jensen (2016) er *overgeneralisering* det samme som «alt eller intet» tenkning. Det at Gro hadde en generell oppfatning av «*at alle var like*» virket derfor som en overgeneralisering. Uten å resonnerer over andre alternativer kom hun fort til beslutningen om at «*alle var ute etter henne*».

Gros *atferd* var at hun isolerte seg mye, hadde lite kontakt med foreldrene, selv om de bodde i samme hus.

Gros *følelsesmessige komponenter* var at hun hadde en overordnet følelse av å være ensom, nedstemt og veldig redd. I situasjonen som hun fortalte om, så var hun mest redd, men i de første samtalene kom det frem følelser som ensomhet og nedstemthet.

Når vi setter komponentene sammen i en ABC-modell er det lettere å se.

SITUASJON (A)	TANKER (B)	FØLELSER/konsekvens (C)
. Hører lyden av bil som slakker ned farten like ved der jeg sykler. Sykler av veien og skader meg.	Alle er ute etter å kidnappe meg og skade meg. Hjelper ikke om foreldrene kommer heller for de vil også skade meg.	<i>Konsekvens:</i> Isolering Blir engstelig og redd, føler meg trist og ensom.

Vi kunne se at det var en sammenheng mellom hennes tanker, følelser og atferd. Hun tenkte at hele verden var ute etter henne, det gjorde henne trist og redd, for å beskytte seg selv så holdt hun seg mest mulig for seg selv (trygghetssøkende strategi). En slik atferd kan opprettholde den negative sirkelen. Når hun holder seg for seg selv så er hun trygg, men så blir hun trist fordi hun er så ensom. Når hun holder seg for seg selv kan hun gå glipp av erfaringer som kan motbevise hennes negative oppfatninger av andre. I følge Skodlar et al. (2013) kan en ved en mer fenomenologisk tankegang tenke seg en mer kompleks sammenheng mellom vrangforestillingene og frykten Gro kjenner på, at det kan være at Gro danner seg vrangforestillinger for å beskytte seg mot frykten. Og forsøker man å redusere vrangforestillingene kan det være at Gro får et økt symptomtrykk på angst og depresjon.

Reallitetstesting: Gro fortalte om (A) en bil som kom bak henne og var ute etter å ta henne (C) hun ble livredd fordi (B) alle var ute etter henne. Det kunne tyde på at Gro resonnerer lite før hun kom til sine konklusjoner. Det er et vanlig kjennetegn hos pasienter med vrangforestillinger at de hopper fra A til C uten å reflektere noe særlig over B. Anreassen og Melle (2012) fremholder at vrangforestillinger er forestillinger som er feilaktige og fastholdes på tross av informasjon om manglende riktighet. En som resonnerer mer ville ha kanskje ha oppfattet det slik; (A) «*Det kommer en bil som slakker på farten bak meg*». (B); «*Sjåføren vil at det skal være helt trygt å kjøre forbi meg*». Følelsene hadde da blitt helt annerledes, (C); «*Det føles trygt å sykle her*».

Stress-sårbarhetsmodellen/leveregler: Gro hadde få venner på skolen og hadde alltid følt seg annerledes og utestengt av sine medelever, hun ble ikke tatt på alvor av foreldrene og andre voksne når hun forsøkte å si fra om hvordan hun hadde det. Dette kan ha ført til dannelse av negative primære leveregler hos henne. Utestengingen og følelsen av ikke å ha blitt tatt på alvor av foreldrene kan ha ført til at hun har negative primære leveregler om seg selv, for eksempel; «*jeg er ikke verdt noe*», eller om andre; «*du kan ikke stole på andre*» og om verden; «*verden er utrygg*». I følge Berge og Repål (2010) så kan akutt eller pågående stress over tid aktivere levereglene og dermed påvirke informasjonsbearbeidingen. Resultatet kan bli at levereglene forsterkes ytterligere. Under sykkelturen så kan det være at «de negative automatiske tankene» ble aktivert og det førte til at hun feiltolket situasjonen og ga opphav til en strøm av negative automatiske tanker i bevisstheten hennes.

Vrangforestillinger: Denne grunnleggende antagelse av at «*alle er ute etter meg*» kan ha hatt en mening for pasienten. Det kan være at Gro var redd for å forholde seg til andre, hun ble utestengt av jevnaldrende i barndommen, hadde få venner, stolte ikke på foreldrene og andre voksne. Kanskje det å unngå andre var en slags trygghetsstrategi, slik at ved å unngå andre så beskyttet hun seg fra å bli såret. Grande og Jensen (2016) og Skodlar et al. (2013) fremholder at vrangforestilling kan ha en mening og ha en lindrende effekt.

Kasusformulering: Når vi fyller inn opplysningene i en kasusformulering som er modifisert etter Beck (2009) i Grande og Jensen (2016), kan vi få en oversikt over Gros

problemer, hvordan de har oppstått, hva som har opprettholdt dem og hva slags intervensjoner som kunne hjulpet.

1. *Erfaringer som er opprinnelsen for primære leveregler:* Utestenging og få venner helt fra barndom. Svært sjenert. Følt seg annerledes så lenge hun kan huske. Følte ikke at foreldrene eller andre voksne tok henne på alvor når hun fortalte hvordan hun hadde det.
2. *Primære leveregler:* Jeg er annerledes, andre er ute etter å skade meg, Ingen er til å stole på, verden er ikke trygg
3. *Sekundære leveregler:* Dersom jeg viser meg for andre vil jeg bli skadet eller såret, derfor må jeg holde meg for meg selv.
4. *Kompenserende strategier:* Jeg holder meg for meg selv for jeg vil ikke at noen skal ta meg, jeg vil ikke bli skadet eller såret og jeg slipper å forholde meg til noen.
5. *Situasjon (A):* Sykler hjem fra jobb, en bil slakker på farten bak henne. Hun sykler av veien og skader seg.
6. *Negativ Automatisk tanke (B):* Verden er farlig, alle er ute etter å skade meg, kan ikke stole på andre, jeg er annerledes enn alle andre. Alle er ute etter meg, de skal kidnappe meg og skade meg.
7. *Følelse (C):* Frykt, panikk, ensomhetsfølelse, trist.
8. *Handlinger/Atferd (C):* Syklet fort for å komme seg unna og syklet av veien. Isolering.

4.2 Betydningen av alliansebygging og muligheter/begrensninger i relasjonen.

Kognitiv terapi er en konkret, tydelig og strukturert terapi som ifølge Kråkevik et al. (2013) er velegnet for pasienter med schizofreni og med positive symptomer som vrangforestillinger, men det kunne ha vært slik at Gro faktisk var så preget av andre symptomer av schizofreni at hun ikke hadde hatt kapasitet til å jobbe kognitivt. Andre hindringer kunne vært at hennes manglende sykdomsinnsikt samt at tidligere negative erfaringer fra andre mennesker hadde gjort henne skeptisk, slik at det ble vanskelig å få hennes tillit og det kunne blitt vanskelig å få henne motivert og engasjert i terapien. For at terapien skulle få en mulighet til å lykkes introduserte vi kognitiv terapi veldig sakte og vi trådte veldig varsomt. Vi tenkte det var trygt å prøve denne terapiformen fordi pasienten viste interesse for å åpne opp om sine vrangforestillinger og resonerte såpass godt over andre alternative tenkemåter tidlig i behandlingsforløpet. Andreassen og Melle (2012) fremholder at behandling av personer med schizofreni primært består av medikamentell behandling kombinert med psykososial støtte og individuelt tilpasset, praktisk orientert rehabilitering, men Gro ville ikke motta medikamentell behandling så lenge akutt-teamet hadde kontakt med henne. Medikamentell behandling var derfor ikke mulig selv om det sannsynligvis ville ført til raskere bedring av hennes symptomer.

Det er ikke alltid så lett å danne allianser med pasienter som har schizofreni. Berge og Repål (2010) fremholder at det er viktig å sette av god tid til å etablere en trygg og god allianse og at dette har førsteprioritet og overstyrer alle andre intervensjoner. Vi har under alliansebyggingen fokusert på at Gro skulle føle seg akseptert for den hun var. Det presiseres i Berge og Repål (2010) at pasientens opplevelse av alliansen med behandler ofte ikke er den samme som behandlerens opplevelse, og at dette derfor må sjekkes ut kontinuerlig under behandlingen. Dette måtte vi være oppmerksom på i møte med Gro. Selv om vi oppfattet det som om Gro til en viss grad stolte på oss, så var det allikevel dager der hun var mer mistenksom. Da var hun mer tilbaketrukket og stille. Når det kom slike dager var vi forsiktige med å stille for mange spørsmål og vi tenkte grundigere over hva vi sa. Vi forsøkte å tilpasse oss dagsformen hennes, slik at noen ganger varte samtalene bare 15 minutter, andre ganger 1 time, alt ettersom Gro følte for. Vi hadde aldri noen agenda og vi konfronterte aldri Gro. Grande og Jensen (2016) hevder at man kan forstyrre relasjonen til pasienten ved å konfrontere pasienten med at han tar feil, og det kan

føre til at pasienten oppfatter relasjonen som truende og at han trekker seg tilbake og kommer med motargumenter.

Grande og Jensen (2016) påpeker at pasienter som i likhet med Gro plages med mistenksomhet og lav selvfølelse, er svært sensitive for å føle seg misforstått, avvist og krenket. I tråd med hva Grande og Jensen (2016) anbefaler, var vi svært forsiktige med å komme med argumenter som talte mot hennes overbevisninger, men vi stilte sokratiske spørsmål som; «Hva er det som taler for at disse tankene du har stemmer»? «Er det noe som taler for at disse tankene ikke stemmer»? I tråd Berge og Repål (2010) åpnet spørsmålene opp for refleksjon og pasienten begynte å tvile på egne forestillinger. Ifølge Skodlar et al. (2013) finner pasienter ofte lindring i vrangforestillingene og at når vrangforestillingene avtar, føler de seg tom, isolert, frustrert, og deres selvmordstendenser kan øke. En annen pasient ville derfor kunne reagert annerledes og fått et mer uheldig utfall av dette enn Gro. Men siden Gro sa at hun var «lei av å ha det slik som hun hadde det nå» og at hun hadde lyst til å «ha et liv hvor hun kunne leve som alle andre» tolket vi det som at hun hadde motivasjon til å endre livet sitt og at hun tålte å få spørsmål som kunne så tvil om hennes forestillinger, og da Gro fortalte om sine uvanlige og skremmende opplevelser virket det som om Gro følte ubehag, men samtidig tenkte vi at hun var usikker på sine egne tolkninger om hva som var virkeligheten og hva som ikke var det, og at hun trengte hjelp til å sortere dette.

Vi forsøkte å være empatisk søkende, anerkjenne henne og viste henne forståelse for hennes ubehag ved å formidle genuin interesse og respekt for henne. Vi prøvde genuint å sette oss inn situasjonen som om den skulle være sann, for da klarte vi å forstå mer av hvordan hun hadde det. Selv om det var vanskelig for oss å tro på hennes forestillinger sa vi for eksempel: «*Det må jo være en helt forferdelig opplevelse*»? I og med at Gro åpnet opp om sine tanker og følelser og begynte å tvile på egne forestillinger kan man anta at hun følte seg trygg på oss og oppfattet oss som empatiske. I tråd med Grande og Jensen (2016), så vi at når vi tilnærmet oss pasienten som beskrevet ovenfor, så reflekterte pasienten i større grad rundt egne opplevelser og pasienten opplevde sine forestillinger som mindre skremmende og vanskelig og man forhindret frafall i terapien

Vi brukte god tid, lyttet til henne, forsøkte å forstå henne og bekrefte hennes opplevelser. Dette i tråd med Grande og Jensen (2016) som påpeker at enhver utforskning av pasientens

måte å forstå verden på er en empatisk prosess. Grande og Jensen (2016) fremholder at terapeutens evne til å vise empati og akseptere uvanlige opplevelser er av stor betydning for den terapeutiske relasjonen

Terapeuten brukte situasjoner fra eget liv der hun hadde «mistolket» hendelser. Dette for å «normalisere» vrangforestillinger og for å vise likeverdighet. Berge og Repål (2010) hevder at vi kan bruke oss selv dersom det er relevant i behandlingen. Vise at det er "normalt" å tenke litt feil eller at vi lett kan tenke slik på grunn av våre tidligere erfaringer. Når vi er engstelige, deprimerede eller vaksomme, øker sjansen for å misforstå hendelser. Berge og Repål (2010) hevder at normalisering av psykotiske symptomer kan hjelpe pasienten til å se at slike fenomener også forekommer hos ikke-psykotiske personer. Normalisering kan gi pasienten håp og redusere stigmatisering og angst knyttet til psykotiske symptomer.

Det kan være at den stadig aksepterende og bekreftende holdningen bidro til at Gro etterhvert åpnet. Vi nikket, lyttet og bekrefter henne med å si "*Hmm*" "*Jeg forstår*" "*kan du si mer om det?*" Ved ikke å konfrontere henne og ikke avbryte henne var sannsynligheten for at hun skulle være mer åpen større. Ved å lytte til at hun fortalte om livet sitt, fikk vi viktig informasjon som kunne hjelpe oss å forstå de mulige negative primære leveregler som lå under pasientens opplevelser. Berge og Repål (2010) hevder at leveregler ofte utvikles tidlig i livet, og er preget av hvordan vi har hatt det i oppveksten.

Ovenstående viser at å etablere en god arbeidsallianse er helt avgjørende om man skal lykkes med kognitiv terapi til pasienter med schizofreni og vrangforestillinger.

4.3 Hvordan kan Gro hjelpes videre i behandlingen?

I dette avsnittet beskrives det hvordan man kunne jobbet videre for å hjelpe Gro etter at hun har takket ja til å ta imot en mer langsiktig oppfølging innenfor psykisk helsevern. Man kan først tenke seg at Gro har blitt utredet poliklinisk eller ved døgntilbud og fått diagnosen schizofreni. Hun har startet opp med antipsykotika som Andreassen og Melle (2012) hevder er vanlig behandling ved schizofreni i dag, kombinert med andre tilpassete behandlingsformer.

Nowak et al. (2016) påpeker at tradisjonell kognitiv terapi stort sett fokuserer på symptomreduksjon på det mentale plan og er lite recovery-orientert og at det viser seg at det er stort behov for kognitiv atferdsterapi som går utover symptomreduksjon og som fokuserer mer på aktivitet og deltakelse. Man kunne tenkt seg at Gro kunne ha godt utbytte av å opprette kontakt med psykiatrisk hjemmetjeneste som kunne jobbet både kognitivt og recovery-orientert parallelt. Den medisinske oppfølgingen er også viktig og man kan se for seg at hun også har oppfølging av psykiater ved 2-linjetjenesten.

Hadde man fortsette å jobbe kognitivt med Gro, kunne det ha bidratt til at hun ble enda mer bevisst på sine tanker. Hun kunne lært seg gjennom teknikker å se på tankene sine og realitetsteste dem. I følge Berge og Repål (2010), kunne hun fått øynene opp for at hennes tanker ikke var sannheter og at de begrenset henne mye i hverdagen.

Hennes behandlere/primærkontakter kunne ha fortsatt og brukt ABC-modellen sammen med Gro for å få tak i hennes negative automatiske tanker. Ved å bruke denne modellen ville en kunne hjulpet henne til å bli mer bevisst på hvordan hun fortolker hendelser og at det kan være hensiktsmessige å bruke mer tid på å reflektere mer rundt tankene (B). Det som kognitiv forståelse av vrangforestillinger vektlegger, er at det er feiltolkninger (B) som forårsaker problemer i pasientens følelser og atferd. Dersom en kunne hjulpet Gro med å endre de fortolkningene hun har, ville det ifølge Berge og Repål (2010) ført til en endring i symptomene.

Hutton et al. (2014) og Kråkevik et al. (2013) hevder at effekten av et behandlingsforløp med kognitiv terapi er kortvarig hos de fleste pasienter med vrangforestillinger. Derfor ville det være mest hensiktsmessig at Gro jobbet kognitivt sammen med en primærkontakt/behandler som man visste skulle følge henne opp over tid.

Grande og Jensen (2016) fremholder at det er vesentlig å få frem styrker og positive erfaringer som pasienten har, og vise tilbake til disse ved enhver passende anledning. Å funnet frem til pasientens positive kvalifikasjoner kunne ha vært uvurderlige i arbeide med Gros problemer og jeg ser i etterkant at vi fokuserte alt for lite på dette.

Skodlar et al (2013) hevder at sammenhengen mellom vrangforestillingene, angst og depresjon er komplekst, og at når vrangforestillingene avtar kan pasientene føle seg tom,

isolert og frustrert. Deres selvmords tendenser kan også øke. Dette stemmer overens med hva Andreassen og Melle (2012) opplyser. De hevder at blant yngre pasienter tidlig i behandlingsforløpet skal økt risiko for selvmord være registrert. I ettertid ser jeg at vi kunne fortsatt lengre med å høre på Gros opplevelser og vanskeligheter i hverdagen før vi stilte spørsmål om hvor mye hun trodde på egne forestillinger. Siden hun ikke hadde støttepersoner utenom akutt-teamet som hun stolte på og kunne snakke med, kunne det vært en risiko for at hennes angst og depresjon forverret seg og at vi da hadde mistet arbeidsalliansen, og i verste falle risiko for selvmord. Det er derfor svært viktig å jobbe recovery-orientert samtidig som man jobber kognitivt. Slik kan pasienten hjelpes til å bygge nettverk og holde i gang de daglige rutiner, komme seg ut av isolasjonen og ville da muligens følt seg mindre tom og frustrert selv om vrangforestillingene avtok.

Man kan ut i fra ovenstående se at de viktigste momentene for å lykkes med behandling av personer med Schizofreni og vrangforestillinger er en god arbeidsallianse, recovery-orientert tenkning i kombinasjon med medisiner og kognitiv tilnærming. Kognitiv terapi blir derfor å betrakte som en liten komponent i en behandlingspakke.

5.0 Konklusjon /forslag til videre fagutvikling

Akutt-teamet har forholdsvis kortvarig behandlingskontakt med pasientene, derfor ville man sannsynligvis ikke kommet så langt på vei inn i et terapiforløp med kognitiv terapi. Jeg føler likevel at jeg vil få god bruk for kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom å skrive denne oppgaven.

Ved å ha alliansebygging som førsteprioritet, ha kasusformuleringen i bakhodet og tenke ABC-modell så kan man bruke en kognitiv tilnærming for å få en bedre forståelse av denne pasientgruppens problemer, man så av empirien i oppgaven at Gro begynte å tvile på egne tolkninger etter få samtaler med realitetstesting, men man bør passe på at pasienten har god støtte rundt seg og at man ikke går for fort frem med aktivt å realitetsteste pasientens vrangforestillinger, for når vrangforestillingene avtar kan pasientene ifølge Skodlar et al (2013) føle seg tom, isolert og frustrert og deres selvmords tendenser kan øke fordi de har dannet disse forestillingene for å finne lindring.

De siste årene har man sett en økning i bruk av kognitiv terapi for pasienter med schizofreni. Negative tanker og forventninger er faktorer som er med på å utvikle og opprettholde vrangforestillinger. Kognitive teknikker der man jobber med vrangforestillingene, normalisering og utforsker tankenes sannhetsverdi kan derfor være gode tiltak når målet er å redusere vrangforestillinger. Kråkevik et al. (2013) hevder at kognitiv terapi har best effekt på de positive symptomene ved schizofreni.

Schizofreni og vrangforestillinger gir stor personlig lidelse for pasientene det gjelder, det medfører ofte store økonomiske og samfunnsmessige belastninger og er også en stor belastning for pårørende. Utfallet av behandlingen pasienter med schizofreni og vrangforestillinger får, vil derfor ha stor samfunnsmessig og menneskelig betydning. Det blir derfor viktig i det videre arbeidet og forskningen rundt dette, å finne gode behandlingsmetoder som fungerer. Skodlar et al. (2013) fremholder at det er viktig å jobbe aktivt med å videreutvikle terapiformen kognitiv terapi til personer med Schizofreni i samarbeid med fenomenologiske terapiformer for å få en mer helhetlig terapeutisk tilnærming.

Hvis jeg skal være kritisk til kognitiv terapi i forhold til pasienter med schizofreni og vrangforestillinger, måtte det bli at pasienter med schizofreni ofte opplever reduserte kognitive evner. Under en psykose fungerer ikke hjernen optimalt og mange får problemer med kognitive funksjoner. Den mentale kognisjon kan bli så lav, at man dermed ikke har mulighet til å oppnå Meta kognisjon. Da blir det vanskelig for pasientene å være i stand til å reflektere rundt og regulere sine tanker.

Berge og Repål (2010) fremholder at kognitiv terapi alene sannsynligvis ikke er nok til å gjøre de store forskjeller og at man er avhengig av en solid terapeutisk allianse skal den lykkes og ifølge Andreassen og Melle (2012) består behandlingen av personer med schizofreni primært av en kombinasjon av individuelt tilpasset, praktisk orientert rehabilitering, antipsykotiske legemidler og psykososial støtte. Den kognitive terapien blir derfor bare er en liten «komponent» i en behandlings pakke, og for at terapien skal lykkes, burde det være et helhetlig behandlingsfokus som inkluderer familie og nettverk og om mulig medisiner. Dette stemmer også overens med hva en har konkludert med etter å ha drøftet empiri ved hjelp av faglitteratur og nyere forskning i denne oppgaven.

Referanser

Andreassen, Ole A, Ulrik Fredrik Malt, Ingrid Melle og Dag Årslund. 2012. «Schizofreni, schizotyp og schizoaffektiv lidelse» i *Lærebok i psykiatri*. 3 utg, red. Andreassen og Melle, s 356. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Andreassen, Ole A, Ulrik Fredrik Malt, Ingrid Melle og Dag Årslund. 2012. «Schizofreni, schizotyp og schizoaffektiv lidelse» i *Lærebok i psykiatri*. 3 utg, red. Andreassen og Melle, s 358. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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

Cullberg, Johan. 2005. *Psykosser : Et integrert perspektiv*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget AS

Grande, Marit og Lene Hunnicke Jensen 2016. *Kognitiv terapi ved psykose*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hutton, Paul, Anthony P. Morrison, Melissa Wardle og Adrian Wells. 2014. "Metacognitive Therapy in Treatment-Resistant Psychosis: A Multiple-Baseline study". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.(42): 166—85.

Kringen, Einar. 2011. *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Kråkevik, Bodil, Rof W Gråve, Roger Hagen og Tore C. Stiles. 2013. «Cognitive Behaviour Therapy for Psychotic Symptoms: A Randomized Controlled Effectiveness Trial». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. (41):511-524.

Nowak, Izabela, Carla, Sabariego, Piotr, Switaj og Marta Anczewska. 2016. "Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions". *BMC Psychiatry* 16:228

Skodlar, B, Henriksen, Sass, Nelson og Parnas. 2013. «Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Critical Evaluation of its Theoretical Framework from a Clinical-Phenomenological Perspective». *Psychopathology*(46): 249-265