



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Kognitiv terapi i møte med vrangforestillinger

Linda Therese Helseth Aure

Totalt antall sider inkludert forside: 33

Molde, 18.04.2020



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, 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"/> |

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

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

Dato: 01.03.20

Antall ord: 8187

Sammendrag

Basert på min arbeidserfaring fra akuttpsykiatrisk avdeling, og praksiserfaring fra ambulant team, har jeg møtt mange pasienter med psykoselidelser. Jeg har flere ganger erfart at denne pasientgruppen kan ha vansker med konsentrasjon, planlegging, læring og organisering. I perioder kan det for mange gi utfordringer i hverdagen som gjør daglig fungering svært problematisk. Å kommunisere og komme i posisjon til å hjelpe pasienter med en annen virkelighetsoppfatning er noe som kan være vanskelig. Jeg har flere ganger opplevd at mine velmente råd blir misforstått, noe som kan bidra til usikkerhet hos både meg og pasienten. Jeg ønsker derfor å få mer kunnskap om hvordan jeg som miljøarbeider kan tilnærme meg pasienter med vrangforestillinger på en trygg og hensiktsmessig måte. For å erverve meg denne kunnskapen ønsker jeg å finne ut om kognitiv terapi kan være en god behandlingsmetode til pasienter med vrangforestillinger. For å begrense oppgavens omfang blir det lagt vekt på hvilken betydning alliansen har for terapien, samt kortfattet beskrivelse av utvalgte metoder som kan brukes som en del av behandlingen.

I teoridelen presenteres begrepet psykoselidelse, vrangforestillinger og utfordringer det kan føre med seg. Videre introduseres utvalgte begreper innenfor kognitiv terapi, hvor alliansebygging er vektlagt da dette er fundamentet for et godt terapiforløp. I diskusjonsdelen forsøker jeg å besvare oppgavens problemstilling og delproblemstillinger ved å diskutere narrativet opp mot utvalgt teori og forskningsartikler. Avslutningsvis påpekes det viktige funn fra diskusjonen og forslag til videre forskning.

Innhold

| | |
|---|-----------|
| Introduksjon | 1 |
| Problemstilling | 2 |
| Litteratursøk | 3 |
| Teori | 4 |
| Psykoselidelser | 4 |
| Vrangforestillinger | 4 |
| Kognitive utfordringer ved vrangforestillinger | 5 |
| Kognitiv terapi | 6 |
| Alliansen, en god terapeutisk relasjon. | 7 |
| Kasusformulering | 8 |
| ABC-modellen. | 9 |
| Den kognitive modellen for vrangforestillinger..... | 10 |
| Mestringsstrategier | 11 |
| Psykoedukasjon / normalisering | 12 |
| Empiri | 13 |
| Diskusjon | 15 |
| Hvor sentralt er det å etablere og opprettholde en god allianse? | 15 |
| Hvilke metoder kan brukes i videre behandling for å redusere symptomtrykket i relasjon til paranoide vrangforestillinger? | 18 |
| Kartlegging, sokratiske spørsmål og ABC-modellen..... | 19 |
| Avslutning/konklusjon | 23 |
| Litteraturliste | 25 |

Introduksjon

Som sykepleier på en akuttpsykiatrisk avdeling møter jeg mange mennesker med ulike problemstillinger og diagnoser. Ofte møter jeg mennesker med ulike typer vrangforestillinger, som for eksempel hørselshallusinasjoner, synshallusinasjoner og/eller paranoide vrangforestillinger. Denne pasientgruppen kan bestå av de som har vært innlagt flere ganger tidligere, og som er kjent med årsaken til sine vrangforestillinger, eller de som er innlagt for første gang og med ukjent årsak til vrangforestillingene. I møte med denne pasientgruppen blir jeg ofte usikker på om miljøterapien jeg tilbyr er riktig: Hvordan skal jeg forholde meg til vrangforestillingene? Ønsker vedkommende behandling, eventuelt hvilken? Er alliansen god nok, eller bør jeg fokusere mer på alliansen før jeg iverksetter tiltak som miljøterapeut? Bør jeg forsøke å iverksette tiltak? Hvilke tiltak er i så fall helsefremmende eller symptomlindrende for pasienten?

I videreutdanningen har vi fått innføring av de ulike perspektivene, og jeg ble raskt fascinert av kognitiv terapi. I min praksis på ambulant team var jeg så heldig at teamet holdt på med utdanning innenfor kognitiv terapi, jeg fikk dermed blitt med på mange undervisninger og samtaler med fokus på perspektivet. Store deler av pasientgruppen jeg hadde ansvar for led av vrangforestillinger. Dette førte til at jeg ervervet meg mer kunnskap om både kognitiv terapi og vrangforestillinger, og dermed tryggere i møte med denne pasientgruppen. Hvert tilfelle er selvfølgelig individuelt, og det finnes ingen oppskrift på hvordan en kan gi den beste miljøterapien i de ulike tilfellene. Men ved hjelp av kognitiv terapi opplevde jeg at vi møtte pasienten der han/hun er nå og at det ble etablert et samarbeid mot et felles mål. Dette er noe jeg mener kan gi mestringfølelse hos både pasienten og terapeuten.

Grande og Jensen (2016) nevner at det ikke nødvendigvis er et mål å fjerne vrangforestillingene, hallusinasjonene eller de negative symptomene pasientene har. Men heller via kognitiv terapi lære seg metoder å håndtere de på, slik at det bidrar til bedre mestringfølelse. Dette kan i beste fall føre til at intensiteten og frekvensen på symptomene svekkes. Det påpekes også at ved slik behandling er det svært viktig at pasienten evner å samarbeide og ønsker å være deltagende, da dette er selve drivkraften i behandlingen. Ved hjelp av denne oppgaven vil jeg prøve å komme frem til hvordan jeg på best mulig måte kan bruke kognitiv terapi som behandlingsform til pasienter med

vrangforestillinger. Dette vil jeg forsøke å komme frem til ved hjelp av empiri, litteratur om temaene og forskning jeg har funnet i skolens databaser.

Problemstilling

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut om kognitiv terapi kan bidra til å redusere symptomtrykk hos pasienter med paranoide vrangforestillinger. I forsøk på å oppnå dette tar jeg utgangspunkt i «Arne», en mann i 20 årene som for 1 år siden var langvarig innlagt på en akuttavdeling på grunn av paranoide vrangforestillinger. Han har siden utskrivelse hatt oppfølging av ambulant team, noe han selv ønsker. Den siste tiden har Arne slitt med lite søvn og stress på jobben, noe som har ført til forverrelse av hans paranoide vrangforestillinger. I denne sammenhengen ønsker jeg å se nærmere på hvilken betydning alliansen har i behandlingen. Narrativet inkluderer grove trekk fra akuttinnleggelsen for å få med at det var etablert en relasjon fra før.

Dette gir grunnlag til følgende problemstilling og delproblemstillinger:

-Kan en ved bruk av kognitiv terapi hjelpe pasienter med paranoide vrangforestillinger?

Delproblemstillinger:

- Hvor sentralt er det å etablere og opprettholde en god allianse?
- Hvilke metoder kan brukes i videre behandling for å redusere symptomtrykket i relasjon til paranoide vrangforestillinger?

Litteratursøk

For å besvare problemstillingen og delproblemstillingene har jeg valgt å bruke pensumlitteratur og forskningsartikler om vrangforestillinger og kognitiv terapi. I teoridelen er det i hovedsak representert teori fra Berge og Repål (2010) og Grande og Jensen (2016).

Før jeg startet søket etter relevante forskningsartikler brukte jeg en del tid på å prøve å finne meningsbærende søkeord som kunne svare på problemstillingen. Det ble prøvesøkt i databasene, noe som førte til justering av søkeordene, «hallusions» ble for eksempel byttet med «delusions» da jeg opplevde det gav riktigere treff. For å få mer oversikt over søkeordene benyttet jeg meg av et PICO-skjema (se Figur 1), og der det var mest nærliggende, jfr. problemstillingene, å kun benytte P («problem») og I («Intervention»).

Figur 1: PICO-skjema.

| P | I | C | O |
|--------------------------------|------------------------------------|---|---|
| Psychosis/ psykose | Cognitive therapy/ kognitiv terapi | | |
| OR | OR | | |
| Delusions/ vrangforestillinger | Cognitive behavior therapy | | |
| OR | OR | | |
| Paranoia/ Paranoia (psychosis) | Behavior therapy | | |

Etter kombinerings av OR som det kommer frem i Figur 1, ble summen av P og I kombinert med AND. Søkeresultatene varierte veldig om jeg søkte i databasen PsycInfo, MEDLINE eller SveMED+, med alt fra 3 til over 2000 funn. Søket ble videre begrenset til artikler fra «2015-current», og at de måtte finnes i «fulltekst», resultatet ble da 30 treff. Deretter ble sammendragene på artiklene lest, og 4 ble valgt til bruk i oppgaven, hvor 3 var fra England (Cella 2017, Lincoln og Peters 2017, Kingdon og Turkington 2017) og 1 fra Norge (Bruaset, Sundbye og Midgaard 2017).

Teori

Psykoselidelser

Psykoselidelse viser seg som periodevise forstyrrelser av personenes virkelighetsoppfatning. Personens tankesett, sanseoppfatning og oppførsel endrer seg, og det å skille fantasi og virkelighet blir vanskelig. En psykose innebærer derfor store variasjoner når det gjelder symptomtrykk, intensitet og varighet. Dette gjør at personer med psykose opplever den svært ulikt, noen opplever forvirring, følelsesmessig ubehag og nedsatt hverdagsfungering, mens andre opplever nærmest det motsatte. En psykose kan være en del av symptombildet ved blant annet sykdommer som schizofreni, bipolar lidelse og depresjon, men kan også skyldes andre årsaker, som for eksempel rusmisbruk. Hva en person med psykose opplever er noe alle mennesker til en viss grad kan klare å gjenkjenne seg i, dette skyldes at en psykose består av gradforskjeller og ikke vesensforskjeller mellom det å være psykotisk eller ikke-psykotisk (Grande 2016).

Ifølge Lincoln og Peters (2017) har kognitiv adferdsterapi til psykosepasienter utviklet seg til å fokusere på spesifikke symptomer. De beskriver at kognitiv terapi er en akseptert tilleggs terapi for personer som lider av plagsomme psykotiske symptomer, hvor målet er at pasienten opplever redusert lidelse og forbedret funksjon og velvære. Studien deres var en metaanalyse hvor de fokuserte på symptomspesifikke kognitive adferdsmessige tilnærminger til vrangforestillinger og hallusinasjoner. En av svakhetene de påpeker er at det foreligger en begrensning i selve metaanalysene, da mange av studiene de brukte hadde fokusert på heterogene pasienter og ulike kognitive tilnærminger, noe som førte til at vrangforestillinger og hallusinasjoner fikk sekundære utfallsmål, og funnene kan derfor være undervurdert i forhold til effekten kognitiv terapi har (Lincoln og Peters 2017).

Vrangforestillinger

Vrangforestillinger er det vanligste symptomet på en psykose, uavhengig av årsak. Om en persons virkelighetsoppfatning eller tankeinnhold ikke lar seg bevises eller deles med andre, kaller en det en vrangforestilling. En vrangforestilling kan utarte seg på mange ulike måter og i ulik grad av intensitet, for eksempel kan noen oppleve overbevisning over at de

blir styrt av en spesiell kraft, eller at de kan styre andre fordi de har magiske evner. Det kan også forekomme overbevisning om at de kan lese andres tanker, eller at andre leser deres tanker. De kan tilføre magisk betydning til ting de observerer rundt seg, for eksempel liten hund betyr at noen dør. Alle disse forestillingene oppleves reelle for vedkommende som lider av vrangforestillinger (Berge og Repål 2010). Vrangforestillinger farger personens oppfatning slik at de automatisk feiltolkes. For eksempel kan en person som lider av vrangforestillinger være overbevist over å bli forfulgt, og at andre er ute etter å skade vedkommende, da det ofte er oppfatninger som støtter vrangforestillingene som slipper igjennom. Dette fører til at personen går i paranoid beredskap, og ser farer og trusler i situasjoner hvor personer uten denne oppfattelsen opplever noe unormalt. Dette kan føre til at vedkommende ønsker å unngå situasjoner som fører til ubehag, og dermed isolere seg mer og mer, noe som fører til at vedkommende ikke får testet ut om de opplevde antagelsene stemmer eller ikke (Grande 2016). Den vanligste vrangforestillingen er paranoid psykose. Den lar seg som oftest ikke korrigere og er som regel langvarig. Personer som lider av denne lidelsen har ofte en privat, personlig og emosjonelt ladet forestilling som gjerne er motsatt av det omgivelsene betrakter som tilfelle. Og det er vanlig med feilaktige forestillinger om å bli motarbeidet, forgiftet eller forfulgt (Malt 2018).

Kognitive utfordringer ved vrangforestillinger

Ved psykose er intellektuelle evner intakte, men hjernen fungerer allikevel ikke optimalt fordi. Dette fører til at mange med psykose har vansker med kognitive funksjoner. En person med vrangforestillinger kan ha vansker med å holde fokus og den daglige fungeringen kan være utfordrende. Dette kan vise seg som for eksempel vansker med å bearbeide informasjon, planlegge egen hverdag, følge med i samtaler, huske avtaler eller ha konsentrasjon til å se en film. Å forstå følelser, tanker og motiver hos seg selv og andre er ofte redusert, noe som gjør sosial problemløsning vanskelig for personer med vrangforestillinger. For en del av pasientene er vanskene midlertidige, men for mange utvikler det seg til permanente kognitive vansker. Å rette behandlingen mot de kognitive vanskene vil derfor være viktig, da det har stor betydning for pasientens prognose og best mulig fungering i hverdagen (Grande 2016). Celle og Wykes (2017) støtter at kognitiv

terapi kan være bidragsytende til at kognitive vansker blir redusert, samt at de har kommet frem til at det kan føre til forbedret funksjon hos pasienter med psykosesyndrom.

Kognitiv terapi

I 1964 la psykoanalytikeren Aaron T. Beck fundamentet for en ny psykoterapeutiske retning, nemlig kognitiv terapi. Under sin forskning oppdaget Beck at mennesker har en tendens til å ha mange selvkritiske og negative tanker om seg selv, noe som han omtalte som *automatiske tanker*. Han mente at det var disse tankene som bidro til at mennesker følte skam og skyld, ikke sinnet slik som Freud hevdet. Videre oppdaget Beck at en ikke behøvde å gjenoppleve erfaringer fra barndommen, eller analysere ubevisste konflikter for å kunne bli bedre. Han erfarte at pasientene hadde mye mer nytte av å reflektere over sine egne negative oppfatninger av omgivelsene, og ut fra det teste ut antagelsene som førte til problemer i realiteten. Ordet psykisk lidelse blir normalisert innenfor kognitiv tenkning. Psykiske plager handler, som nevnt tidligere, om gradforskjeller og det er disse som avgjør om man trenger hjelp eller ikke, om opplevelsen/problemet er ubehagelig eller om den styrer livet ditt. Kognitiv terapi prøver å forstå problemene andre mennesker har, normalisere de og på en slik måte hjelpe pasienten (Arnet, 2009).

Berge og Repål (2010) beskriver at kognitiv terapi er en bevisstgjøring av den indre samtalen med fokus på å granske egne tanker og stille seg undrende til antatte tankemønstre. Ordet kognisjon er latinsk og betyr tenking, erkjennelse og oppfatning (Grande 2016). Kognitiv terapi, også kalt adferdsterapi, er et paraplybegrep og dekker mange ulike behandlingsmetoder, som for eksempel dialektisk adferdsterapi, skjemat terapi, metakognitiv terapi og mindfulness. Å bruke kognitiv terapi som en behandlingsmetode innebærer et godt samarbeid mellom pasient og terapeut, hvor fokuset er rettet mot hvordan problemet påvirker hverdagen til pasienten. Det dreier seg i hovedsak om en «her og nå» tenkning, hvor pasientens opplevelse og behov er i sentrum. Som terapeuten må en alltid forsikre seg om at det foreligger en felles forståelse over hvilke problem/problemer pasienten ønsker å løse. Terapien går ut på at en sammen med pasienten identifiserer og erkjenner hva problemet går ut på, hvilke faktorer som gjør at det opprettholdes og kartlegging over hvordan en kan forebygge nye problemer. Dette krever at pasienten blir bevisst sine ressurser, interesser og sterke sider (Berge og Repål 2010). Et av funnene i Bruaset et.al (2017) beskriver at miljøarbeidere som har videreutdanning innenfor kognitiv

terapi føler på økt tro på seg selv som terapeuter, dette via at de har blitt bedre på planlegging, samt å gjennomføre meningsbærende samtaler under behandling av pasientene. Pasienter med blant annet vrangforestillinger bekrefter at de opplevde at kognitiv terapi bidrar til redusert ubehag. I studien til Kingdon og Turkinton (2017) påpekes det at kognitiv terapi for psykose er en anbefalt behandling i internasjonale retningslinjer, men at implementeringen har vært svært dårlig tross at det foreligger mye forskning som viser at det har god effekt. De nevner videre at det foreligger få behandlingsordninger internasjonalt som kan sikre at tiltakene som tilbys er de som viser seg å være effektive.

Alliansen, en god terapeutisk relasjon.

Allianse kan defineres på mange ulike måter, og betraktes derfor som et paraplybegrep. Allianse kan beskrives som samspillet mellom to personer i en terapissammenheng, hvor trygghet og tillit er hovedingrediensene, og hvor det er en lik forståelse for hva målet er, og hvilken metode/teknikk en skal bruke for å nå det spesifikke målet (Kåver 2012). For å kunne utvikle og iverksette en systematisk kognitiv tilnærming og et godt samarbeid mellom terapeut og pasient, er det grunnleggende med tillit og allianse. Å utføre terapeutiske endringer uten en god terapeutisk relasjon, vil nærmest være umulig (Berge og Repål 2010). Dette støttes også av funnen til Cella og Wykes (2017), hvor de beskriver at flere timer med kognitiv terapi mot vrangforestillinger var gunstig i de tilfellene hvor det var etablert en god terapeutisk allianse. De påpeker også at å gjennomføre flere behandlingstimer hvor det var en dårlig allianse mellom terapeut og pasient, hadde en negativ effekt og bidro til et dårlig utfall for pasientene.

Som terapeut er det viktig å forsikre seg om at tilliten og alliansen opprettholdes gjennom hele samarbeidet. Ved mistanke om at alliansen holder på å bryte, må en som terapeut gjenvinne tilliten før den videre behandlingen kan fortsette (Berge og Repål 2010). Cella og Wykes (2017) nevner at terapeuten må «trene» seg på å identifisere tidlige tegn på utkobling, samt være observant på andre tegn som kan indikere dårlig terapeutisk forhold. Hvor lang tid en må bruke for å oppnå en god allianse varierer fra person til person, og spesielt utfordrende kan det være for pasienter med psykosesymptomer, da denne pasientgruppen, som beskrevet tidligere, kan slite med blant annet hukommelse og konsentrasjon. Her er det særs viktig at terapeuten er bevisst over eget språk og metoden

en velger å bruke i behandlingen. Dette fordi pasienten skal ha de beste forutsetninger for å være delaktig i behandlingen (Berge og Repål 2010).

En god terapeutisk relasjon er det som må ligge til grunne for at terapien skal fungere, uten den blir det nærmest umulig å jobbe problemløsende. Det er alltid terapeuten som må legge til rette for at den gode terapeutiske alliansen skal oppstå. Terapeutens mål er å være empatisk, viser genuin interesse og respekt for pasienten. Som terapeut må en jobbe aktivt med å prøve å forstå pasientens perspektiv, føle på hva den andre føler og deretter formidle den forståelse tilbake til den andre. Det er pasienten som avgjør om du som terapeut oppleves empatisk eller ikke. Og for å kunne få best mulig utfall av behandlingen er det viktig at en som terapeut forsøker å kartlegge hvilken relasjon pasienten ønsker å ha, og jobbe etter det. En terapeutisk relasjon beskrives som det følelsesmessige båndet som utvikler seg gjennom et godt samarbeid og dialogen mellom terapeut og pasient. Hvor stort utbytte vedkommende har av terapien påvirkes av opplevelsen pasienten har av relasjonen til terapeuten. Gjennom gjensidighet, fortrolighet, tillit og respekt ovenfor hverandre, bidrar en til å skape den gode relasjonen. For å oppnå en god terapeutisk allianse kreves det at en har en god terapeutisk relasjon, at terapeut og pasient er enig om terapiens mål og hvilke metoder det skal anvendes for å nå målet. Dette forutsetter en likestilling mellom terapeut og pasient, hvor pasienten er ekspert på seg selv og sine tanker, mens terapeuten er ekspert på hvilken metode som passer best for å kunne løse problemet (Grande 2016).

Kasusformulering

Kasusformulering er når en bruker ulike hypoteser over hva som kan ha bidratt til at pasientens psykiske vansker har oppstått og hvorfor de opprettholdes.

Kasusformuleringene bidrar til et nært samarbeid mellom pasienten og terapeuten hvor pasientens problemer kan bli plassert i meningsfulle sammenhenger, og en kan utvikle behandlingsplaner for den videre behandlingen. En behandlingsplan inneholder gjerne mål, tiltak og eventuelt tidsperspektiv. Denne type kartlegging skjer vanligvis tidlig i terapien, da den motiverer til videre terapeutisk arbeid og styrker pasientens resurser. Det finnes mange ulike måter å formulere kognitive kasusformuleringer på, det mest brukte er:

- Kartlegge pasientens hovedproblem.
- Medvirkende årsaker til hvorfor problemet har oppstått.

- I hvilke situasjoner oppstår problemet?
- Hva gjør en for å unngå ubehag og konflikter?
- Har primære, sekundære eller kompenserende strategier betydning for problemet?

Ved bruk av en slik kartlegging legges det vekt på pasientens dysfunksjonelle tenkning og det aktuelle problemet for å kunne starte prosessen med å løse det. Kasusformuleringer benyttes gjennom hele terapien og revurderes fortløpende. Slike formuleringer lar pasienten beskrive og definere problemene sine med egne ord og tanker, noe som videre bidrar til at vi kan bruke det som et hjelpemiddel for å oppsummere endringer, få felles forståelse av problemet, og forebygge tilbakefall (Grande 2016, Berge og Repål 2010).

ABC-modellen.

Målet for bruk av kognitiv terapi er å hjelpe pasienten til å mestre og bli bevisst sine livsproblemer, endre uhensiktsmessige/negative tankemønstre og forsøke å finne årsaken til hva som har opprettholdt problemene. ABC-modellen er et verktøy som bidrar til bevisstgjøring av den indre samtalen, samt se sammenhengen mellom personens tanker, handlinger og følelser. ABC-modellen kan bidra til at en klarer å finne støttetanker, alternative og nyttige tanker som gir håp i vanskelige situasjoner (Bjørkly 2019, Berge og Repål 2010). Dette støttes også av Bruaset et.al (2017), hvor de påpeker at et viktig mål for kognitiv terapi er å hjelpe pasienten å identifisere negative tankemønstre gjennom å gi innsikt og forståelse av sammenhengen mellom negative tanker, ubehagelige følelser og uhensiktsmessig adferd.

ABC-modellen består av:

A - Activating event/ utløsende hendelse/situasjon.

B - Belief about/ Tanker knyttet til hendelse/situasjon

C – Consequences of belief/ Følelsene/konsekvensene knyttet til hendelsen/situasjonen

D – Alternative tanker til B (Støttetanker, alternative forklaringer)

(Bjørkly 2019, Berge og Repål 2010)

Å kartlegge pasienter med vrangforestillinger ut fra kliniske eller strukturerte intervjuer er ikke alltid gjennomførbart, men en kan forsøke å utforske de vrangforestilte ideene samtidig som fokuset ligger på allianse og relasjonsbygging. Å bruke ABC-modellen kan hjelpe til å innhente informasjon om utviklingen av vrangforestillingene, hvilke negative

livserfaringer som ligger bak og hvilken sammenheng de har. Men her må en passe seg for å ikke bli for fokusert på vrangforestilte oppfatninger, da det kan ha en negativ innvirkning på alliansen (Grande 2016).

Den kognitive modellen for vrangforestillinger

I den kognitive modellen er vrangforestillinger oppfattet som ekstreme feiltolkninger som har overtatt all kontroll på informasjonsbearbeidingen. Pasienter med vrangforestillinger hold gjerne fast på sine oppfatninger, selv om det motsatte er bevist. Vrangforestillingene opprettholdes og utvikles gjennom tankeskjevheter, tankefeller og nedsatt realitetstesting, kombinert med pasientens sårbarhet. **Tankeskjevheter består av:** 1. *Egosentrisk orientering*; Personen ter seg om han/hun er i sentrum av all oppmerksomhet og oppfatter seg selv som sårbar, overlegen eller allmektig. 2. *Eksternalisering*; Når en subjektive opplevelser blir tillagt eksterne årsaker. For eksempel at personen føler seg ukomfortabel i en situasjon, blir tolket som at samtalepartneren prøver å dumme ut vedkommende. 3. *Attribuering*; Tro på at hendelsen skyldes andres holdninger og følelser mot personen, ofte med positiv eller negativ hensikt. **Tankefeller:** Hos personer med vrangforestillinger er forhastede beslutninger, krisemaksimering, tenking utenfor kontekst, og kategorisk tenkning de vanligste tankefellene. Disse tankene blir ytterligere forsterket av tankeskjevheter. Personer med tankeskjevheter relaterer indre plager til eksterne årsaker ved å være på aktiv søken etter mulige årsaker og forklaringer i omgivelsene. Forhastede og urealistiske konklusjoner kan bli trukket fremfor å realitetsteste de. **Nedsatt realitetstesting:** Personer med vrangforestillinger oppfatter sine tanker som en realitet, ikke som tolkning av virkeligheten. Opprettholdelse av vrangforestillingene forekommer på grunn av nedsatt evne til å distansere seg fra tankene. **Stress sårbarhetsmodellen og levereregler:** Negative levereregler tidlig i livet utvikler seg gjennom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, og sammen kan de føre til at en person bli sårbar for utvikling av mistenksomhet, angst og depresjon, noe som i sin tur igjen kan legger grunnlag for å utvikle vrangforestillinger. En vrangforestilling er gjerne en utvidelse eller forlengelse av tidligere oppfattelser av seg selv og omverden. Ved store påkjenninger, som akutte hendelser eller pågående stress over tid, kan levereglene bli aktivert og påvirke informasjonsbearbeidingen, noe som i sin tur forsterke levereglene ytterligere. Personer med vrangforestillinger tillegger irrelevante hendelser en personlig betydning for å relatere det til den indre smerten. Å være overdrevent opptatt av miljøet rundt seg er vanlig, da

personen oppfatter seg selv om i fokus for omgivelsene. Ved paranoide vrangforestillinger fører tankeskjevhet til at man blir vurdert negativt, og andre mennesker blir ofte betraktet som uvennlige og fiendtlig (Grande 2016).

Mestringsstrategier

Mestringsstrategier er strategier en kan benytte seg av i forsøk på å håndtere en vanskelig situasjon/opplevelse på best mulig måte, og som på sikt fører til mindre ubehag omkring situasjonen/opplevelsen. Disse kan deles inn slik; **1. Kognitive Strategier;** som går ut på å skape avledning/få oppmerksomheten over på noe annet via oppmerksomhetsskifte, oppmerksomhetsinnsnevring eller normalisering (ufarliggjøre symptomene, tenke at det er flere i samme situasjon). **2. Motargumentering;** eller støttetanker, kan en benytte for å så tvil om egne tanker eller skape en diskusjon med seg selv. En kan benytte seg av *den vennlige støttespilleren* – hva ville du sagt til en venn? *Den pragmatiske* – Hva er nyttig for deg? Eller *den realistiske* – Hva er sjansen for at det skjer? **3. Adferdsstrategier:** Kan bestå av å *øke fysisk eller sosialt aktivitetsnivå*, noe som kan være hensiktsmessig ved for eksempel sosial angst, eller *redusere*, ved for eksempel hypomani. En kan også benytte *praktisk realitetstesting*, at en utsetter seg for det en opplever som sterkt ubehagelig/frykter. **4. Sensoriske strategier:** Skape avledning ved hjelp av å stimulere sansene, for eksempel hørsel, lukt etc. (for eksempel bruk av musikk ved hørselshallusinasjoner), eller kroppsstimulering for å trigge sanseapparatet (for eksempel bruk av tegnestift i sko ved debatter). Dette kan bidra til at negative tanker/opplevelser erstattes/overføres til noe som gir mindre ubehag. **5. Fysiologiske strategier:** Forsøke å gjøre det motsatte av hva reaksjonen tilsier, for eksempel ved bruk av *muskelkontroll* (spenne alle muskler så lenge du klarer, for så å slippe opp) eller *pusteteknikker* (puste i åttetall eller opp og ned), en får da fokuset bort fra situasjonen og konsentrasjonen blir på øvelsene (Bjørkly 2019). For å forstå når en skal kunne bruke en av strategiene, og bruke den riktig, kreves det metakognisjon av pasienten, altså kunnskap og innsikt om egne kognitive vansker (Cella og Wykes 2017).

Psykoedukasjon / normalisering

Både lidelser og behandlinger innenfor psykiatri er ofte forbundet med noe negativt. Ved bruk av psykoedukasjon og normalisering fletter terapeuten oppdatert informasjon om den aktuelle psykiske lidelsen og behandlingen som er tilgjengelig naturlig inn i en samtale. Målet er at pasienten skal få mer innsikt og kunnskap om sin lidelse/problem og behandlingen som finnes, og på en slik måte få tro og håp på at behandlingen kan fungere. Ved behandling av pasienter med psykosesymptomer er hensikten å skape en forståelse av at symptomene ikke er vesensforskjellig fra andre opplevelser. På en slik måte jobber en mot at pasienten skal fremme håp og erverver alternative forklaringer på vrangforestillingene, og dermed redusere ubehag. Som terapeut må en alltid tilstrebe å anerkjenne pasientens opplevelser og bekrefte hans virkeligheter, ikke alminneliggjøre eller bagatellisere det (Grande 2016). Psykoedukasjon og normalisering til pasienter med psykosesymptom er et viktig tiltak, dette da det foreligger dokumentert effekt på at det reduserer tilbakefall, bedrer behandlingsutbyttet og fører til færre og kortere innleggelses (Xia mfl, 2011 s.82 i Grande 2016). Kingdon og Turkington (2017) kom frem til at psykoedukasjon til pasienter med alvorlige vrangforestillinger har ført til en reduksjon i paranoide tanker og hørselshallusinasjoner.

Empiri

Arne er en mann i 20-årene, bor i egen leilighet og har kjæreste. Han får besøk av ambulant team 2 gang per uke, tirsdag og fredag, noe han synes er greit. Han har diagnosen paranoid psykose hvor vrangforestillinger om forfølgelse tidvis er dominerende. Arne ble førstegangs innlagt i akuttpsykiatri for omkring 1 år siden, hvor jeg møtte han for første gang. Han har siden utskrivelse hatt ambulant og poliklinisk oppfølging, og i forbindelse med praksis i ambulant team møtte jeg Arne igjen.

Under innleggelsen på akutt samarbeidet Arne godt om selve innleggelsen, tross at det var en tvangsinnleggelse. Men når det gjaldt medikamentell behandling fremsto Arne ambivalent og det tok mye tid for å trygge han på at medisinene kunne hjelpe han. Til slutt gikk Arne med på å starte med medikamentell behandling, noe som virket å ha god effekt da Arne opplever mindre fokus på vrangforestillingene og angsten. Vrangforestillingene hans dreide seg mest om forfølgelse og overvåking av staten, politiet og FBI. Han mente han satt på informasjon som disse instansene ikke vil at skulle komme ut, og derfor var de ute etter å fange han for å sikre seg at informasjonen ikke «lakk». Etter utskrivelse har det gått ganske bra for Arne. Han trives godt i leiligheten sin, har ett godt forhold til kjæresten og jobber 4 dager i uken via arbeidstrening. Han er ikke ambivalent til den medikamentelle behandlingen han står på lengre, men sier at han føler medisinene er til god hjelp for å «roe hodet». Han syns også behandlingen han får via samtaleterapi med ambulant team og poliklinikken fungerer godt, og at vrangforestillingene ikke er så stort problem lengre, selv om det forekommer perioder hvor de er mer påtrengende og heftige.

Det er tirsdag og vi gjør oss klar til å besøke Arne igjen. Jeg har nå vært i praksis i 5 uker. Når jeg møtte Arne i uke 2 av praksisen kjente han meg straks igjen fra da han var akuttinnlagt, og vi fant raskt igjen den gode relasjonen vi begge følte vi oppnådde under innleggelsen. Når vi kommer til Arne så åpner han døren og inviterer oss inn, som han alltid gjør når vi kommer. Men i dag ser jeg at smilet ikke er helt slik som det bruker. Jeg starter samtalen med å høre hvordan han har det, og han bare offer seg. Jeg forteller at jeg merker at noe ikke er helt slik som det skal, og spør om det er noe han vil snakke om. Det blir stille en god stund, før han sier at han har problem, som siste tiden har forverret seg. Jeg prøver forsiktig å spørre om han vil utdype det mer, det blir igjen stille en stund før han sier «Det har begynt å oppstå problemer når jeg er på butikken». Jeg får følelsen av at Arne er på vei inn i en «dårlig periode», og tenker at nå er det viktig at jeg får kartlagt

hvilke problemer han føler han har. Vakttelefonen til det ambulante teamet ringer, veilederen min går ut for å svare på denne. Jeg blir sittende igjen i stuen med Arne, det blir stille. Jeg stiller spørsmål om han kan utdype det litt mer. Han svarer; «Det er når jeg er på butikken, alle stirrer, ikke bare de faste, men alle. Det er så ubehagelig, og det gidder jeg ikke, så jeg drar uten å få handla, og det er skikkelig dritt». Samtalen går videre og han forteller at tankene om at de butikkansatte jobber for FBI og staten er mer påtrengende igjen, og at de andre i butikken er spioner. Dette har blitt mer påtrengende siste ukene, og han får ikke til å distansere seg fra de slik han gjorde før, de fører bare til mer og mer begrensninger og ubehag i hverdagen. Jeg tenke å høre med Arne hvordan han ønsker at jeg skal prøve å hjelpe han i denne situasjonen, men da kommer veilederen inn igjen og sier vi må dra på ett hasteoppdrag. Jeg reiser meg og går mot gangen, og sier til Arne at jeg kan komme innom etterpå, så kan vi fortsette samtalen da. Han svarer raskt «nei, bare drit i det, vi snakkes på fredag», også lukker han døren etter oss.

I bilen på vei til hasteoppdraget fikk jeg en uggen følelse. Det føltes ikke greit å bare dra midt i en samtale. Også virket han så avvisende når jeg tilbydde meg å komme tilbake. Han var tydelig skuffet, jeg tenker at kanskje vi begge sitter med samme følelsen av å bli avvist. Ubegagret bredte seg ytterligere, har jeg ødelagt den gode relasjonen vår nå? Jeg bestemmer meg for å ringe Arne og beklager at vi måtte dra så fort, og at jeg gjerne vil fortsette samtalen. Arne sier lavmælt at det er greit, han forstår at vi plutselig må dra, men han orker ikke å prate mer i dag, vi får snakkes på fredag. Han legger på.

Diskusjon

Hvor sentralt er det å etablere og opprettholde en god allianse?

Kognitiv terapi er en bevisstgjøring av den indre samtalen, det vil si at terapeuten legger til rette for at pasienten skal starte en selvgranskende prosess og stille seg undrende til antatte tankemønstre (Berge og Repål 2010). Dette er noe funnene i Kingdon og Turkington (2017) underbygger med å nevne at kognitiv terapi er blant annet en strukturert og nåtidsorientert psykoterapi som retter seg mot å løse det aktuelle problemet pasienten har, samt å lære pasienten å endre dysfunksjonell tenkning og adferd. For å kunne utvikle og iverksette en systematisk kognitiv tilnærming, forutsetter det et godt samarbeid mellom pasient og terapeut, hvor allianse og tillit ligger som grunnleggende faktorer (Berge og Repål 2010). Dette støttes også av funnene i Cella og Wykes (2017), hvor de beskriver at en positiv terapeutisk allianse er en mulig pådriver når det gjelder å oppnå kognitive og funksjonelle forbedringer. Berge og Repål (2010) beskriver videre at kognitiv terapi handler om å lære pasienten «å bli sin egen terapeut», og på denne måten bidra med hjelp til selvhjelp. I denne oppgaven dreier empirien seg om en pasient som lider av paranoide vrangforestillinger, det vil si at personen har en annen virkelighetsoppfatning, som hverken kan deles med andre eller bevises (Grande 2016). Å etablere tillit og en god relasjon til denne pasientgruppen kan derfor være svært vanskelig da de ofte har forestillinger av paranoid art, som ikke lar seg korrigere (Malt et.al 2018). Lincoln og Peters (2017) nevner at det viktigste endringsarbeidet innenfor kognitiv terapi til pasienter med psykosesymptomer innebærer å redusere ubehag og forbedre personens funksjonsnivå og velvære. Videre påpeker de at det terapeutiske forholdet har en overordnet viktighet for at pasientene skal kunne oppnå sine personlige mål, samt opprettholde selvtilliten og håpet.

Da Arne var innlagt på akuttavdelingen for ca 1 år siden, var jeg ofte kontaktpersonen hans. Dette førte til at vi ble godt kjent, og jeg opplevde vi hadde en god relasjon. En god relasjon må ligge til grunne for at terapien skal fungere. Det å jobbe problemløsende uten allianse til stede er nærmest umulig. Som terapeut er det viktigste målet å være empatisk, vise respekt og vise en genuin interesse for pasienten. I tillegg er det alltid terapeuten som skal legge til rette for at den gode alliansen skal ha mulighet til å oppstå og utvikle seg (Grande 2016). Dette er noe som har vært grunnpilarene for meg i min jobb, det å forsøke

å forstå pasientens problem etter beste evne ut fra egne livs og-arbeidserfaringer. Det er flere tilfeller der jeg ikke har forstått, men da prøver jeg å aktivt lytte etter hva pasienten ønsker å formidle, og oppsummerer underveis det jeg har hørt for å forsikre meg om at jeg har forstått det riktig. Denne holdningen støttes av Grande (2016), hun beskriver at en som terapeut må jobbe aktivt med å prøve å forstå pasientens perspektiv, føle det den andre føler og deretter formidle den følelsen tilbake til pasienten. Hun påpeker også at det er pasienten som avgjør om terapeuten er empatisk eller ikke, og at det derfor er viktig at vi som terapeuter forsøker å kartlegge hvilken relasjon pasienten ønsker å ha og jobbe etter denne. Å bygge en god terapeutisk relasjon er noe som tar tid, hvor lang tid det tar varierer fra person til person. I Malt et.al (2018) beskrives det at pasienter som lider av paranoid psykose har den vanligste typen vrangforestillinger, den er ofte langvarig og lar seg ikke korrigere. Pasientene har ofte en feilaktig forestilling av å bli motarbeidet, forgiftet eller forfulgt, og etablering av en god relasjon kan ta lang tid. På en akuttavdeling varierer lengden på oppholdet veldig, hovedmålet for oss er at pasientene blir stabilisert og kan få videre behandling eller oppfølging et annet sted. At Arnes problemstilling førte til en lengre innleggelse bidro til bedre forutsetninger til å etablere tillit, og dermed kunne en jobbe mot en god terapeutisk relasjon.

Etter utskrivelse fra akuttavdelingen mister vi kontakten med pasientene, så det at jeg fikk mulighet til å møte Arne igjen etter 1 år var ganske interessant for min del. Den første uken var han litt skeptisk til at jeg skulle komme, han hadde nevnt til veilederen min at han ønsket å skille det å være akutt innlagt og det å være hjemme, og at han ikke husket helt hvem jeg var da det var flere med samme navn på avdelingen da han var innlagt. Dette hadde både jeg og veilederen min full forståelse for, og dermed belaget jeg meg på å ikke ha noe kontakt med Arne underveis i praksisen. Men i uke 2 ønsket Arne å bli kjørt til apoteket for å hente medisin, veilederen informerte om at vi var ute og kjørte å kunne komme oppom å hente han, hun passet på å påpeke at jeg var med. Noe han synes var greit siden det bare var en kort biltur. Vi hilste, og praten gikk lett i bilen til apoteket. Neste dag hadde veilederen min fått en melding på telefonen av Arne, der sto det at jeg gjerne kunne bli med i samtale allikevel, for nå husket han hvem jeg var. Min umiddelbare tanke var at alliansen fra da han var akuttinnlagt hadde en innvirkende rolle på at han ønsket å ha meg med i samtale allikevel. Men det er ikke noe jeg kunne være helt sikker på, så jeg bestemte meg for å bruke tid på å forsikre meg om at den gode alliansen var en gjensidig

oppfatning. At vi måtte dra på et hasteoppdrag midt i en samtale hvor Arne hadde åpnet seg, var en faktor som kunne være skadelig for relasjonen vår. Jeg spurte derfor veilederen min om jeg kunne dra til Arne alene på fredag, noe hun syns var greit. Tanken min bak dette var at da er jeg tilgjengelig for en lengre samtale om Arne ønsker, samt at vi slipper forstyrrelser fra vakttelefonen. Jeg ringte Arne på torsdag før besøket for å høre om det var greit at jeg kom på fredag alene, og om det var noe spesielt han ønsket å snakke om. Arne virket glad for at jeg ringte, og syns det var kjekt at jeg ville komme. Han innrømmer at han ble veldig skuffet for at vi måtte dra midt i samtalen på tirsdag, men at han også hadde forståelse for at vi plutselig måtte dra om vakttelefonen ringte. Arne spurte så om jeg kunne bli med han på butikken i morgen slik at han fikk handlet. Samtalen ble avsluttet med at vi hadde en plan for morgendagen. Tiden fremover nå brukte jeg til å sikre at alliansen var intakt før eventuelt videre tiltak og metoder kunne igangsettes, dette støttes også av Berge og Repål (2010) som mener at for å komme i posisjon til å endre vrangforestillingene må en gjennom 3 faser. Den første fasen består av å sikre en god allianse, kartlegge vrangforestillingene og sørge for at pasienten forstår prinsippene innenfor en kognitiv tilnærming. Fase to omhandler at terapeuten stiller spørsmål rund vrangforestillingene for å prøve å skape selvrefleksjon og om det finnes alternative forklaringer. Fase tre går en litt mer aktivt inn og stiller seg undrende til vrangforestillingene, dette krever som regel at pasienten har hatt behandling over lang tid, og at fase en og to er gjennomført (Berge og Repål 2010).

Å bruke kognitiv terapi påpeker Grande (2016) at er en behandlingsmetode som retter seg mot hvordan problemet til pasienten påvirker hverdagen, og at en som terapeut alltid må forsikre seg om at en har en felles forståelse for hvilket problem pasienten ønsker å konsentrere seg om. Telefonsamtalen kunne i dette tilfellet føre til en felles forståelse, og relasjonen var tilsynelatende sterk nok til å «tåle en støyt». I Cella og Wykes (2017) fremkommer det at god allianse bidrar til bedre forutsetninger for at pasienten oppnår forbedring i sine terapimål. Episoden kunne i verste fall ha ført til at Arne ikke ville ha snakket mer med meg, og i verste fall ført til relasjonsbrist/brudd. Og med tanke på at jeg bare hadde 2 uker igjen i praksis, så hadde jeg kanskje ikke hatt tid til å reparere relasjonen heller. Å ta initiativ til samtale med Arne om alliansen var brutt kunne da ifølge funnene i Cella og Wykes (2017) ført til dårligere utfall for behandlingen, og bidratt til opprettholdelse og eventuelt forverring av Arnes problemer.

Tillit og allianse er grunnleggende for å kunne iverksette systematisk kognitiv tilnærming og et godt samarbeid. Jeg var dog i tvil om denne var skadet etter forrige besøk, og ifølge Berge og Repål (2010) er det mitt ansvar å forsikre meg om at tillitten og alliansen opprettholdes, samt gjenvinne denne om jeg mistenker at det foreligger antydning til relasjonsbrist. At jeg ringte etter hendelsen, samt dagen før neste besøk, var en måte å forsøke å kartlegge om hendelsen hadde hatt innvirkning på vår relasjon. Det er vanskelig å vite via en telefonsamtale hvorvidt relasjonen er skadet eller ikke, så de siste ukene ble brukt til å kartlegge og sikre at den gode relasjonen fortsatt var intakt.

Hvilke metoder kan brukes i videre behandling for å redusere symptomtrykket i relasjon til paranoide vrangforestillinger?

Siden jeg hadde kort tid igjen i praksis var fokuset de siste samtalene på å sikre alliansen slik at Arne opplever trygghet og tillit til oss. Resten av diskusjonsdelen er derfor et forslag til hvordan et videre behandlingsforløp kunne ha sett ut, støttet av teori og forskning. Nå var det slik at hele det ambulante teamet hvor jeg hadde min praksis, drev med videreutdanning innenfor kognitiv terapi. Denne utdanningen skulle foregå over 2 år, og det gjaldt hele personalgruppen. Dette er noe som kan medføre at Arne får god og stabil oppfølging innen kognitiv terapi fremover. Dette støttes av funnene i Bruset m.fl (2017) som beskriver at metoder innenfor kognitiv terapi kan hjelpe pasientene å bli bevisst egen tankegang, følelser og handlinger i konkrete hverdagssituasjoner. De nevner også at kunnskap innenfor kognitiv terapi førte til at terapeutene følte på større tro på egne ferdigheter, og bidro til gode strukturerte pasientsamtaler.

Pasienter som lider av vrangforestillinger har problemer med at hjernen ikke fungerer optimalt, tross at intellektuelle evner er intakte. Dette kan medføre at pasienter med vrangforestillinger kan ha vansker med kognitive funksjoner, hvor for eksempel daglig fungering og evnen til å bearbeide informasjon er svekket. Dette kan føre til utfordringer med å benytte seg av kognitiv terapi som behandlingsmetode til pasienter med vrangforestillinger, da pasienten kan ha vansker med å reflektere rundt egne tanker og følelser, og rundt hvorfor disse tankene og følelsene oppstår. Å jobbe med mennesker som

har vansker med å skille fantasi og virkelighet kan være svært utfordrende, og det å gjennomføre samtaler eller et behandlingsopplegg krever mye av både terapeut og pasient, samt at det er tidkrevende. Dette tenkte jeg en del på før jeg skulle til Arne den fredagen, for etter de siste samtalene vi hadde hatt så virket det til at Arne hadde økt symptomtrykk og at det var blitt soppas ille for han at han ikke klarer å gå på butikken lengre. I kognitiv terapi er målet å støtte pasienten i å mestre sine problemer, og samtidig hjelpe til å endre uhensiktsmessige tankemønstre og adferd som er forbundet med problemet, og som kanskje også har bidratt til dem (Grande 2016). Som Berge og Repål (2010) beskriver skal en terapeut alltid rette oppmerksomheten mot det pasienten ønsker å formidle, noe som krever aktiv lytting, tilstedeværelse, genuin interesse og nysgjerrighet.

Pasienter med vrangforestillinger har ofte vansker med å bearbeide informasjon og holde fokus over lengre tid (Grande 2016), det er derfor viktig at jeg er bevisst om Arne viser tegn til at han er sliten eller mister fokuset. Jeg bør også tenke over varigheten på samtalene for å unngå at Arne opplever ubehag relatert til vanskene som kan oppstå, dette kan jeg gjøre ved for eksempel ha kortere samtaler over en lengre periode. Lincoln og Peters (2017) funn formidler at pasienter som lider av paranoid psykose ofte har godt implementerte forestillinger som krever god etterbehandling for å redusere ubehag og sikre varig endring, derfor må jeg være bevisst at behandling av personer med denne type problemstilling ofte tar lang tid.

Kartlegging, sokratiske spørsmål og ABC-modellen

Samtalen under er et utdrag av en av våre samtaler sammen den siste uken, den er ikke presentert i empiridelen, men jeg velger å bruke den som et eksempel til hvordan den videre behandlingen kunne ha sett ut om vi hadde hatt mer tid sammen.

Det blir tirsdag og jeg gjør med klar til å besøke Arne igjen. Før jeg drar reflekterer jeg over hvordan stille sokratiske spørsmål, altså åpne og ikke ledende spørsmål, for å få tak i Arnes refleksjoner og opplevelser.

Jeg ringer på, og Arne åpner døren med ett smil. Samtalen mellom oss starter slik:

Jeg: God morgen Arne. Har du sovet godt?

Arne: God morgen. Nja, sover litt dårlig for tiden altså. Også skulle jeg ha fått handlet.

Jeg: Vi kan dra å handle nå om du vil?

Arne: Kan du bli med inn da?

Jeg: Ja, jeg kan bli med inn. Vil du si litt mer om hvorfor du vil at jeg skal bli med inn?

Arne: FBI og staten er der, de har spioner over hele butikken, de kler seg til og med ut som butikkansatte. Om du blir med så tørr de ikke å ta meg, så du må bli med meg inn.

Jeg: Det høres ikke bra ut Arne. Hva tenker du de vil med deg? Jeg kan handle for deg om du gir meg en handleliste.

Arne: Nei, det er ikke bra. De er ute etter å ta meg, sperre meg inne eller noe. De tror jeg vet noe hemmelig, og det vil de sørge for at det ikke kommer ut. Men jeg vet ikke noe hemmelig, og det har jeg sagt til de også, men de hører ikke, de bare ser på hverandre og ler av meg. Jeg takker for tilbudet, men jeg vil gjerne handle selv. Kan vi dra nå? Vil bli ferdig med det!

Jeg: Ja, vi kan dra nå, og jeg blir selvfølgelig med deg inn.

Allerede nå merker jeg at Arne er åpen og tilgjengelig for samtale, men at det er tydelig økt symptomtrykk i forhold til vrangforestillingene når det gjelder å gå på butikken. Dette støttes av Grande (2017) som beskriver at vrangforestilte fortolkninger av hvordan verden henger sammen ofte ikke er fastholdt med absolutt sikkerhet. Overbevisningen fluktuerer over tid, og opptattheten av dem kan være situasjonsbetinget og relateres til hendelser som skaper stress. Dette kan være triggere som får oss til å tolke verden på en annen måte enn vi vanligvis gjør. Ut fra samtalen over kunne det tenkes at Arne syns det å dra på butikken alene er et ganske stort problem, her kunne jeg for eksempel ha foreslått at vi kunne benytte oss av ABC-modellen for å se på sammenhengen mellom Arnes tanker, følelser og opplevelser rundt butikkturen. Å bruke ABC modellen sammen med pasienter med vrangforestillinger kan føre til at pasienten blir mer bevisst hva som trigger vanskelige følelser, tanker og reaksjoner, samt at det krever et samarbeid mellom terapeut og pasient, noe som kan bidra til en felles forståelse av problemet. Det forutsetter selvfølgelig at pasienten er tilgjengelig for denne type behandling, og at han/hun opplever det som et problem som ønskes løst (Grande 2016).

Ut fra samtalen, kunne det ha sett slik ut:

| A Utløsende hendelse/situasjon | B Tanker knyttet til hendelse/situasjon | C Følelser/konsekvenser knyttet til hendelse/situasjon |
|---|---|--|
| Kler på meg yttertøy, jeg skal til å dra til butikken | Spionene er der, de kommer til å ta meg, kanskje skade meg. | Blir redd og stresset. Får hjertebank og kaldsvetter. Butikkturen blir avlyst, får ikke handlet. |

Eller slik:

| A | B | C |
|--------------------|---|---|
| Jeg er i butikken. | Alle i butikken stirrer, de er ute etter meg, de er spioner, FBI og staten. | Følelser: Redsel, frykt. Konsekvens: Drar derifra, får ikke handlet. |

Når en pasient lider av vrangforestillinger så slippes de oppfatningene som støtter vrangforestillingene inn, som i Arnes tilfelle, så kunne det ha vært nok at han fikk øyekontakt med den første personen han møtte på i butikken, og dermed var den personen en spion som var ute etter han (Grande 2016). For å beskytte seg selv mot ubehaget, valgte Arne å forlate butikken, han benyttet seg da av en *trygghetssøkende strategi*. Det å benytte seg av slike strategier er noe alle mennesker gjør flere ganger gjennom livet, og i mange tilfeller er det livsviktig at vi reagerer med slike strategier, for eksempel når vi befinner oss i livstruende situasjoner. For Arne sin del kan denne type agering føre til isolering, da han unngår å teste ut om antagelsene stemmer eller ikke, noe som ikke er ønskelig (Berge og Repål 2010).

Som et steg videre i behandlingen kunne jeg ha fortsatt og stilt sokratiske spørsmål for å få Arne til å utforske alternative tanker og måter å forstå hendelsen på. Svarene her kunne vi ha fylt inn i det som kalles D i modellen (Bjørkly 2019).

Eksempler på spørsmål kunne ha vært:

- Hender det at du tenker annerledes på butikksituasjonen?
- Kan du eventuelt gi et eksempel på det?
- Har du hatt andre tanker om hva som skyldes situasjonen på butikken?

Kognitiv terapi er strukturert og pedagogisk, det er en type terapi som hensyntar kognitive forstyrrelser, noe som kan føre til at Arne føler han har kontroll. Terapien går ofte ut på å gjentagelse av behandlingsmetodene, samt at mye skrives ned via et samarbeid mellom terapeut og pasient, som for eksempel ABC (D) modellen. Dette kan bidra til at Arne kan skape en slags avstand og kontroll over egne problemstillinger (Grande 2016). Vi kunne også ha kombinert svarene vi fikk nå med Arnes tidligere erfaringer, og ut fra det samarbeidet om å finne mestringsstrategier som kunne hjulpet Arne å oppnå målet om å gjennomføre butikkturen uten å flykte. Dette kunne for eksempel ha vært kognitive strategier hvor Arne kunne ha testet ut oppmerksomhetsskifte eller oppmerksomhetsinnsnevring for å skape avledning for de påtrengende tankene om at alle i butikken er ute etter han (Bjørkly 2019).

Avslutning/konklusjon

Formålet med denne oppgaven var å finne ut om kognitiv terapi er en god behandlingsform til pasienter med vrangforestillinger, og eventuelt hvilke metoder som kunne være hensiktsmessige og benyttet seg av i empirien om Arne. Ut fra utvalgt teori, forskning og praksis/arbeidserfaring tilsier mine funn at kognitiv terapi til pasienter med en annen virkelighetsoppfatning er en godt egnet terapiform da den hensyntar kognitive forstyrrelser, noe pasienter med vrangforestillinger ofte lider av. Kognitiv terapi har først og fremst fokuset på alliansen, altså den gode relasjonen mellom terapeut og pasient som skapes av at terapeuten aktivt lytter, viser genuin interesse, empati og nysgjerrighet rundt det pasienten formidler. Ved hjelp av en god relasjon/allianse tyder både teori og praksis på at en kommer lettere i posisjon til et godt samarbeid, hvor pasienten, via at terapeuten stiller sokratiske spørsmål, får fritt spillerom til å utforske hvilke situasjoner som leder til akkurat den tanken og den følelsen, og hvorfor. Videre kan en sammen bruke verktøyet ABC-modellen for å skape en god oversikt over resultatet, noe som kan føre til at pasienten får en bedre forståelse over hvorfor han eller hun reagerer som de gjør og om det finnes alternative måter å se det på, noe som kan føre til en bevisstgjøring av hvilke leveregler og automatiske tanker pasienten har. Men det kommer også frem at det kan foreligge utfordringer ved bruk av kognitiv terapi til pasienter med vrangforestillinger, da pasienter med vrangforestillinger kan ha vansker med å reflektere rundt egne tanker og følelser, og hvorfor de oppstår.

Det kan være vanskeligere med et kognitivt perspektiv på en akuttavdeling da pasientene som oftest befinner seg i en akutt fase hvor andre tiltak en samtaler kan være mest hensiktsmessig for å oppnå bedring hos pasienten. Dette kan være medikamenter, reduisering av inntrykk eller andre lignende tiltak. Akuttpsykiatri er også en arbeidsplass som består av en stor personalgruppe, noe som fører til hyppig bytte av miljøkontakt med ulike titler, noe som kan oppleves uforutsigbart både for pasienten og terapeuten da en sjeldent har ansvar for samme pasient flere dager etter hverandre. Ambulant team består av en mindre personalgruppe hvor hver enkelt har tildelt «sine pasienter» og har oppfølging på dem. Dette fører til mer forutsigbarhet og kontinuitet for pasientene, noe som taler for at det kan være lette å gjennomføre tiltak innenfor kognitiv terapi der.

Det hadde vært interessant og utforsket videre andre aspekter med psykoselidende pasienter og kognitiv terapi, som for eksempel pasienter i akutfase eller angst/depresjon ved psykose. Det kunne også vært spennende med forskning som inneholdt andre psykoterapeutiske tilnærminger til problemstillingen.

Litteraturliste

Arnet, Elisabeth. 2009. *Terapi. Hva passer for meg?* 1 utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Berge, Torkil og Arne Repål. 2010. *Den indre samtalen*. 3 utg, Oslo: Gylden Norsk Forlag AS.

Bruaset, Geir Tarje, Kjersti Sundbye og Carina Midgaard. 2017. «Vellykket satsing på kognitiv miljøterapi». *Sykepleien* 2017, 105 (64279)(e-64279)
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64279>

Bjørkly, Stål. 2019. «Kognitiv terapi ved psykoselidelser». Foredrag på videreutdanning i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Molde. Våren 2019.

Cella, Matteo og Til Wykes. 2017. «*The nuts and bolts of Cognitive Remediation: Exploring how different training components relate to cognitive and functional gains*». *Schizophrenia Research* 203 (2019), 12-16.

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

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. 3 utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kingdon, David og Douglas Turkinton. 2017. «*Cognitive therapy of psychosis: Research and implementation*». *Schizophrenia Research* 203 (2019), 62-65.

Kåver, Anna. 2012. *Allianse: den terapeutiske relasjonen i KAT*. 1 utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lincoln, M. Tania, og Emmanuelle Peters. 2017. «*A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations*». *Schizophrenia Research* 203 (2019), 66-79.

Malt, Ulrik fredrik, Ole A. Andreassen, Eva Albertsen Malt, Ingrid Melle og Dag Åsland. 2018. *Lærebok i psykiatri*. 4 utg, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS