



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Kognitiv terapi som behandling for personer med schizofreni.

Cognitive therapy as treatment for patients with schizophrenia.

Thomas Torsetnes Brudeseth

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, 03.06.2020



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: Ingrid Krohn Aasgård

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: 01.06.2020

Antall ord: 7682

*“For diagnoser kan bare beskrive. Skal vi forstå, må vi se
på menneskene.”*

-Arnhild Lauveng.

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven er kvalitativ litteraturstudie som omfatter den psykososiale behandlingsformen kognitiv terapi, i møte med personer med schizofreni. Oppgaven tar sikte på å belyse styrker og utfordringer med behandlingsformen, og hvordan den lar seg relatere til vernepleiefaglig praksis. For å belyse styrker og utfordringer med kognitiv terapi i møte med personer med schizofreni, er det flere aspekter å ta høyde for. Oppgaven gjengir flere aspekter ved temaet psykiatri som blant annet behandlingsformer, historie, perspektiver, utredninger for å skape kontekst. For å svare på problemstillingen gjengis teori i form av publiserte studier, forsknings artikler, offentlige utredninger og lærebøker. Teori blir satt opp mot hverandre og brukt til å illustrere poeng i drøftingen. Oppgaven forsøker å gjengi grunn ideene ved kognitiv terapi, og illustrer startfasen av et mulig behandlingsforløp.

Opgavens problemstilling er: *Styrker og utfordringer ved kognitiv terapi som behandlingsform, for personer med schizofreni.*

Ved studier av ulike teorier for å svare på problemstillingen, dukket det opp flere sentrale og interessante aspekter ved behandlingsformen. Ikke bare knyttet til den direkte målbare effekten av behandlingen, men til hvordan den kan forstås i et mer helhetlig perspektiv. Både for personer som mottar behandlingen, men også i lys av et fagfelt i utvikling. Diagnosen schizofreni er den mest alvorlige av psykoselidelsene, og har vært forsøkt forstått i mange år. Likevel mottar diagnosen og forståelsen av den, stor kritikk og det kan synes at forståelsen er for lite spesifikk. Det har vært brukt ulike typer behandling gjennom psykiatriens historie, ved tilbakeblikk på enkelte metoder synes de å ligne mer på tortur enn behandling. Man vet ikke hvordan man i fremtiden vil anse dagens behandling, men på bakgrunn av juridiske og etiske vurderinger vil kognitiv terapi sannsynligvis aldri bli ansett som skadelig.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema.	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema.	1
1.3	Vernepleiefaglig relevans	2
1.4	Formål ved oppgaven	3
1.5	Oppgavens disposisjon	3
1.6	Definisjon av sentrale begrep.	3
2.0	Problemstilling.	5
3.0	Forforståelse	5
4.0	Metoden kvalitativ litteraturstudie.	6
4.1	Litteratursøk.	7
4.2	Validitet og reliabilitet.....	8
5.0	Kognitiv terapi	8
5.1	Hva er kognitiv terapi.....	8
5.1.1	Kognitiv terapi i lys av den hermeneutiske sirkel.	11
5.2	Kognitiv terapi ved schizofreni, empirisk tilnærming.....	12
6.0	Psykiatrisk behandling med fokus på schizofreni	15
6.1	Schizofreni.....	15
6.2	Den psykiatriske pasient og behandling i ulike perspektiv.	16
6.2.1	Historisk perspektiv.	16
6.2.2	Dagens og fremtidens perspektiv.	18
7.0	Vernepleierens kjerne roller.	19
8.0	Drøfting	20
8.1	Skissert behandling ved vrangforestilling.	20
8.2	Kognitiv terapi for mennesker med schizofreni.	21
8.3	Kognitiv terapi i lys av vernepleiefaglig teori og praksis.....	23
9.0	Oppsummering	24
	Litteraturliste	25

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema.

Tema for bacheloroppgaven er behandlingsformer ved schizofreni. Videre er det satt fokus på den psykososiale behandlingsformen kognitiv terapi, i møte med psykose symptomer. Dette temaet er interessant fordi behandling i psykiatrien er et omstridt tema, med stort potensiale til utvikling og læring.

Vernepleiefaglig praksis har en rekke mål og virkemidler, det vil være interessant å se likhetstrekk mellom disse og behandlingsmetoden. Psykososiale terapeutiske behandlingsformer er et relativt nytt området ved psykiatrien, sammenlignet med det medikamentelle fokuset. Det har skjedd mye i psykiatrien de siste 30 – 40 årene, hvor det i den siste delen av denne perioden har blitt økt fokus på nettopp dette. En av forskjellene ved en slik tilnærming er at man i større grad tar utgangspunkt i pasientens ressurser, kontra den faglærte. Dette er sentralt innenfor vernepleiefaglig praksis.

1.2 Bakgrunn for valg av tema.

Schizofreni forekommer hos omtrentlig 1% av befolkningen og blir omtalt som en psykoselidelse. Symptomene vil ofte være de samme som ved andre psykose lidelser, men schizofreni opptrer over en lengre periode og symptomene har ofte en større innvirkning på dagliglivet. Schizofreni har i motsetning til andre psykoselidelser høy arvelig disposisjon. (Mykletun mfl. 2009). Schizofreni forstås som et syndrom og det hersker mye tvil om hva som er den rette betegnelsen eller diagnosen. Likevel kategoriseres schizofreni i stor grad på samme måte som andre psykoselidelser. Psykoselidelser blir i Norge kategorisert som en alvorlig sinns- eller psykisk lidelse. (Paulsrud mfl. 2011).

Ved behandling av schizofreni blir det først og fremst brukt antipsykotika, dette er et medikament med potensielt meget alvorlige bivirkninger som blant annet: trøtthet, økt søvnbehov, nedsatt spontan aktivitet, redusert driftsenergi, hemming av reaksjoner og økt likegyldighet. Pasienter med diagnoser tilhørende gruppen alvorlig psykisk lidelse under tvungent psykisk helsevern, kan legemiddel behandles mot sitt samtykke. Dette er et vanskelig tema med mange ulike meninger og hensyn å ivareta, noe som kommer tydelig fram i utredningen ‘Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet’ (Paulsrud. 2011). Her beskrives at behandlingen ved schizofreni alltid skal bestå av en kombinasjon av en rekke

psykososiale tiltak. Videre blir antipsykotika vurdert til å ha en moderat effekt på mennesker med schizofreni diagnosen, det har vært debattert at prisen for denne effekten i form av bivirkningene ikke er verdt å betale. Denne oppgaven tar i mindre grad sikte på å drøfte sider ved denne tematikken, men dette kan være med på å underbygge viktigheten av psykososiale tiltak, herunder kognitiv terapi. Psykiatriens historie er full av mørke sider hvor det som har vært ansett som psykososiale behandlingsformer tidligere, som i dag vil vurderes mer som tortur enn hjelp. De siste 10- årene har fokuset flyttet seg fra å være utelukkende medikamentell til å dreie seg mer om mennesket som helhet. Det vil derfor være interessant å undersøke effekt og aspekter ved den psykososiale behandlingsformen kognitiv terapi i sammenheng med mennesker med schizofreni. Her kan det tenkes at vernepleieres kompetanse kan spille en sentral rolle.

1.3 Vernepleiefaglig relevans

Vernepleie er en profesjonsutdanning som bl.a. kvalifiserer for utøvelse av helsetjenester i et livsløp perspektiv. Det kreves særlig kompetanse innen miljøterapeutisk arbeid, habilitering, rehabilitering, helsefremming og helsehjelp. Utdanningen gir kompetanse til samarbeid med brukere, pårørende og andre aktører, for å fremme selvbestemmelse, mestring, helse og livskvalitet. Gjennom disse faktorene skal vernepleieren arbeide målrettet og systematisk, for å tilby tjenester kjennetegnet av kritisk og innovativ tenkning (Kunnskapsdepartementet. 2019).

Mennesker med psykiske lidelser er en av mange pasientgrupper vernepleiere potensielt sett kan jobbe med. Man kan møte denne brukergruppen blant annet ved akuttpsykiatriske avdelinger, rehabiliterende avdelinger, bofelleskap og ved ambulante oppfølgings team.

Kognitiv terapi (KT) er tradisjonelt sett en behandlingsform som utøves av leger og psykologer og noen mener det er slik det burde være. Likevel er dette et voksende felt for vernepleiere, sykepleiere og andre sosialfaglige utdanninger. Hallberg mfl. (2009) skriver at undervisning innen kognitive forståelsesformer og terapi er godt integrert ved de tverrprofesjonelle videreutdanningene i psykisk helse, men i økende grad også på bachelornivå. Videre presiserer de det er ingen grunn til at KT ikke kan være en del av tilnærmingen til yrkesutøvere med 3-årig utdannelse. Dette fordi terapien er utelukkende positiv for pasienten på flere nivå, dette gjennom å skape struktur i en kaotisk tilværelse, skape gode relasjoner, motvirkning av avmaktfølelse og fokus på brukermedvirkning.

Med utgangspunkt i retningslinjene for vernepleierutdanningen og vernepleierens kjerne roller er det mange sentrale emner som går igjen i utviklingen av behandlingstilbudene i psykiatrien og behandlingsformen kognitiv terapi. Oppgaven tar sikte på å belyse disse til slutt i drøftingen.

1.4 Formål ved oppgaven

Oppgavens formål er å belyse styrker og svakheter med kognitiv terapi som behandlingsform for mennesker med schizofreni. Med bakgrunn i at det ikke er spesielle symptomer som skiller schizofreni og andre psykotiske tilstander, kan den være like aktuell for andre målgrupper med psykose lidelser. Selv om oppgavens hovedfokus vil være schizofreni diagnosen, kan benevelser som psykotiske tilstander og psykose symptom gjelde for schizofreni. Videre vil oppgaven forsøke å se kognitiv terapi i sammenheng med vernepleiefaglig perspektiv. For at oppgavens drøftingsdel skal være god, er det viktig at oppgaven setter behandling i psykiatrien i kontekst. Oppgaven forsøker å gjøre dette gjennom å kort beskrive historiske og fremtidsrettede perspektiv.

1.5 Oppgavens disposisjon

Innledningsvis vil sentrale begrep i denne oppgaven defineres. Videre vil tema og problemstilling avgrensnes og beskrives. Deretter følger en teori del, hvor sentral litteratur gjengis for å forsøke å gi et innblikk i den aktuelle teorien. Til slutt følger en drøftings del hvor oppgaven forsøker å tolke, diskutere og se sammenheng ved emnene fra teori delen og svare på oppgavens problemstilling. Til slutt følger en avslutning.

1.6 Definisjon av sentrale begrep.

Psykose:

Psykotiske tilstander kan grovt sett deles i schizofrenier, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser. Tilstanden er kjennetegnet ved forstyrret tenkning, persepsjon og affekt, dette fører til at mennesker får alvorlig forstyrrelser i sin virkelighetsoppfatning. Psykose er det medisinske begrepet som kommer nærmest det juridiske begrepet alvorlig sinnslidelse. Symptomer opptrer forskjellige, de kan komme brått eller langsomt og de kan komme på bakgrunn av ulike faktorer (Snoek og Engedal. 2006).

Schizofreni:

Forklares i teoridelen av oppgaven.

Positive symptomer ved schizofreni:

Betyr ikke at symptomene er positive i vanlig forstand, men at symptomene er observerbar for andre og retter seg utover. Eksempler på positive symptomer kan være: vrangforestillinger, tankemessig desorganisering, hallusinatorisk atferd, uro/agitasjon, storhetsideer, mistenksomhet/forfølelsesideer, fiendtlighet (Snoek og Engedal. 2006).

Negative symptomer ved Schizofreni:

Er mindre påfallende og observerbar enn de positive men alvorlig for pasienten da de bidrar til mindre kontakt med omverden. Eksempler på negative symptomer kan være: Affektmatthet, følelsmessig tilbaketrekking, sparsom emosjonell kontakt, passiv sosial tilbake trekking, vansker med abstrakt tenkning, mangel på spontanitet og stereotyp tenkning (Snoek og Engedal. 2006).

Psykososial terapi:

Er en terapeutisk tilnærming mellom 2 personer eller flere. Terapien tar utgangspunkt i en av deltakernes tanker, følelser og opplevelse. Det er fokus på pasientens subjektive opplevelse av situasjonen og sykdomsinnsikt, hvor deling av dette skal bidra til forandring. Den ene part åpner opp sin verden for hjelp, den andre lukker sin for å hjelpe (Snoek og Engedal. 2006).

Vrangforestillinger:

Kan "forstås som en persons systematisk uhensiktsmessige tolkninger av ytre eller indre opplevelser (følelser og tanker). Vedkommende relaterer irrelevante hendelser til seg selv og tillegger dem en personlig betydning for å skape mening med den indre smerte." (Grande og Jensen. 2016. 91).

Kognitiv terapi: Forklares i teoridelen av oppgaven.

2.0 Problemstilling.

Problemstillingen kommer på bakgrunn av bearbeiding av teori, den første problemstillingen tok for seg både mennesker med psykoser og schizofrenier. Som nevnt er likhetstrekkene mellom de ulike psykoselidelsene og symptomer store, og behandling av begge skjer ofte på samme grunnlag. Likevel velger denne oppgaven å fokusere problemstillingen på schizofreni. Det var flere interessante psykososiale behandlingsformer å skrive om. Umiddelbare likhetstrekk mellom kognitiv terapi og vernepleiefaglig praksis, gjorde at valget falt på denne. Problemstillingen og hovedmålet til oppgaven vil da være å undersøke:

Styrker og utfordringer ved kognitiv terapi som behandlingsform, for personer med schizofreni.

3.0 Forforståelse

Einar Aadland definerer forforståelse som: "En forståelse som går forut for erfaring; en bevist eller ubevist forventning om hvordan noe kommer til å bli" (Aadland. 2004. 280). Forforståelse i lys av vitenskapsteori vil være en del av hermeneutikken sammen med fortolkningsevne. Aadland definerer den slik: "Fortolkning, tekstutlegning, klarlegging av mulige forståelser av tekster og handlinger" (Aadland. 2004. 280). Det er dette oppgaven tar sikte på å opplyse om videre i dette punktet.

Denne oppgaven er kvalitativ litteraturstudie, derfor er det viktig å være bevist på forforståelsen for temaene som den tar opp. Oppgaven forsøker å ha et nøytralt perspektiv, hvor funn fra forskning og statistikker drøftes i lys av teori. Likevel er det ikke mulig å ha et fullt ut nøytralt perspektiv. Det som kan påvirke forforståelsen er blant annet personlig-, kulturell-, og fagligbakgrunn, samt politisk syn og kunnskap om historiske kontekster.

Det vil redegjøres kort for faktorer som kan påvirke min forforståelse for de ulike emnene. Faglig sett er vernepleiers kompetanse på miljøarbeid sentral, fokus på ytre faktorer i samspill med individ. Det vil derfor i mange yrkessammenhenger tilrettelegges for miljøfaktorer ved utfordringer, hvor andre helseprofesjoner kanskje vil ty direkte til medisiner. FO nevner dette i en artikkel angående eldre omsorgen (FO. 2019).

Gjennom vernepleiestudiet har fokuset på myndiggjøring og brukermedvirkning vært stort, dette har påvirket min refleksjon og etiske verdigrunnlag i det profesjonelle arbeidet. Gjennom erfaring med arbeid i psykiatrien, som vikar ved en akuttpsykiatrisk avdeling og ved praksis ved en avdeling for rehabilitering psykisk helse. Ved yrkesutøvelse i psykiatrien har jeg møtt flere pasienter med psykoselidelser av ulik grad og diagnose. Dette sammen med arbeidskultur kan ha bidratt til å utforme verdivalg og etiske vurderinger knyttet til behandling. Arnhild Lauvengs bok "I morgen var jeg alltid en løve" som beskriver hennes erfaringer som pasient med schizofreni i møte med psykiatrien, er lest før denne oppgaven. Jeg går også som vikar ved en omsorgsinstitusjon under barnevernet, hvor kognitiv terapi er viktig del av tilnærmingen. Jeg har selv ikke drevet med denne terapien, men har fått et positivt inntrykk til tilnærmingen gjennom kollegaer.

4.0 Metoden kvalitativ litteraturstudie.

Metode beskrives som fremgangsmåte for å oppnå kunnskap eller løse problemer. Et verktøy som tjener dette formålet vil kunne beskrives som metode. Begrunnelsen for valgt metode, vil være dens egnethet for å få god informasjon og belyse problemstilling på en god måte (Dalland. 2007). Metoden for denne oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie.

Kvalitativ metode tar sikte på å samle informasjon og meninger om et fenomen, som skal gi mer kunnskap. Det at metoden er kvalitativ utelukker ikke at den vil ha elementer av kvantifisering. Kjentegn ved den kvalitative metoden er blant annet: best mulig gjengivelse av den kvalitative variasjon, går i dybden, mange opplysninger om få undersøkelsesenheter og tar sikte på å få frem sammenheng og helhet (Dalland.2007). Kvalitative studier vil alltid avhenge av øynene som ser, altså forforståelsen til den som velger ut studiene. Studiene kan fremstå som objektive, men vil alltid ha en subjektiv vurdering av leser. Den subjektive vurderingen vil være relativ og kunne avhenge av blant annet person, tid og sted (Aadland. 2004).

4.1 Litteratursøk.

Litteratursøk har som mål å skape et bilde av hva som allerede er produsert av litteratur knyttet til et tema som skal undersøkes. Denne oppgaven bygger litteraturstudie som vil si at den tar utgangspunkt i og drøftes lys av litteratur (Dalland. 2007). Her beskrives hvilken litteratur som er anvendt i oppgaven, hvordan den ble valgt og hvorfor den er aktuell for temaet i oppgaven.

For å finne relevant litteratur er det benyttet søk i diverse databaser som er relevant for å nå oppgavens formål. Aktuell teori består av fagartikler, nasjonale utredninger, tidsskrifter, forskningsartikler, publiserte studier og faglitteratur i form av bøker på og utenfor pensumlisten.

Det er søkt i følgende databaser: ORIA, nasjonal biblioteket, google og google scholar. Det er videre gjort begrensninger knyttet til fagartikler publisert etter 2010. Dette for å finne den nyeste forskningen om det aktuelle tema.

Søkeordene på norsk har bestått av:

“kognitiv terapi” “schizofreni” “psykososial terapi” “kognitiv terapi schizofreni studie” “kognitiv terapi schizofreni metaanalyse” “psykiatri historie” “kognitiv terapi schizofreni”

Søkeordene på engelsk har bestått av:

“cognitive therapy schizophrenia” “cognitive therapy schizophrenia study” “cognitive therapy schizophrenia meta analysis”.

Videre er det benyttet såkalt “snøball” metode hvor kilder som har blitt nevnt i litteraturen, er undersøkt. På denne måten har teorien i oppgaven gått gjennom færrest mulige ledd. Ved bruk av snøball metoden har begrensning på alder vært mindre, men økt fokus på innhold.

4.2 Validitet og reliabilitet.

Det har vært en del litteratur knyttet til bruk av kognitiv terapi ved schizofreni. Oppgaven har derfor valgt å forsøke å nyansere teorien, da det finnes ulike meninger om tema. Det er forsøkt å bruke primærkilden i den teorien som er brukt i oppgaven, dette for å unngå andres fortolkninger og syn. Litteraturen knyttet til kognitiv terapi spesielt og generelt for behandlingsformer, er gjort med bakgrunn i å vise effekt og hva behandlingen går ut på. Artikkene og kilder er vurdert knyttet til vær varsom-plakatens presseskikk eller er fagfellevurdert.

På bakgrunn av situasjonen knyttet til Covid-19 har det ikke vært mulig å bruke fysiske biblioteker, dette har ført til anvendelse av noen eldre utgaver av enkelte bøker.

5.0 Kognitiv terapi.

Kognitiv psykoterapi tar i utgangspunkt sikte på mestring av symptomer gjennom å styrke pasientens selvfølelse og kompetanse knyttet til sykdommen. Dette kan man oppnå ved trening på dagliglivets aktiviteter, gruppesamtaler og diverse aktiviteter med sosial kontakt. Den kognitive terapien utarbeides sammen med pasienten ved individuelle samtaler. Ved slike samtaler tar man i bruk pasientens ressurser og støtter pasienten i å være nysgjerrig og undersøke sine kognitive mønstre for å oppnå innsikt, videre kan terapeut og pasient formulere realistiske mål for forandring. Ved å lykkes i dette arbeidet kan pasienten på sikt kunne mestre hverdagen og selv kunne kontrollere eller påvirke graden av symptomer i hverdagen (Cullberg. 1999).

5.1 Hva er kognitiv terapi.

“Utgangspunktet for kognitiv terapi er at følelser og atferd er påvirket av den måten individet oppfatter og bearbeider informasjon på” (Grande og Jensen. 2016. 18).

Kognitiv terapi fokuserer på hvordan systematiske kognitive prosesser påvirker følelser og atferd. Målet med terapien er at pasienten skal få et bevist forhold til disse prosessene, ofte gjennom et ABC-skjema. I denne sammenhengen vil A være hendelse, B være automatisk tanke, og C være konsekvenser. Gjennom et bevist forhold til disse prosessene, kan

pasienten selv endre de negative tankene og reaksjonene. Oppgaven forklarer kort om de ulike kognitive prosessene, som kognitiv terapi tar sikte på å skape bevissthet rundt og endre. Det forklares med bakgrunn i boka Kognitiv terapi ved psykose av Marit Grande og Lene Hunnicke Jensen (2016).

Det som gjelder for KT generelt gjelder også i møte med psykoser. KT ved psykoser har noen spesifikke tilpassede modeller, men er i liten grad annerledes enn den generelle KT. Målet ved KT ved psykoselidelser er å skape økt livskvalitet for pasienten, videre tar terapien i størst grad sikte på å redusere ubehaget ved symptomer, og ikke symptomene i seg selv.

For å lykkes med behandlingen er det noen sentrale faktorer som må ligge til grunn for å lykkes. En god relasjon mellom behandler og pasient er det mest vesentlige for å lykkes med arbeidet. Dette er en av tre gjensidige avhengige faktorer sammen med terapiens mål, og metode for å nå målet. Det er viktig at pasienten er motivert for terapien, dette kan i mange sammenhenger være utfordrende for pasienter med psykose og dårlige erfaringer fra tidligere behandlinger (Grande og Jensen. 2016).

Måten individer oppfatter og bearbeider informasjon på kan forstås som tankevirksomhet. Grande og Jensen (2016) deler inn tankevirksomheten i tre deler. Bevist tenkning som har et problemløsende kjennetegn, automatisk tenkning som er tanker uten bevist hensikt, og metakognitiv tenkning som handler om beviste tanker om tankene.

Automatiske tanker (B), kan deles inn i positive og negative tanker, "dette klarer jeg" eller "dette klarer jeg ikke". Disse tankene kan gi følelsesmessige velbehag eller ubehag, og gi føringer for atferd. Ofte vil ikke mennesker ha et bevist forhold til disse tankene, men til følelsen som oppstår som et resultat av tankene. Kognitiv terapi tar sikte på å skape bevissthet rundt disse tankene (metakognitiv tenkning). Evnen til metakognitiv tenkning, kalles metakognitive evner (Grande og Jensen. 2016).

I terapiens første fase er det å få pasienten til å identifisere de negative automatiske tankene som skaper ubehag målet. Deretter evaluerer pasienten disse automatiske negative tankenes troverdighet i sammenheng med situasjonen de oppstår i. Terapeuten spør om det kan være andre måter å tolke situasjonene på, pasientens oppfatninger (tanker) av situasjonen stilles på prøve (metakognitiv tenkning). Endring i forholdet til de negative

automatiske vil bidra til utvikling av metakognitive evner. Positiv utvikling av den metakognitive evnen er det kognitiv terapi ønsker å oppnå. (Grande og Jensen. 2016).

Videre er det noen sentrale kognitive prosesser som påvirker de automatiske tankene, som kognitiv terapi tar sikte på å skape bevissthet og endring rundt. Dette er tankefeller, primærleveregler og sekundære leveregler. Tankefeller beskrives som mønstre i tankeprosessene, de styrer hvordan man oppfatter omverden. Eksempler på tankefeller er, sort-hvit tenkning, krisemaksimering, trekking av forhastede konklusjoner og mentale filter med fokus på negativitet. Primærleveregler er en fast oppfatning (automatisk tanke) (B) individer har av seg selv og omverden, som ofte oppstår på tvers av ulike stressende situasjoner. Det kan være en oppfatning som "jeg er dum", "jeg er lat" eller "ingen liker meg" (B). Hvis individets tanker også er påvirket av tankefeller vil individet gjennom for eksempel svart hvit tenkning, fokusere på det ene av ti spørsmål han ikke kunne (A). Gjennom fokus på dette vil individet bekrefte sin primærleveregel om "jeg er dum" (B), istedenfor et mer realistisk fokus som: "jeg klarte ni av ti spørsmål, det er bra". Sekundære leveregler kan forstås som strategier for å unngå primære levereglers ubehag. I sammenheng med primær leveregel som "jeg er lat", kan en sekundær leveregel være å jobbe uforholdsmessig hardt. Sekundære leveregler bidrar da til å kamouflere de negative oppfatningene individet har om seg selv. (Grande og Jensen. 2016)

I denne sammenhengen vil A være å svare feil på et spørsmål, B tanken om at "jeg er dum" og C dårligere selvbilde.

Videre vil kartleggings- og behandlingsprosessen kunne se slik ut:

- **Kasusformelering**
 - Problemliste
 - Livserfaringer som har betydning
 - Situasjoner som aktiverer negative automatiske tanker
 - Primære leveregler, sekundære leveregler og kompenserendestrategier
- **Mål og behandlingsplan**
- **Psykoedukasjon og normalisering**
- **Registrering**
- **Kognitiv restrukturering**
 - Kolonneskjema
 - Bevisstgjøring og endring av tankefeller

- Bevis for og impt
- Fordel – ulempe – analyse
- **Atferdsendring**
- Aktivering
- Eksponering
- Atferds eksperimentet
- **Metoder rettet mot leveregler og kompenserende strategier** (Grande og Jensen. 2016. 25).

Oppgaven vil vise til startfasen av et mulig behandlingsforløp i drøftingsdelen.

5.1.1 Kognitiv terapi i lys av den hermeneutiske sirkel.

Kognitiv terapi har flere sentrale likhetstrekk med den vitenskapsteoretiske tilnærmingen hermeneutisk sirkel. Den hermeneutiske sirkel kan sees på som en motbør til positivismen som har som hensikt å vurdere harde fakta i et nøytralt perspektiv. Hermeneutisk tenkning tar utgangspunkt i pasientens egen subjektive opplevelse for å forstå et fenomen innenfra (Aadland. 2004). Dette ser man igjen ved kognitiv terapi, som tar utgangspunkt i pasientens subjektive tanker og persepsjon av verden. Hermeneutikken fokuserer på hvordan forstå og tolke omgivelser ved å veksle mellom å se helheten og enkelte deler. Som i likhet med kognitiv terapi, hvor man tar utgangspunkt i hvordan enkelte tanker kan påvirke mennesket som helhet. Ved tilnærming hermeneutisk sirkel, tar man ofte utgangspunkt i dialog. Kognitiv terapi har også en dialogisk tilnærming, hvor man tar sikte på å drøfte subjektive sannheter. Ved dialogisk subjekt til subjekt tilnærming, kan man nyansere hverandres bilde, og behandler vil kunne få et bedre innblikk i pasientens livsverden. På denne måten kan pasientens forforståelse nyanseres og endres i takt med en bedre relasjon og større innblikk i pasientens subjektive verden. Slik kan pasient og behandler sammen komme fram til nye subjektive sannheter, eller mer hensiktsmessige tolkninger av pasientens subjektive opplevelser.

5.2 Kognitiv terapi ved schizofreni, empirisk tilnærming.

Historisk sett har det vært en stor utvikling i måten å behandle psykoser og særlig schizofreni. Man skal ikke veldig langt tilbake i tid før den homogene oppfatning var at terapi ved samtaler ikke var hensiktsmessig for mennesker med schizofreni. I dag er kognitiv terapi en anbefalt del av behandlingen i Storbritannia og USA. Atferds fokusert terapi knyttet til schizofreni startet smått på 1980 tallet. Forskning på kognitiv terapi i sammenheng med psykoser, startet i Storbritannia på 1990 tallet. Oppmuntrende resultat av denne forskningen bidro til at flere land adopterte metoden. Dette har i dag bidratt til flere forskninger og muligheter for metaanalyser. (Steel og Smith. 2013).

Steel (2013) har presentert små studier knyttet til symptomene vrangforestilling, stemme høring og tvangshandlinger for psykoser og schizofreni. Kognitiv terapi ble tilpasset de ulike symptomene psykosene ga. Her gjengis kort funnene han har gjort knyttet til vrangforestillinger. Studien er av en liten skala og er ikke konkluderende.

Vrangforestillinger, befalendestemmer og tvangshandlinger.

Studien involverte 38 deltagere som fikk behandling med kognitiv terapi (KT), deltagerne hadde symptomer som vrangforestillinger og befalende stemme høring som førte til tvangshandlinger. Behandlingen varte over 12 måneder og involverte i snitt 16 behandlinger. Kontrollgruppen fikk behandling som normalt (TAU). Deltagerne som fikk behandling med KT fikk en reduksjon fra 100% etterfølging av befalende stemmer til 14%, TAU gruppen fikk en reduksjon fra 100% til 53% etterfølging av befalende stemmer. Videre viste undersøkelsen at TAU gruppen fikk økt forekomst av depresjon etter behandlingsforløpet, hvor KT gruppen ikke fikk det. Effekten viste seg i oppfølgingsstudien 12 måneder senere. Steel konkluderer med at effekten av KT viste stor signifikant betydning (Steel; Birchwood og Maeden 2013).

Smith (2013) trekker fram en metaanalyse gjort av Wykes (mfl. 2008) der sammenlignes 34 studier hvorav 22 er det brukt individuell kognitive terapi (en til en). Funnene fra analysen viser en moderat effekt for bruk av kognitiv terapi, uavhengig om studiene var gjort i lys av positive symptomer, negative symptomer, humør eller sosial fungering.

Videre beskriver Smith med sikkerhet at forskning gir støtte for bruk av behandlingen hos mennesker med kroniske psykoselidelse i stabil tilstand. Videre beskriver han at effekten for behandlingsformen ved andre stadier av sykdommen og hvilke faktorer ved behandlingen som er effektiv er mindre kjent. Han kritiserer også vurderingen for effektiviteten av behandlingen, da effektiviteten vurderes i lys av en skala for psykotiske symptomer (PANNS), og ikke ubehaget pasientene har ved symptomene. Dette er den samme skalaen brukes i sammenheng med medikamentell testing. På denne måten mener Smith at den terapeutiske tilnærmingen blir vurdert på feil grunnlag. (Steel og Smith, 2013). Steel mener at symptomfrihet ikke alene trenger å være det utalte målet, men pasientens evne til å leve med symptomene er også et mål.

Tradisjonelt sett har fokus på at stemmehøring i seg selv er problemet og ikke ubehaget knyttet til stemmehøringen. Fokuserer man terapeutisk på ubehaget ved stemmehøringen ved å ufarliggjøre den, kan det bidra til å skape livskvalitet med stemmehøring. Likevel kan intensiteten på stemmehøringen akselerere å bli et problem i seg selv (Steel og Smith, 2013).

Psykologen McKenna og professor i mental helse Kingdon (2014) mener resultatene er overdrevent gode. De nyanserer bilde av effekten av kognitiv terapi som behandlingsform i møte med schizofreni, gjennom nyere metastudier. De stiller også spørsmål til hvordan psykoser med bakgrunn i biologiske årsaker, kan kureres ved bruk av psykososiale metoder. De nevner også en negativ side med psykososial terapi, hvor det tidligere er gitt familier skylden for psykoser på feil grunnlag.

En tysk metastudie sammenlignet 14 studier for å belyse effekten ved bruk av kognitivterapi (KT) ved schizofreni på positive symptomer og spesielt vrangforestillinger. Behandlingsformene som ble sammenlignet var kognitiv terapi og standard behandling (TAU), annen psykososial behandling og standard behandling (TAU) og kun standard behandling (TAU). Forskningen viste at standard behandling sammen med bruk av kognitiv terapi viste å ha en liten til medium effekt på vrangforestillinger. Effekten viste seg størst ved endt behandlingsforløp, og mindre i oppfølgingsstudiene 47 uker senere. For å måle effekten ble det brukt en skala for vurdering av psykotiske symptom (PAS). Metastudien viste en signifikant bedre effekt ved bruk av KT sammenlignet med TAU. Men kunne ikke bevise at KT hadde større effekt enn andre psykososiale behandlinger som støttende terapi, problemløsnings terapi og familie intervensjoner. Ved metastudien var det

en studie som skilte seg ut, dette var en Norsk studie gjort av Kråkvik (mfl.) det ble spekulert i om dette var i bakgrunn av manglende blinding (Mehl, Werner, og Lincoln. 2015). Blinding vil i denne sammenhengen bety at pasienter kan ha vært klar over studien, som kunne gi forventninger til behandling som vil påvirke resultatet.

Å bruke kognitiv terapi synes ikke kun ha effekt på hvordan pasienter kan få endret sitt tolkningsbilde av gitte situasjoner. Ved godt arbeid med kognitiv terapi har man fått et verdifullt innblikk i brukerperspektivet gjennom at pasienter har delt sitt syn. På denne måten har man fått et forskningsgrunnlag på psykotiske erfaringer. Kognitiv terapi med fokus på schizofreni har tatt for seg ulike deler av symptomene, og da disse opptrer ulikt fra pasient til pasient er det viktig med tilpasning slik at modellen ikke blir for generell. Modellen kan blant annet ta for seg stemmehøringer, vrangforestillinger ved individuelle tilnærminger (Mullhern. Grant mfl. 2010).

6.0 Psykiatrisk behandling med fokus på schizofreni.

6.1 Schizofreni.

Ifølge det internasjonale diagnose systemet ICD-10 kan man lese følgende på helsebibliotekets sider:

Schizofrenibegrepet er omdiskutert, og en leter etter bedre begreper, men foreløpig er schizofreni en diagnose i de offisielle diagnosesystemene. Schizofreni er et syndrom, det vil si en diagnose basert på en samling av tegn og symptomer, og ingen klart avgrenset sykdomstilstand. (Helsedirektoratet. 2020).

Schizofreni er den vanligste av psykoselidelsene, navnet er gresk og betyr ‘‘fragmentert sinn’’ (Grande og Jensen. 2016). Lidelsen forekommer hos 0.3% - 2.0% av befolkningen på verdensbasis, i Norge antas det at antall schizofrene ved behandling til enhver tid er 10.000 (NHI. 2018). Ifølge ICD-10 er finnes det flere ulike typer schizofreni. Det skilles mellom, paranoid schizofreni, katatoni, hebefren, udifferensiert, schizoaffektiv og schizotyp. Diagnosen baserer seg på en rekke symptomer og tegn. Det finnes ikke noen spesifikke symptomer knyttet til schizofreni spesielt, som man ikke kan knytte til andre psykotiske tilstander (Helsedirektoratet. 2020). Snoek og Engedal (2006) skriver at schizofreni har 4 grunnsymptomer: assosiasjonsforstyrrelse, autisme, affektavflatning og ambivalens. Diagnosen blir satt på bakgrunn av det pasienten formidler og observert atferd over en tid på minimum en måned (Helsedirektoratet. 2020). Grande og Jensen sier at for å stille diagnosen må et av følgende symptomer være til stedet:

Bisarre vrangforestillinger (selvhenføringssideer, tankekringkasting, tankeinnsetting, tanketyveri influenssymptomer, passivitetsbevissthet og kommenterende stemmer) eller minst to symptomer av typen hallusinasjoner, desorganisering, tankeforstyrrelser eller negative symptomer.’’ (Grande og Jensen. 2016. 62).

Helsedirektoratet (2009) sier videre at det er et krav at symptomene i løpet av denne måneden skal ha betydelig effekt på daglig fungering, kontinuerlige tegn til sykdommen i 6 måneder og krav om at andre sykdommer skal utelukkes. Schizofreni debuterer som regel når personen er mellom 18-28 år, men kan forekomme helt ned i 13 års alderen og så sent som 40-50 års alderen (Snoek og Engedal. 2006).

Som nevnt tidligere er det flere behandlingsplasser man kan møte mennesker med schizofreni, avhengig av hvilken sykdoms tilstand man befinner seg i. Det tilbys pakkeforløp uavhengig av alder, hvor aktuelle instansene involveres og det utarbeides en plan for behandlingen. Her får pasienten en ‘forløpskoordinator’ som blant annet koordinerer hele forløpet, er tilgjengelig for alle involverte parter og ansvar for at forløpstider følges og målepunkter kodes. Videre utarbeides en plan hvor pasient/bruker og pårørende involveres. Planen inneholder blant annet: Behandlingsmål, hyppighet, varighet, behandlingstilnærming, tiltak utenfor psykisk helsevern, plan for mestring av skole/arbeid, ansvarsfordeling for ulike tiltak og kriterier for avslutning (Helsedirektoratet, 2018). Pasienten kan velge mellom ulike tilnærminger som: samtaleterapi, medisiner, musikkterapi, individuell jobbstøtte og andre mestrings tiltak (helsenorge.no, 2019).

6.2 Den psykiatrisk pasient og behandling i ulike perspektiv.

For å kunne gjøre en god drøfting, er hensyn til ulike perspektiver viktig å ta med seg i sammenheng med den psykiatriske pasient og behandlingsformer. Dette er viktig for å forstå hvordan behandling, rettigheter og synet på pasienten er i dag. Likeså hva som bidrar til å danne perspektivet man i dag har gjennom profesjoner og teorier. Aadland (2004) sier i sammenheng med kvalitative undersøkelser, at det er viktig å være åpen fleksibel og maksimalt nysgjerrig etter å endre sitt perspektiv på tema. Derfor er det viktig at oppgaven påpeker perspektiver som kan sette teori i kontekst. Her vil det redegjøres kort for sentrale tema.

6.2.1 Historisk perspektiv.

Psykiatrien som fagfelt oppstod en gang på 1700 tallet, hvor de ‘gale’ ble frigjort fra fordømmer begrunnet i overtro og forfølgelse. Tanken om mulig helbredelse fikk de syke opp fra fangehullene og til behandling. På 1800 tallet kom begrepet psykiatri (sjel lege) og asylter for midlertidig behandling vokste frem. Det viste seg fort at dette var utopi, antall pasienter overskred det som var forventet, og krav om verning av samfunnet ga asylene en dobbeltrolle. Økonomiske midler fulgte ikke økningen av pasienter, og psykiaterne fikk frie tøyler for behandling og innlåsing av pasienter. Behandlingene var eksperimentelle og tok i hovedsak utgangspunkt i symptomene. Ensidig fokus på det medikamentelle har i likhet med det aller meste knyttet til psykiatrien i denne perioden høstet stor kritikk.

Parallelt med utforskning av medikamentell behandling og innesperring, vokste det fram utallige teorier om alternative behandlingsformer. Miljøterapi i form av sosialisering mellom pasienter og pleiere, og da tidens ergoterapi som innebar manuelt arbeid er nevnt som alternative behandlingsformer. Andre behandlingsformer var psykodrama som innebar å først skremme pasienter, for å så redde de. Aversjons metoder og betinget frykt som innebar å skremme pasientene blant annet gjennom å simulere drukning er et eksempel (Hermundstad. 1999).

I 1935 ble den første lobotomering gjennomført, 14 år senere fikk Antonio Egaz Moniz nobelprisen for medisin på bakgrunn av dette arbeidet. Dette kan sees på som starten av psykokirurgi, og i årene som fulgte ble en rekke andre kirurgiske metoder brukt. I Norge ble den første pasienten lobotomert i 1941, den siste i 1974, Norge var et av landene med flest lobotomier per innbygger. Effekten av lobotomering ble anslått til god på 1/3, middels på 1/3 og ingen eller motsatt effekt på 1/3. Effekten var dårligst på de mest alvorlige sinnslidelsene som schizofreni, om lag 3% døde av inngrepet. Rundt samme tid ble forløperen til ECT (Electro convulsive treatment) oppfunnet (Hermundstad. 1999). Som i dag brukes ved enkelte tilfeller som alvorlig depresjonslidelser (Leiknes og Dalsbø. 2015).

Gjennom siste halvdel av 1900 tallet har flere medikamentelle gjennombrudd skjedd, medikament som er verdt å nevne er klorpromazin (1952) som første medikament med lindrende effekt på psykoser, litium (1957) som i dag brukes som stemningsstabiliserende, og trisykliske antidepressiver (1957). I 1961 fikk Norge lov om psykisk helsevern, siden har det foregått en desentralisering i psykiatrien, med nedleggelse av de gamle asylene og oppretting av distriktpsikiatriske sentre (Hermundstad. 1999).

Psykiatrien har vært i kontinuerlig utvikling de siste 220 år, drevet av behovet for økt innsikt i feltet. Hovedfokuset har de siste 200 årene vært medisinsk, og det er først i de siste 70 årene har man kunnet vist til noen særlig effekt. Det har vært forsøkt mange ulike behandlingsformer, som i dag ligner mer på tortur enn behandling. Likevel kan dette i de ulike tidsperiodene ha vært ansett som god behandling.

Tradisjonell forskning omkring psykiatriens historie har tatt for gitt at for hver periode blir gamle forestillinger, verdier og handlingsmønstre forlatt og erstattet av nye og mer moderne. Tid er blitt identisk med fremskritt (Hermundstad. 1999. 16).

Med utgangspunkt i forhistorien til psykiatrien kan man heller ikke i dag være sikker på at det er riktige metoder for behandling som gis. Likevel er behandlingen som gis i dag gjort på et helt annet faglig, etisk og juridisk grunnlag, men kan det tenkes om 50 år at legemiddelbehandling uten samtykke er utenkelig?

Gjennom de siste 200 årene har psykiatrien drevet behandling og oppbevaring for å skjerme samfunnet for psykiatiske pasienter. Etter desentralisering av psykiatrien på 60-tallet etter den nye lovgivningen, begynte integreringen tilbake til samfunnet så smått av den psykiatiske pasient. Det ble opprettet muligheter for utskrivning til 'private forpleiningssteder, psykiatiske sykehjem, psykiatiske daginstitusjoner eller hjem for ettervern knyttet til sykehus' (Langfeldt. 1971. 24). Da hadde Lov om sinnssykes behandling og forpleining vært gjeldende i over 100 år, siden 1848. (Langfeldt. 1971)

6.2.2 Dagens og fremtidens perspektiv.

Ringen (2016) drøfter i sin artikkel Psykiatrien – *hvor står du, hvor går du?* Hvordan psykiatrien er i ferd med å utvikle seg. Han beskriver viktigheten av brukermedvirkningen i utformingen av individualiserte behandlingstilbud. Han stiller kritisk spørsmål ved diagnose systemet som han mener er utdatert, og legemidler som fungerer veldig ulikt på individer med samme diagnose. Lite har skjedd siden 90-tallet. Videre drøfter han fremtiden, hvor han mener sentralt er ny forskning på biologiske og psykososiale forhold i samspill. Dette poengteres ved at kognitiv terapi ser ut til å kunne føre til forandringer i hjernen. Han sier at forskning på dette har bidratt til diskusjoner rundt grunnforståelsen av faget.

Det er nå sendt ut en NOU knyttet til tvangsbestemmelser på tvers av fagfelt. Her drøftes legemiddelbehandling av psykotiske pasienter. Det er flertall i utvalget for å skjerpe adgangen til å tvangsmedisinere med antipsykotika. Videre foreslås det å kunne reservere seg mot medisiner av antipsykotika for en periode på 10 år. Dette gjelder dersom pasienten tidligere har blitt behandlet med antipsykotika for psykose, dette gjelder ikke ved nødssituasjoner. Det presiseres at all behandling med legemidler skal kombineres med psykososiale tiltak. Videre viser rapporten til en sammenheng mellom økt bruk av tvang og mangel på frivillige alternative og psykososiale tiltak (NOU. 2019:14).

I Norge er det store lokale forskjeller på innrapportering av tvang, det er ikke sikkert hva som forårsaker dette. Ringen (2016) antyder arbeidskultur, rapport utvalget for NOU tvangsbegrensings loven mener også at det er lokale kulturer og holdninger som ligger til grunn, men viser også til forskning som peker på sammenhenger mellom mangel på frivillige og psykososiale tiltak og økt tvangsbruk.

7.0 Vernepleierens kjerneverker.

Vernepleiere jobber på individ- og systemnivå med ulike virkemidler og innehar ulike roller. Brask mfl. (2016) beskriver fire kjerneverker, partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen. Gjennom refleksjon knyttet til virkemidlene i disse ulike rollene, skal vernepleieren jobbe for brukers beste. For denne oppgaven er det spesielt relevant å nevne faktorer ved rollene partner, brobygger og pådriver. Ved **partnerrollen** er samhandling på individnivå sentralt, med fokus på dialog, relasjon, tilpasning og samarbeid på den andres premisser. Viktigheten av brukerperspektivet, innsikt i den enkelte brukers livsverden og utnytting av den enkeltes ressurser blir nevnt som sentralt for rollen.

Ved **pådriverrollen** er "handlingsorienterte tilnæringer på systemnivå sentralt, ... ofte er det snakk om rettighetene eller betingelsene til en hel målgruppe som er tema" (Brask mfl. 2016. 205). Vernepleieren vil i denne rollen ofte bedrive tilrettelegging av rammebetingelser og helse- og sosialpolitisk aktør virksomhet. Brask mfl. (2016) sier rollen kommer inn når dialog og brobygging ikke er nok, med det kan tenkes at sentrale sider ved rollen kan kombineres med samarbeid med andre.

Myndiggjørings begrepet er tilnærmet det samme som empowerment på engelsk og har vokst fram gjennom fokus på likestilling. Historisk sett kan man trekke fram kvinne- og rasediskriminering, som eksempler på myndiggjøring av menneskegrupper.

Til grunn for tilnærmingen ligger for det første et syn på mennesket som et subjekt som har evne til å delta i beslutninger og handlinger som gjelder eget liv, og selv vet hva som er bra, nyttig og viktig for det. (Askheim. 2003. 104).

Ved psykiatrien så man økt myndiggjøring gjennom nedleggelsen av de store asylene og opprettelsen av distriktpsikiatriske sentre. På like linje med andre menneskegrupper, kan man si at likestillingen har et stykke igjen å gå. Det vil i denne sammenheng være vernepleiers oppgave å jobbe innenfor **pådriverrollen**.

8.0 Drøfting

Med utgangspunkt i teorien beskrevet ovenfor skisseres her et grovt sett et innledende behandlingsforløp med kognitiv terapi i møte med schizofreni symptomet vrangforestilling. Videre drøftes styrker og utfordringer med behandlingen knyttet til mennesker med schizofreni. Til slutt drøftes behandlingsformen i lys av vernepleiefaglig teori og praksis.

8.1 Skissert behandling ved vrangforestilling.

Innledende kartleggingsfase:

Først og fremst er det viktig å skape en god og tillitsfull relasjon til pasienten, videre vil det være viktig å skape engasjement for pasienten. Ved samtaler og kartlegging kan det bygges en god relasjon og skape engasjement, gjennom å ufarliggjøre symptomer (psykoedukasjon) og skape mål. Det anbefales at avdekking av vrangforestillinger skjer parallelt med den terapeutiske tilnærmingen for å avdekke andre problemområder pasienten kan ha. Gjennom en slik tilnærming vil man kunne se sammenhenger mellom utvikling av vrangforestillinger, og negative livserfaringer preget av bekymring og frykt. (Grande og Jensen. 2016)

Kasusformulering:

Kasusformuleringen vil komme som et resultat av den terapeutiske tilnærmingen i kartleggingsfasen. Sentral informasjon vil her sorteres og kategoriseres i sammenheng med kognitive prosesser. Dette gjøres i samarbeid med pasienten, for å skape økt bevissthet rundt de. Eksempelvis er de; primære og sekundære leveregler og bakgrunnen for de, kompenserende strategier og automatiske tanker. Dette skaper oversikt for behandler og gir grunnlaget for videre behandling mot å nå mål, gjerne ved et ABC-skjema. (Grande og Jensen. 2016)

Behandling og mål.

Det velges ut et område og mål i samarbeid med pasienten, det anbefales at det velges ut et mindre omfattende problemområde, der resultat kan ventes relativt raskt. Som nevnt er ikke behandling og mål knyttet direkte opp mot symptom, men for eksempel et tilknyttet området som angst i sosiale situasjoner. Angst kan i enkelte sammenhenger bidra til å

oppretholde vrangforestillinger gjennom negative automatiske tanker (Grande og Jensen, 2016).

En case for en pasient med schizofreni og vrangforestillinger kan eksempelvis se slik ut:

A: Kari sitter på bussen med mye folk.

B: Alle stirrer, prater og tenker stygt om meg, tenker Kari.

C: Begynner å svette, skjelve og går av bussen 5 stopp for tidlig.

I en slik case ville det vært naturlig å legge til rette for alternative måter å se situasjonen på, her kan man som behandler bruke forskjellige virkemidler hvor pasientens oppfatning av situasjonen settes på prøve. Som å vurdere sannsynlighet for at alle faktisk prater om Kari (b) og snakke om hvor sterkt ubehaget var knyttet til reaksjonen (c). Et annet tiltak er Kari først vurderer sannsynligheten for B, deretter gjøre en felles resonering av bakgrunnen for at noe slikt kunne skjedd. På en slik måte vil pasienten muligens bli åpen for alternative måter å tolke situasjonen og stille spørsmål til egen tolkning (b). Videre kunne pasienten vurdert sannsynligheten av sin oppfatning i forhold til alternative måter å se situasjonen på, gjerne gjennom flere alternativer ved et kakediagram. Dette vil kunne bidra til å skape metakognitive evner, som kan gjøre at Kari stiller spørsmål til tankene (b) neste gang hun sitter på bussen. Gjennom en god kasusformulering ville behandler potensielt kunne sett hva som var bakgrunnen for unnlattelses atferden og de negative automatiske tankene. Dersom dette var en oppfatning som Kari ofte fikk i store forsamlinger, kunne dette tyde på en primærlevere regel.

8.2 Kognitiv terapi for mennesker med schizofreni.

Kognitiv terapi og andre psykososiale behandlingsformer har i økende grad blitt benyttet innen psykotiske lidelser og hos mennesker med schizofreni diagnoser de siste 10-årene. Fra empirisk data kan man ikke konkludere med at det er noen mirakelkur, men behandlingsformen har vist å ha signifikant bedre effekt sammen med behandling som vanlig, sammenlignet med kun vanlig behandling. Uavhengig av hvor stor effekten av behandlingsformen er, kan den bidra til flere utelukkende positive aspekter som også er sentrale mål i vernepleiefaglig praksis. Ikke bare har den effekt på symptomer, men forskning viser at hvor det finnes gode tilbud for psykososiale behandlingsformer

forekommer det mindre bruk av tvang og færre akutte innleggelser. Det kan derfor antas at dette er noe deler av psykiatrien i Norge trenger å integrere i større grad ved behandlingen. Med tanke på de regionale forskjellene i tvangsbruk (Paulsrud 2011). Retningslinjene for behandling av psykoser sier at behandlingen burde bestå av en kombinasjon av evidensbaserte virksomme metoder som medikamentelle, psykoedukative tiltak, familiesamarbeid og kognitiv terapi. Videre sies det at det ikke er noen forutsetning for hvilken behandling som skal gis i sammenheng med hvor i behandlings apparatet man befinner seg, altså spesialisthelsetjenesten eller kommunen (Helsedirektoratet. 2013). Diagnosen schizofreni har høstet kritikk fra ulike hold, det er en allmenn forståelse for at det ikke er noen spesielle symptomer som er spesifikk for diagnosen. Det kan derfor tenkes at medikamentell behandling med antipsykotika alene ikke er en godt nok tilpasset behandlingsform for den enkelte. Kognitiv terapi tar i motsetning høyde for den enkeltes symptomer og subjektive opplevelse av sykdommen. Noe som også dagens retningslinjer for behandling sier noe om er økt fokus på å tilpasse seg den enkelte.

Sentrale skikkelser som har publiserte studier på kognitiv terapi i møte med psykose symptomer som Steel (2013) og Wykes (2007), mener behandlingen blir vurdert på feil grunnlag når man måler effekt med skalaen for symptomer (PAS). Det kan derfor stilles spørsmål med mål og forventninger ved behandling og sykdomsperspektiv satt av samfunnet, behandlere, pårørende og pasient. Ulike livsverdener, etiske vurderinger og oppfatninger kan skape konflikt, på vei mot det felles målet som er pasientens beste. Dette er noe som er et av de store dilemmaene i dagens psykiatri, som blant annet kommer til uttrykk ved rapporten Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, *Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern* (2020).

Det kan finnes potensielt flere utfordringer med kognitiv terapi som behandling av schizofrene. Vanskeligheter med rekruttering til behandlingen da mennesker med denne diagnosen ofte har lav tillit til ulike behandlingsopplegg på bakgrunn av tidligere erfaringer. Noe som kan være positivt med KT i denne sammenhengen er at den tar utgangspunkt i pasienten og behandlinger foregår på deres premisser, ulikt fra en del andre behandlinger. Grande og Jensen sier at det er viktig at behandlingen starter så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, dette er utfordrende da mennesker med schizofreni ofte ikke møter behandlingsapparatet før et stykke inn i sykdomsforløpet. Grande og Jensen (2016) sier at den gjennomsnittlige tiden brukt til terapien ligger på 9 måneder, men at den helst burde vare lengre. Dette kan gjøre at pasienten mister troen på behandlingen med at den

ikke vil gi noen rask bedring. Likeså kan lengden på terapien og viktigheten av en fast behandler med god relasjon til pasienten bli utfordrende.

8.3 Kognitiv terapi i lys av vernepleiefaglig teori og praksis.

Det er flere paralleller ved kognitiv terapi som behandlingsform i psykiatrien og vernepleiepraksis. Viktigheten av en god relasjon, at behandlingen tar utgangspunkt i pasientens ressurser og foregår på pasientens premisser, myndiggjøring av pasienten i behandlingen, og inneha brukers perspektiv er alle sentrale faktorer i den kognitive behandlingen og kan knyttes opp mot partnerrollen.

I metastudien gjort av Wykes (mfl. 2007) beskrives det usikkerhet rundt hvilke faktorer ved kognitiv terapi som har effekt, dette kan også variere fra individ til individ. Det kan tenkes at de pasientene som har vært en del av studien har fått en bedre behandling fra dyktigere fagfolk, enn de som fikk behandling som vanlig. Men siden andre psykososiale former viste tilnærmet like god effekt som KT, kan det være nærliggende å tro at sammensatte faktorer knyttet til psykososial behandling og KT har bidratt til bedring, gjennom brukermedvirkning, myndiggjøring, gode relasjoner til behandler og et bedre brukerperspektiv.

Siden 90-tallet har det foregått en desentralisering av psykiatriske tilbud, fra spesialisthelsetjenestene til kommunene. Retningslinjene for behandling av psykose (2013) sier at det er et mål behandlingen skjer på lavest mulig effektive behandlingsnivå, kontinuerlig oppfølging i en tillitsfull relasjon mellom pasient og behandler er avgjørende. Dette kan være med på å underbygge viktigheten av vernepleieren som kognitiv terapeut. Behandlingen har sentrale likhetstrekk med vernepleierrollen, og vernepleieren vil sannsynligvis være på det lavest mulige behandlingsnivået og være den med nærmest relasjon til pasienten. Om lag 3,5 % av befolkningen rammes av psykotiske lidelser (Mykletun og Knudsen) 3,5% av Norges befolkning utgjør 175.000 mennesker. Det blir derfor vanskelig å kunne forstå at denne gruppen skal kunne motta det helsedirektoratet anbefaler av behandling, dersom det ikke utdannes flere innen kognitiv terapi. Det er selvsagt ikke 175.000 mennesker til enhver tid som er rammet av psykotiske symptomer, ei er det heller ikke alle i denne gruppen som ønsker denne hjelpen. Norsk kognitiv forening utdanner om lag 1000 mennesker i året fordelt på flere brukergrupper (Norsk kognitiv forening), videre har flere høyskoleutdanninger integrert dette i

videreutdanninger. Likevel kan det tenkes at for få besitter denne kunnskapen, kanskje burde den i større grad vært integrert på bachelornivå. Roger Hagen førsteamanuensis ved psykologisk institutt NTNU (2016), sier i en artikkel på NHI at få får behandling ved kognitivterapi uavhengig diagnose, og tror bakgrunnen for dette er dårlig kjennskap til behandlingen fra leger.

9.0 Oppsummering.

Behandling i psykiatrien har utviklet seg mye siden starten for om lag 200 år siden. Mennesker har vært forskningsobjekter for å skape mer kunnskap, gjennom metoder som man aldri ville akseptert i dag. Disse metodene har vært så absurde at det er et fåtall som har bidratt til mer kunnskap innen feltet. Det er fremdeles ikke enighet om hvilke metoder som er best egnet for behandling, det er heller ikke enighet om hvem som vet best. Selv om det i likhet med andre brukergrupper har foregått en myndiggjørings prosess over flere 10-år, synes det ut som at myndiggjøring av psykiatiske pasienter fremdeles har en vei å gå både juridisk og gjennom stigma. Som drøftingen poengterer er det flere utelukkende positive aspekter ved kognitiv terapi, som ikke nødvendigvis er rettet mot symptomfrihet eller lindring. Vernepleie ideologisk tenkning om mennesket som helhet og ikke bare et diagnose fokus, ser ut til å ha flere likheter med virkemidler ved behandlingsformen. Det er fremdeles en del usikkerhet knyttet til effekten av kognitiv terapi i møte med schizofreni, men my tyder på at det er effekt på hvor hyppig symptomene forekommer. En mindre målbar faktor er hvordan symptomer oppleves, mye tyder på at ubehag ved symptomene avtar med denne behandlingen. Man er i dag så sikker på at kognitiv terapi har positiv effekt at de nasjonale retningslinjene anbefaler at alle med psykose symptomer burde få tilbud om det. I England går de litt lengre og anbefaler at alle med psykoselidelse eller schizofrenidiagnose skal få tilbudet (Grande og Jensen 2016). Det kan være flere utfordringer med behandlingen, men ulikt fra flere andre behandlingsformer setter kognitiv terapi pasienten i fokus og som den viktigste ressurs for behandling. Dette kan bidra til økt tillit til behandlingsapparatet, som på sikt kan ha flere positive aspekter.

Litteraturliste.

Aadland, Einar. 2004. Og eg ser på deg: *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*.

Universitetsforlaget. Oslo.

Askheim, Ole Petter. 2003. Fra normalisering til Empowerment. 1.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. Vernepleierens kjerne roller: *en refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget. Bergen.

Cullberg, Johan. 1999. Dynamisk psykiatri 5. utgave. Tano Aschehoug. Otta. (15 sider)

Dalland, Olav. 2007. Metode for oppgaveskriving for studenter. 4 utgave. Gyldendal akademisk. Oslo.

FO. 2019. Demensomsorgen trenger flere vernepleiere – ikke vektere!

<https://vernepleier.no/2019/12/demensomsorgen-trenger-flere-vernepleiere-ikke-vektere/>

Lest: 25.05.2020

Grande, Marit og Lene Hunnicke Jensen. 2016. Kognitiv terapi: *ved psykoser*.

Universitetsforlaget. Oslo. (104 sider)

Grant, Alec, Michael Towned, Ronan Mulhern, og Nigel Short. 2010. Cognitive Behavioural therapy in mental health care. Sage. London. (40 sider)

https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=CM19fJHk03YC&oi=fnd&pg=PP2&dq=cognitive+therapy+psychosis+science&ots=eXCKIzIQp3&sig=_Q04Q3ImAIduMdaxj0Ct30D6rlQ&redir_esc=y#v=onepage&q=cognitive%20therapy%20psychosis%20science&f=false

Lest: 05.05.2020. (40 sider)

Hallberg, Mette og Anne Lill Ørbeck. 2009. Kognitiv terapi gir gode resultater.

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kognitiv-terapi-gir-gode-resultater> Lest:

10.05.2020

Helsedirektoratet. 2013. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose: *Nasjonale faglige retningslinjer*. (12 sider)

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf *Lest: 11.05.2020*

Helsedirektoratet. 2018. Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling- barn, unge, voksne, *pakkeforløp*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykoselidelser-inkludert-mistanke-om-psykoseutvikling-barn-unge-og-voksne> *Lest: 23.05.2020*

Helsenorge, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. 2019. Psykose, *Mine muligheter*. <https://minhelse.helsenorge.no/samvalg/verktoy/psykose/mine-muligheter> *Lest: 23.05.2020*

Hermundstad, Gunnvald. 1999. *Psykiatriens historie*. Notam Gyldendal. Oslo.

Helsebibloteket. Schizofreni, *en av mange psykose diagnoser*. <https://www.helsebibloteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/schizofreni> *Lest 23.05.2020*

Kunnskapsdepartementet. 2019. Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411#KAPITTEL_1 *Lest: 10.05.2020*

Langfeldt, Gabriel. 1971. *Lov om psykisk helsevern: av 28 april 1961*. H. Achehoug & Co. Oslo. (3 sider)

Leiknes, Kari Ann og Therese Kristine Dalsbø. 2015. Elektrokonvulsiv behandling og selvmord. (2 sider)

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/notat_2015_ect_og_selvmord.pdf Lest: 28.05.2020

McKenna, Peter og David Kingdon. 2014. Has cognitive behavioural therapy for psychosis been oversold? (1 side)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707714/> Lest: 25.05.2020

Mehl, Stephanie, Dirk Werner og Tania M. Lincoln. 2015. Does cognitive behaviour therapy for psykosis show substainible effect on delusions? *A meta-analysis*.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01450/full> Lest: 05.05.2020

Mykletun, Arnstein, Ann Kristin Knudsen og Kristin Schjeldreup Mathiesen. 2009.

Psykiske lidelser i Norge: *Et folkehelseperspektiv*. Nasjonalt folkehelseinstitutt. (20 sider)

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf> Lest: 04.05.2020

Norsk kognitiv forening, *Om NKFT*. <https://www.kognitiv.no/om-nfkt/> Lest: 15.05.2020.

NHI. 2018. Schizofreni omfang og betydning. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-forekomst/?page=all> Lest: 23.05.2020.

Paulsrud, Kari mfl. 2011. Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet: *Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Norges offentlige utredninger. (50 sider)

<https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf> Lest: 29.05.2020

Roger Hagen. 2016. NHI Kognitiv terapi, *hjelp til selv hjelp*.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/kognitiv-terapi-hjelp-til-selvhjelp/> Lest: 15.05.2020

Ringen, Peter Andreas. 2018. Psykiatrien - hvor står du, hvor går du? Tidsskriftet den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2018/02/essay/psykiatrien-hvor-star-du-hvor-gar-du#ref3> Lest: 09.05.2020

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2006. Psykiatri: *Kunnskap Forståelse Utfordringer*. 2. Utgave. Akribe forlag. Oslo. (14 sider)

Steel, Craig. 2013. CBT for Schizofrenia: *Evidence-based interventions and future directions*. Willey-Blackwell. West Sussex. (17 sider)

Wykes, Til, Steel Craig, Brian Everitt og Nicholas Tarrier. 2007. Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: *Effect sizes, clinical models, and methodological rigor*. <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/34/3/523/1876271> Lest: 25.05.2020

Østenstad, Bjørn Henning. Mfl. 2019. NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven: *Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. (7 sider) <https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf> Lest: 10.05.2020