



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Kognitiv terapi i behandlingen av psykoselidelser

Martin Walter Myren

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, 22.04.22



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 plagiattkontrollert 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: Ragnhild Sættem

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: 17.04.2022

Antall ord: 8709

Sammendrag

Jeg har jobbet på en lukket psykiatrisk avdeling for pasienter med psykoselidelser siden 2015. Når pasientene kommer til oss, er de ofte svært preget av sine psykosesyntomer, og må som regel behandles mot sitt eget samtykke. Det legges vekt på adekvat medisinerer i kombinasjon med miljøterapeutiske tiltak. Dette fører stort sett til en lettelse av pasientens symptomer, og etter hvert blir de klare for utskrivning.

Min erfaring er at det i mange tilfeller ikke går lang tid før de blir dårlige igjen, og trenger en ny innleggelse. I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke hvordan kognitiv terapi kan brukes som alternativ til tradisjonell behandling, og hvordan dette kan gi forutsetninger for å ta eierskap til symptomene og løsningene på dem. Jeg har valgt følgende problemstilling: *«Hvordan kan bruk av kognitiv terapi (KAT) i behandlingen av mennesker med psykoselidelser innlagt på tvang gi økt subjektiv livskvalitet?»*.

I teoridelen legger jeg vekt på den innledende kontakten og relasjonsbyggingen som er en forutsetning for arbeidet med vrangforestillinger. I narrativet skriver jeg om Lars som sliter med paranoide forestillinger, noe som stiller store krav til arbeidet med den terapeutiske alliansen. Diskusjonen har hovedvekt på nettopp arbeidet med å gjøre Lars trygg ved bruk av grunnleggende ferdigheter i relasjonskompetanse før han introduseres for den kognitive modellen. Avslutningsvis vil jeg fokusere på Lars sine uhensiktsmessige tolkninger av hendelser hvor jeg anvender KAT ved vrangforestillinger.

Forskning er noe delt angående effekten på livskvalitet ved bruk av KAT. Videre forskning vil kunne forsøke å i større grad belyse brukerperspektivet gjennom å snakke med mennesker som har fått tilbud om kognitiv terapi ved psykose, og hvordan de opplevde dette. Det hadde også vært interessant å vite mer om hvordan man kunne opprettholde de positive effektene etter endt behandling.

Innhold

1.0	Introduksjon og problemstilling	1
1.1	Utredning, behandling og oppfølging	2
1.1.1	Brukermedvirkning	2
1.1.2	Kognitiv atferdsterapi- Vitenskapelig belegg	3
1.2	Problemstilling	3
1.3	Databasesøk og funn	3
2.0	Teori	5
2.1	Begrepsavklaringer.....	5
2.1.1	Psykose og vrangforestillinger.....	5
2.1.2	Kognitiv atferdsterapi (KAT).....	6
2.1.3	Subjektiv livskvalitet.....	7
2.2	KAT ved psykose- den innledende kontakten.....	7
2.2.1	Bygge en terapeutisk relasjon	7
2.2.2	De første samtalene	9
2.2.3	Engasjere og motivere til terapi	10
2.2.4	Problemliste, mål og behandlingsplan	11
2.2.5	Normalisering.....	12
2.3	KAT ved vrangforestillinger	12
2.3.1	Vrangforestillinger som et forsøk på å forstå.....	12
2.3.2	Et annet perspektiv	15
2.3.3	Finne en naturlig forklaring	15
3.0	Empiri	17
4.0	Diskusjon.....	19
4.1	Hvordan komme i posisjon til et samarbeid om KAT?.....	19
4.1.1	Den innledende kontakten.....	19
4.1.2	Introduksjon for den kognitive modellen.....	22
4.2	KAT ved vrangforestillinger	23
5.0	Konklusjon.....	26
	Litteraturliste.....	28

1.0 Introduksjon og problemstilling

Behandling av mennesker med psykiske lidelser er kompleks. Mitt inntrykk er at det kan være vanskelig å ivareta behovet for trygghet og omsorg, og samtidig legge til rette for selvstendighet. Jeg har jobbet på en lukket avdeling for mennesker med psykoselidelser siden 2015, og har erfart hvordan adekvat medikasjon i kombinasjon med faste rammer og et trygt psykososialt miljø har god effekt på denne pasientgruppen. Likevel tenker jeg at pasientene i for liten grad inkluderes i egen behandling.

Det er lenge siden brukermedvirkning ble et overordnet mål i behandlingen av mennesker med både somatiske og psykiske lidelser, og jeg opplever at det i sistnevnte ligger et ubrukt potensial. Når det gjelder mennesker med psykiske lidelser generelt, tenker jeg at det kan være vanskelig å legge til rette for et samarbeid i akuttfasen. Etter min erfaring er dette særlig utfordrende i arbeide med mennesker med psykoselidelser. De er ofte preget av et sterkt symptomtrykk ved innleggelse, og i denne fasen er hovedfokuset på stabilisering. Noen pasienter lar seg stabilisere på forholdsvis kort tid, mens andre kan trenge flere uker. Det finnes også pasienter som responderer dårlig på behandling, hvor man ikke kan forvente bedring i særlig grad. Likevel er det slik at flertallet lar seg stabilisere slik at de i mer eller mindre grad er mottagelig for et samarbeid også mens de er innlagt.

Etter min mening ligger det her en gylden mulighet til å trekke pasienten med i egen behandling og legge til rette for et aktivt samarbeid med mål om å skape økt innsikt i egen lidelse, samt økt mestring av den psykiske lidelsen utenfor avdeling. På avdelingen jeg jobber er det mange som blir re-innlagt, og de omtales ofte som «svingdørspasienter». Noe av årsaken til dette fenomenet tror jeg kan være at flere har erfart at de ikke kan gjøre noe selv for å få det bedre. Min opplevelse er at de i liten grad har blitt involvert i egen behandling, og at de i mange tilfeller er passive mottagere av hjelp. Dersom de i større grad hadde blitt trukket med i diskusjoner og selv ble invitert til å dele sine tanker om hva de trenger, hadde kanskje forutsetningene for å kunne fungere utenfor institusjon over tid vært større. Dersom behandlingen også inneholdt intervensjoner hvor pasienten fikk økt kunnskap om sin lidelse samt muligheten til å tilegne seg ferdigheter som kunne brukes

forebyggende, kunne det i beste fall gi vedkommende økt følelse av kontroll over lidelsen og også økt livskvalitet.

Jeg ønsker innledningsvis å presentere Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer ift. mennesker med psykoselidelser.

1.1 Utredning, behandling og oppfølging

I Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer står det at:

Formålet med retningslinjen er å bedre kvaliteten på tilbudet til personer med psykoselidelser og deres nærmeste ved at de gis tilbud etter anbefalinger som er basert på den beste tilgjengelige kunnskapen på det tidspunktet de ble utarbeidet. Det må likevel alltid gjøres en individuell vurdering når det gjelder hvilke anbefalinger som bidrar til best kvalitet på hjelpen den enkelte får, og tiltakene bør være tilpasset psykoselidelsens fase, symptombelastning og funksjonsnivå. Ressurser og bedringsprosess hos den enkelte bør tillegges stor vekt når en prioriterer behandling og oppfølging, jf. Recoveryorientert praksis i avsnitt 3.3. (Helsedirektoratet 2013, 9).

1.1.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rett i Norge, og reguleres bl.a. i pasient – og brukerrettighetsloven. Det betyr at pasienten har rett til å påvirke valg og utforming av tilbudet, samt planlegging og gjennomføring. Grunnlaget for denne bestemmelsen handler om menneskets rett til å ta valg som angår seg selv. En hovedregel er at helsehjelpen som gis i utgangspunktet skal være basert på samtykke fra pasienten. «Pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, jf. Psykisk helsevernloven (8) § 3-3, har rett til brukermedvirkning så langt det lar seg gjøre. Dette er bl.a. omtalt i psykisk helsevernloven § 4-2.» (Helsedirektoratet 2013, 23.).

1.1.2 Kognitiv atferdsterapi- Vitenskapelig belegg

Flere metaanalyser har kommet fram til at KAT er en velegnet terapiform for mennesker med psykotiske lidelser. Det er gjort studier som viser at denne behandlingsmåten har gitt gode resultater for en rekke av symptomene som er mest fremtredende ved psykotiske lidelser som bl.a. hørselshallusinasjoner, bedring av negative symptomer samt reduksjon av depresjon og angst. Standard behandling har vist seg å ikke være like effektiv (Helsedirektoratet 2013, 66.).

Denne behandlingsmåten stiller krav til at helsepersonell har tilegnet seg aktuell kunnskap, og at vedkommende har tilstrekkelige ferdigheter knyttet til utøvelse av metoden i praksis. I tillegg til utdanning kreves det veiledning i etterkant. Dette sikrer god behandling. Helsedirektoratets anbefalinger sier at «Kognitiv atferdsterapi ved psykoser bør tilbys alle pasienter som plages med psykosesymptomer, i individuelle forløp med en varighet på 15-20 samtaler. Kognitiv atferdsterapi kan benyttes i alle behandlingsfaser» (Helsedirektoratet 2013, 66).

1.2 Problemstilling

Jeg har valgt følgende problemstilling i oppgaven:

«Hvordan kan bruk av kognitiv atferdsterapi (KAT) i behandlingen av mennesker med psykoselidelser innlagt på tvang gi økt subjektiv livskvalitet?»

1.3 Databasesøk og funn

Etter å ha gjennomført flere litteratursøk om psykoselidelser og kognitiv terapi, ser jeg at det er flere artikler som konkluderer med at KAT har en effekt på livskvalitet hos denne pasientgruppa. Det er også en viss enighet om at effekten er varierende og krever vedlikeholdsbehandling. Det betyr at pasienten må få tilbud om KAT ved innleggelse, men også etter utskrivelse og med jevnlig mellomrom for å forebygge tilbakefall.

I artikkelen «Cognitive-behavioural therapy for personal recovery of patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis» viser funn at KAT har en signifikant effekt på psykologisk velvære, noe som ansees å være en viktig del av opplevd livskvalitet. På lengre sikt vil effekten avta. Også når det gjelder grad av optimisme og tilfredshet ved aktiviteter, viser studien en signifikant effekt. På disse områdene er effekten også størst rett etter behandling (Wang et al. 2019). En annen studie viser en signifikant gunstig effekt for kognitive psykologiske intervensjoner på negative symptomer, totale symptomer (postterapi og oppfølging), funksjon (postterapi og oppfølging) og reinnleggelse når det gjelder sekundære utfall (Wood et al. 2020). Samtidig konkluderer Laws et al. med at det er bevis for at kognitiv atferdsterapi fører til en liten forbedring i funksjon som midlertidig ikke opprettholdes, og det er et svakt grunnlag for å konkludere med gunstige effekter på livskvalitet (2018).

For å finne relevante vitenskapelige artikler for min problemstilling prøvde jeg først å bruke søkeordene «Psychosis*» og brukte emneoverskrift «Psychotic Disorders», og «Cognitive therapy*» med emneoverskrift «Cognitive Behavioral Therapy» i Medline. Da fikk jeg 823 treff. Jeg endret database til Psycinfo og fikk 438 treff ved å avgrense søket til artikler publisert i 2015 og til dagens dato. Ved å legge til søkeordet «Quality of life» fikk jeg henholdsvis 21 treff i Medline og 7 treff i APA Psycinfo. Jeg har til sammen brukt 3 artikler.

Jeg har brukt følgende skjema for å systematisere databasesøket:

P	I	C	O
Patient	Intervention	Comparison	Outcome
- Psychosis* - Psychotic Disorders	- Cognitive Therapy* - Cognitive Behavioral Therapy - Cognitive Behaviour Therapy		- Quality of life

2.0 Teori

Jeg har valgt Kognitiv atferdsterapi (KAT) som psykoterapeutisk perspektiv. Dette fordi det er en tilnærming som i stor grad inkluderer pasienten, og legger til rette for tilegnelse av ferdigheter og teknikker. Målet er at pasienten etter hvert skal kunne håndtere en del av sine utfordringer på egen hånd. En naturlig konsekvens vil være økt følelse av selvstendighet ved at de tillærte ferdigheter benyttes fortløpende når symptomene/tankene oppstår, og dermed erfare å selv kunne ta grep for å få det bedre. Arbeidet vil kunne ta lang tid, og resultatene vil variere fra pasient til pasient avhengig av funksjonsnivå. Uansett tenker jeg at denne tilnærmingen legger til rette for et samarbeid som kan oppleves konstruktivt ved at pasienten føler seg inkludert i et samarbeid om egne utfordringer. En forutsetning for dette er at terapien tilpasses den enkelte (Berge og Repål 2010).

Jeg vil først gjøre rede for de viktigste begrepene. Deretter presentere KAT ved psykose hvor jeg starter med den innledende kontakten og introduserer pasienten for den kognitive modellen, før jeg avgrensner meg til KAT ved vrangforestillinger. Dette fordi vrangforestillinger representerer kjernen i psykosen. Uten at de er til stede, så kan vi heller ikke si at en person er psykotisk (Grande og Jensen 2016, 52). Jeg vil legge stor vekt på relasjonsbyggingen og de første samtalene fordi det er en forutsetning for i det hele tatt å kunne innlede et samarbeid. Her er teorigrunnet hentet fra Grande og Jensen (2016), mens jeg vil bruke Berge og Repål (2010) når jeg redegjør for KAT ved vrangforestillinger.

2.1 Begrepsavklaringer

2.1.1 Psykose og vrangforestillinger

En psykose er en tilstand hvor en person opplever å være mer eller mindre ute av kontakt med virkeligheten. Det fører til at det blir et misforhold mellom det andre opplever og det personen selv opplever. Dette opplevde misforholdet fører til forvirring fordi det blir vanskelig å bedømme hva som er fantasi og hva som er virkelighet, noe som igjen fører til vanskeligheter med å samhandle med andre. Det følelsesmessige ubehaget hos den

psykotiske er også sterkt. Psykose kan forstås som et ytterpunkt hvor normale opplevelser representerer det andre ytterpunktet. Det betyr at graden av symptomtrykk og fungering varierer slik at noen kan leve godt med psykosesymptomer, mens andre kan streve med å fungere i hverdagen. Grensen mellom psykose og normalitet er også kulturelt betinget (Grande og Jensen 2016, 50-51).

Cullberg har i sin bok «Psykosser» gitt en beskrivelse av hvordan det oppleves å være psykotisk:

Behovet for å se en sammenheng, det vil si få en meningsfull forklaring på det fremmede som skjer ved forandrede indre opplevelser, overordnes det normale kravet om logikk og rasjonalitet. Ved psykosen har behovet for en sammenheng seiret, og en indre kontinuitet er gjenopprettet. Prisen for denne kontinuiteten er imidlertid at man gir opp delaktigheten i andres virkelighet. Dette innebærer ikke at den logisk-rasjonelle evnen mangler også i forbindelse med de sider ved tilværelsen som ikke omfattes av psykosen (Cullberg 2005, 43).

En vrangforestilling representerer kjernen i psykosen. Den inneholder en forståelse av virkeligheten som avviker fra den forståelsen andre har. Vrangforestillinger er feiltolkninger av situasjoner og fører ofte med seg stress og ubehag. Mye av ubehaget er knyttet til at det store flertallet ikke kjenner seg igjen i personens oppfatning, noe som gir en opplevelse av distanse i sosiale relasjoner. Et annet kjennetegn ved vrangforestillinger er at de som regel ikke lar seg korrigere selv ved alternative og mer realistiske forståelser. Det kan være relativt små hendelser som fører til at den psykotiske skaper en vrangforestilling. Et lite blikk fra en annen kan gi en overbevisning om at vedkommende er ute etter å skade den psykotiske. Denne typen vrangforestillinger kalles paranoide (Grande og Jensen 2016, 52-53).

2.1.2 Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Kognitiv atferdsterapi kalles også kognitiv terapi, og er en tilnærming hvor pasienten trenes i en indre dialog med mål om å gjenkjenne uhensiktsmessige tankemønstre, og sette spørsmålstegn ved disse. Denne modellen har dokumentert effekt på en rekke psykiske

lidelser, bl.a. angst, depresjon, søvnproblemer, rusmiddelproblematikk, spiseforstyrrelser, tvangslidelse og psykose, men også god effekt på en rekke somatiske lidelser. Tilnærmingen er basert på kognitiv psykologi og læringspsykologi, og resultater og framgangsmåter må dokumenteres vitenskapelig. KAT tar utgangspunkt i et samarbeid med pasienten, og handler i all hovedsak om det som oppleves problematisk her og nå. Pasientens opplevelse er i fokus, og det er viktig at han sammen med terapeuten blir enig om hvilke problemer som er viktig å løse først. Samarbeidet fokuserer på tre mål. Først er det viktig å få kontroll over problemene. Deretter prøve å forstå hva som er de opprettholdende faktorer og til slutt er målet å lære pasienten teknikker og metoder for å forebygge at nye problemer oppstår. Dette illustrerer det overordnede målet som er å gjøre pasienten i stand til å bli sin egen terapeut (Berge og Repål 2010, 9-10).

2.1.3 Subjektiv livskvalitet

Den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for den enkelte og omfatter både positive følelser som ro og glede og positive vurderinger som livstilfredshet. Positive følelser og vurderinger omfatter også opplevelse av god fungering – som vitalitet, interesse, mestring og mening. Den subjektive livskvaliteten kan variere fra god til dårlig, og kan oppleves som god selv under sykdom og på tross av helseplager og andre belastninger (Nes 2016).

2.2 KAT ved psykose- den innledende kontakten

2.2.1 Bygge en terapeutisk relasjon

Det å bygge en god terapeutisk relasjon, er en svært viktig del av terapiprosessen og en forutsetning for et konstruktivt samarbeid mellom terapeut og pasient. Dette er viktig uavhengig av diagnose, men byr på særlige utfordringer i møte med psykoselidelser. I motsetning til de mindre alvorlige psykiske lidelsene, er dette en prosess som i møte med mennesker med en psykoselidelse kan ta flere måneder. Hvordan relasjonen utvikler seg,

påvirker samarbeidet mellom partene samt hvilket utbytte pasienten får. I den terapeutiske alliansen er det tre viktige faktorer som er gjensidig avhengig av hverandre. Den terapeutiske relasjonen er en av dem. De to andre handler om felles enighet om terapiens mål, og de metodene som skal brukes for å nå disse (Grande og Jensen 2016, 74-76).

Empati er en viktig ferdighet hos terapeuten, og særlig i arbeidet med denne pasientgruppen. Et fellestrekk ved psykoselidelser er at pasienten ofte lider av vrangforestillinger og syns- og/eller hørselshallusinasjoner. Disse er ofte preget av et negativt og devaluerende innhold. Dette fører til dårlig selvtillit, mistenksomhet i forhold til andre og en sårbarhet for å føle at andre er ute etter å ramme en på en negativ måte. En empatisk holdning der terapeuten så godt som mulig forsøker å sette seg inn i pasientens situasjon samt formidler interesse og respekt for det han forteller, vil kunne skape en trygghet og tillit som gjør at pasienten lettere kan føle seg avslappet i relasjonen. Terapeuten oppleves empatisk når han er oppmerksom på detaljer i pasientens historier, er ikke-dømmende i sin holdning og viser at det er rom for å snakke om alle typer tema (Grande og Jensen 2016, 74-76).

I vårt møte med en pasient som gir uttrykk for vrangforestillinger og andre oppfatninger av f.eks. paranoid karakter, kan følgende respons være hensiktsmessig;

Det er vanskelig for meg å forstå at du blir forfulgt slik du forteller. Det må være en skremmende opplevelse. Kan du fortelle meg mer om hvordan det skjer? Hvordan merker du det i hverdagen? Hva gjør det med følelsene dine? Atferden din? Hvordan forklarer du at det skjer? (Grande og Jensen 2016, 75).

Slike spørsmål kan bidra til at oppfatninger som pasienten kommer med oppleves mindre ubehagelige, og gi rom for større refleksjon knyttet til forestillingene uten at terapeuten har fremstått konfronterende. En slik måte å forholde seg til pasientens tankeinnhold på kan føre til at samtalen naturlig dreier inn på følelsene knyttet til disse antakelsene. Det å innta en empatisk holdning er ikke alltid enkelt, og det kan være frustrerende når dette kommer til uttrykk gjennom at pasienten ikke blir tilstrekkelig trygg til å åpne seg. Et resultat av dette er at pasienten forblir mistenksom, utrygg, lite meddelsom og oppleves fastlåst. Dersom terapeuten merker at det er vanskelig å være empatisk, kan det være lurt å søke veiledning hos kolleger eller henvise pasienten til en annen terapeut (Grande og Jensen 2016, 74-76).

En annen konsekvens av manglende evne til empati tidlig i terapiforløpet, er frafall i behandlingen. Derfor er de første møtene avgjørende når det gjelder å bygge en tillitsfull allianse. Pasienten må oppleve terapeuten som en oppriktig person som ønsker å hjelpe. Når han opplever dette, kan vedkommende begynne å lytte til det som blir sagt uten en paranoid beredskap. Da ligger det til rette for at terapeuten kan introdusere pasienten for sine tanker om samarbeidet, og høre hva vedkommende tenker om dette. Han kan i tillegg også introdusere ideer om tiltak som vil gi pasienten en opplevelse av bedring på kort sikt. Dette vil kunne skape grobunn for et videre konstruktivt samarbeid (Grande og Jensen 2016, 74-76).

2.2.2 De første samtalene

En forutsetning for å bruke KAT i arbeidet med en pasient med en psykoselidelse, er at pasienten er klar over hva denne tilnærmingen innebærer, og følgelig er positivt innstilt til et samarbeid om dette. Det er viktig at terapeuten sier noe om hvorfor han tenker at dette kan være en hensiktsmessig metode, og i tillegg undersøker pasientens holdninger til dette. Dersom terapeuten har fått henvisning fra pasientens behandler, er det viktig at han er åpen om det. Den innledende samtalen bør være uformell i stilen, og det er viktig for terapeuten å få et inntrykk av hvordan det er for pasienten å være til stede. Det vil være avgjørende at samtalen raskt dreier seg om hensikten med møtet, og at terapeuten formidler en tro på at denne tilnærmingen vil kunne hjelpe pasienten. Det kan også være fornuftig å oppsummere grunnprinsippene i KAT, og at denne modellen også kan være effektiv ved psykoseproblematikk. Det er avgjørende at pasienten allerede etter første møte har fått styrket sin tro på at han kan få det bedre (Grande og Jensen 2016, 76-78).

Når bakgrunnen for henvisningen er formidlet, og pasienten har fått informasjon om terapien og hvorfor terapeuten har tro på at dette kan hjelpe, er det viktig at de får bli bedre kjent. Dersom pasienten er tilstrekkelig trygg, kan det hende at han begynner å snakke uoppfordret om sine utfordringer og hvordan livet er. Hvis ikke, kan terapeuten spørre om han kan fortelle litt om seg selv. Han kan understreke behovet for å høre pasientens historie fortalt med egne ord, og at dette utvider terapeutens forståelse og dermed forutsetninger for å hjelpe. Det er avgjørende å få et inntrykk av pasientens problemer og hvilke mestringsstrategier han har brukt. Dette kan også gi grunnlag for å forstå årsaken til pasientens problemer og hva som

er de opprettholdende faktorene. Her ligger en gyllen mulighet til å gi støtte ved å anerkjenne pasientens mot og tålmodighet med tanke på den belastende livssituasjonen, og tidligere forsøk på mestring og løsningsfokus (Grande og Jensen 2016, 76-78).

Ifølge Grande og Jensen kan pasienten også oppfordres til å lese seg opp mellom timene dersom han ønsker å vite mer. Det finnes mye informasjon på nettet, og det er viktig at de anbefalte nettstedene inneholder kortfattet og relevant informasjon med utgangspunkt i hvilken fase i terapien man er. Informasjonen må også tilpasses den enkelte pasient med tanke på hvor preget vedkommende er av sin psykose. Avslutningsvis vil det være naturlig å si noe om omfanget av terapien, altså varighet, hvor mange samtaler i uken og hvor lang hver samtale skal være (2016, 76-78).

2.2.3 Engasjere og motivere til terapi

En forutsetning for terapi er at pasienten er motivert og engasjert. Det har skjedd ved at pasienten har veid fordelene opp mot ulempene, og funnet ut at endring er ønskelig. Veien dit er individuell, og terapeutens oppgave blir å gi pasienten best mulige forutsetninger for å ta et informert valg. Det kan gjøres ved at pasienten blir bedt om å skrive opp fordelene og ulempene ved å gå i terapi. Dette er samme metodikken som brukes ved motiverende intervju, og tar utgangspunkt i at endringsprosessen består av fem faser; føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold. Hvis pasienten ikke engang overveier å gå i terapi, kan det skyldes negative erfaringer med tidligere forsøk på å ta imot hjelp. Kanskje har vedkommende erfart at utallige intervensjoner er prøvd uten at det har vist seg å ha effekt, eller det kan være at endringen krever en vesentlig egeninnsats fra pasienten, noe vedkommende ikke er motivert for. Dersom pasienten ikke er motivert for endring, er det hensiktsmessig med en bevisstgjøring på de negative sidene ved dette. Pasienten kan gradvis se for seg at endring er en mulighet og også hensiktsmessig. Han er nå over i overveiellesfasen (Grande og Jensen 2016).

Ifølge Grande og Jensen skjer det her en prosess med argumentering for og imot endring. Fordelene veies opp mot ulempene knyttet til selve terapien, men også knyttet til ubehaget ved å fortette som før. I overveiellesfasen er det normalt å være ambivalent, noe som er et resultat av motstridende tanker og følelser knyttet til en eventuell beslutning om endring. Jo

større ambivalensen er, desto vanskeligere er det å ta beslutningen. Dersom pasienten er preget av sterk ambivalens kan det være til hjelp at terapeuten ber pasienten om en avveining for og imot å fortsette som før (ikke endre sitt forhold til stemmene eller angsten). Mens pasienten frem til nå har hatt fokus på det vanskelige som har vært og er, rettes nå fokuset fremover på det som skal komme og på mulighetene for en lettere hverdag. Han har tatt de første skrittene mot endring, og kan begynne å se for seg hvordan livet kan bli etter at problemene er løst (2016, 79-80).

2.2.4 Problemliste, mål og behandlingsplan

Grande og Jensen påpeker viktigheten av å gjøre terapien overkommelig for pasienten. I denne fasen konkretiseres de områdene som pasienten opplever problematisk i hverdagen, og som han ønsker hjelp med. Selv om pasienten fremstår motivert, er det viktig at terapien legges opp på en måte som i størst mulig grad legger til rette for positive opplevelser. Det innebærer å skreddersy terapien til den enkelte pasient. Det er ingen forutsetning at pasienten i denne fasen er enig i at vedkommende har en alvorlig psykisk lidelse. Men det er avgjørende at han opplever utfordringer i hverdagen som han ønsker hjelp med (2016, 80-81).

De beskriver også at etter hvert som arbeidet skrider fram og terapeuten tar tak i det som oppleves som presserende, kan det føre til at pasienten kommer inn på problemer knyttet mer direkte til sin psykoselidelse. Det er få tilfeller hvor pasienten er åpen om dette i starten. Ofte er det avgjørende at vedkommende får hjelp til andre stressende forhold i hverdagen som økonomi, bolig, sosiale forhold og evt. skolegang, og dette er områder som ofte blir presentert av pasienten selv. Når vedkommende erfarer at slike forhold blir tatt på alvor, er det med å styrke relasjonen og skaper bedre forutsetning for at pasienten etter hvert kan introdusere mer presserende problemer. Dette initiativet kommer ofte i sammenheng med at pasienten opplever at de hindrer han i å nå målene sine. Når problemene knyttet til psykosesyntomene blir introdusert av pasienten selv, betyr det at vedkommende er motivert for å jobbe med disse (Grande og Jensen 2016, 80-81).

Nå kan arbeide med å lage en problemliste starte. For å opprettholde engasjementet og motivasjonen hos pasienten, er det lurt å bli enige om hvilke problemer som skal løses

først, og at det er problemer som ansees overkommelige. Dette er som regel problemer som lar seg løse på kort sikt, og skaper bedre betingelser for å løse de dypere problemene. Problemlisten er dynamisk, det vil si at den bør endres dersom det oppstår nye problemer som introduseres av pasienten, eller dersom et problem viser seg vanskeligere å løse enn først antatt. Det er i en slik prosess at pasienten får muligheten til å erfare at psykosesymptomene kan stå i veien for å løse et problem, og dermed motiveres til å jobbe med disse (Grande og Jensen 2016, 80-81).

2.2.5 Normalisering

Grunnlaget for en kognitiv tilnærming til mennesker med psykoselidelser handler om hvordan de forstår sine utfordringer, altså hvordan de tenker om sine vrangforestillinger og hvilke konsekvenser dette får for dem. Dette er en tilnærming som er anvendelig ved de fleste psykiske lidelser, fra de alvorlige til de mer lette. Fellestrekket er hvordan våre tanker omkring hendelser påvirker hvordan vi føler oss. Tendenser til negativ tenkning og devaluering av egen person er altså noe som veldig mange sliter med. De går i tankefeller som igjen blir onde sirkler som det er vanskelig å komme ut av. Når dette formidles til den psykotiske, kan det skape en optimisme ift. at tankene er til å hankses med, og det er flere som har hatt god effekt av et slikt arbeid. Når terapeuten også opplyser om at de fleste kan oppleve psykotiske episoder ved gitte betingelser (lite søvn, rusmisbruk og traumatiske opplevelser), kan dette redusere stigmaet pasienten opplever knyttet til det å ha en psykoselidelse (Torkild Berge og Arne Repål 2010, s.168).

2.3 KAT ved vrangforestillinger

2.3.1 Vrangforestillinger som et forsøk på å forstå

Terapeuten vil kunne forstå vrangforestillinger som et uttrykk for at pasienten har hatt vanskelige og traumatiske opplevelser i oppveksten, og at forestillingene er et forsøk på å forstå det som har skjedd. De kan dermed sees på som naturlige reaksjoner på ekstreme

livssituasjoner. Når en person utvikler vrangforestillinger, handler det i en kognitiv forståelse om skjevheter i måter å tenke på. Dette kalles formelle tankeforstyrrelser. Berge og Repål kommer med eksempler på slike tankeforstyrrelser;

- *Manglende stabilitet i evnen til abstraksjon og begrepsdannelse*
- *Sviktende evne til å holde fast ved en målrettet tanke, og til å omsette tanke til handling*
- *Oppløsning av logiske strukturer, f.eks. skillet mellom fantasi og virkelighet, årsak og virkning, tid og rom*
- *Egosentrisk tenkning, det vil si at en tar seg selv og sin situasjon som utgangspunkt for å forstå verden; resultatet blir en opplevelse av virkeligheten som er sterkt farget av ens egen tilstand, behov og interesser (2010, 169 -170).*

ABC-modellen er mye brukt i Kognitiv terapi, og den er også relevant for mennesker med vrangforestillinger. I denne sammenhengen representerer vrangforestillingen (B) i skjemaet, altså personens tolkning av en situasjon eller hendelse (A). I de fleste tilfeller fører denne tolkningen til en ubehagelig følelse eller uhensiktsmessig atferd (C). Følgende skjema er et eksempel på dette.

Vrangforestilling	Hendelse (A)	Antakelse (B)	Konsekvens (C)
Tankelesing	Mamma sier at jeg må få meg venner	Hun leser tankene mine (at jeg har få venner)	Tristhet (isolasjon)
Paranoid	Pappa tar ikke telefonen når jeg ringer	Han ønsker at jeg forsvant fra jordens overflate	Ensomhet (isolasjon)
Tankekringkasting	Jeg tenker at jeg må handle. Søsteren min nevner det samme	Tankene mine overføres til andre	Redsel (jeg må komme meg bort)
Storhetstanker	Kongen holder nyttårstale	Det er jeg som har skrevet talen	Oppstemt (hever hodet og forventer

			at andre skal forgude meg).
--	--	--	-----------------------------

(Berge og Repål 2010, 170).

Ovennevnte tankeforstyrrelser gjør at det blir utfordrende for den psykotiske å forholde seg i sosiale situasjoner fordi vedkommende ikke har forutsetninger for å forstå og tolke andre. Han forsøker så godt som mulig å se en sammenheng i det som skjer, selv om det oppleves truende. Samarbeidet om en kognitiv tilnærming til vrangforestillinger er oppdelt i faser hvor alliansebygging, kartlegging av vrangforestillingene og sosialisering til den kognitive modellen er første fase. Deretter blir pasienten utfordret på sine antagelser knyttet til forestillingene og hvilke holdepunkter han har for dette. Siste fase innebærer en aktiv uttesting av vrangforestillingene. Dette arbeidet starter som regel etter flere måneder. Et viktig poeng her, er at terapeuten fokuserer på de vrangforestillingene som er minst betydningsfulle (Berge og Repål 2010).

En samtale hvor terapeuten utforsker forestillingene kan føre til at pasienten begynner å så tvil ved deres troverdighet. Et mål må være at vedkommende selv kan komme med alternative tolkninger av situasjonen. Dersom dette er vanskelig, kan terapeuten hjelpe til. Jo flere alternative forklaringer, desto bedre. De forskjellige tolkningene kan deretter plasseres i en liste sammen med pasientens opprinnelige antakelse. Terapeutens oppgave blir å sammen med pasienten utforske sannsynligheten for at hvert av utsagnene er sanne. Et viktig poeng i dette arbeidet er at sannsynligheten for den opprinnelige antakelsen skal vurderes til slutt. Sannsynligheten blir målt i prosent, og man vurderer hvert enkelt utsagn/tolkning ved å angi prosentandel. Etter at alle alternative forklaringene er vurdert, summeres prosentpoengene opp. La oss si at disse tilsvarer 15%, 20%, 10%. Da blir det igjen 55% sannsynlighet for at den opprinnelige antakelsen er sann. Dette kan også illustreres ved å tegne opp et kakediagram. Dette vil på sikt kunne føre til at pasienten blir flinkere å vurdere alternative tolkninger og deres sannsynlighet (Berge og Repål 2010, 71).

En tilnærming som beskrevet over tar utgangspunkt i at mennesker med paranoide forestillinger har en tilbøyelighet til å trekke konklusjoner før de har et godt nok informasjonsgrunnlag, de konkluderer raskere enn andre og de er mindre åpne for alternative forståelser (Berge og Repål 2010, 172).

2.3.2 Et annet perspektiv

Denne tilnærmingen handler om å forsøke å få pasienten til å forestille seg hvordan andre ville ha forstått situasjonen. Her kan terapeuten med fordel henvise til mennesker pasienten har et nært og godt forhold til. Han kan f.eks. spørre; Hva tror du mammaen din hadde sagt hvis hun opplevde det samme? Tror du hun er like sikker som deg? Hvis noen andre hadde sagt til deg at naboen var ute etter dem, hva ville du tenkt? Hvordan ville du ha reagert hvis du var på møte og noen tittet inn igjennom vinduet? Vrangforestillinger arter seg forskjellig fra person til person, og graden av rigiditet varierer, altså hvorvidt forestillingen lar seg korrigere. Noen ganger oppleves den helt fastlåst, mens andre ganger er vedkommende mer åpen for alternative forståelser. Det er også slik at forestillingene blir mer fastlåste dersom de blir utfordret og møtt på en mindre respektfull måte. Hvis terapeuten er åpen for hva pasienten har å si, uten å prøve å motbevise eller argumentere for at det er feil, skal det ikke nødvendigvis så mye til for å åpne for alternativer hos pasienten (Berge og Repål 2010, 173).

2.3.3 Finne en naturlig forklaring

Det er ikke uvanlig at pasienter med vrangforestillinger kan reagere negativt dersom de blir eksponert for svake stimuli som lyder. De kan bli aktivert slik at det blir vanskelig å sove om nettene, eller de kan ha problemer med å oppholde seg forskjellige plasser hvor slike lyder er til stede. I disse tilfellene er en naturlig konsekvens at pasienten vil forsøke å forklare lyden for seg selv. Dette resulterer gjerne i angstskapende og urealistiske forklaringer som gjør at vedkommende trekker seg unna. I samtale med en terapeut vil fokus være å finne alternative forklaringer som er mer realistiske. Her vil terapeuten bruke sokratiske spørsmål for å skape refleksjon og undring hos pasienten. Et eksempel kan være Ruth som bor alene i leiligheten sin. Hun hører lyder som hun hevder er bevis for at hennes bestefar holder på å bryte seg inn (vrangforestilling). Sammen med sin terapeut kartlegger de lydene inne i leiligheten, og finner de rettmessige kildene. Disse skrives i en

liste som Ruth skal slå opp i neste gang hun er alene i leiligheten. Hun kan bruke dette som sjekklister, og dermed finne ut at det med stor sannsynlighet ikke er et innbrudd. Hun blir bevisstgjort omkring ytre stimuli (Berge og Repål 2010, 174).

3.0 Empiri

Utgangspunktet for det valgte narrative er gjennom min stilling som miljøterapeut på lukket døgnseksjon. Narrative er skrevet på en måte som gjør at det kan omfatte flere av de pasientene jeg har jobbet med, noe som igjen kan styrke overførbarheten og i tillegg ivaretar kravet om konfidensialitet.

Narrativ

Lars er 40 år og har diagnosen Paranoid Schizofreni. Han har slitt med sykdommen store deler av livet, og har mange innleggelseser bak seg. Han fungerer greit i egen kommunal bolig med oppfølging i perioder, men opplever selv at han ikke får den hjelpen han trenger. Lars har hatt en vanskelig barndom. Han ble mobbet på skolen og hadde foreldre som ikke grep inn når han hadde det vanskelig. I tillegg hadde han en bror som døde tidlig av overdose. Lars tok tidlig avstand fra rus nettopp på grunn av det han opplevde med broren. Han har flere ganger sagt at livet ville vært enklere hvis han kunne ruse seg, men det er ingen indikasjoner for at han har gjort dette. Han har et lite, men stabilt nettverk. Foreldrene har han liten kontakt med. I dårlige perioder blir han svært paranoid og sender truende meldinger til dem. Han får forestillinger om at de ønsker å ødelegge for ham, og tolker de fleste signal som uttrykk for fiendtlighet også ovenfor de som prøver å motbevise hans forestillinger. I de dårlige periodene støter han i tillegg bort nettverket. Det kommunale oppfølgingsteamet kommer da ikke i posisjon til å hjelpe han. Han må innlegges på §3-3 i psykisk helsevernloven til tvungen observasjon.

Samspillsbeskrivelse

Lars finner seg stort sett raskt til rette på avdelingen, men formen hans er svingende fra dag til dag. På gode dager fremstår han som et friskt tilskudd både for personal og medpasienter. Han er inkluderende, viser omsorg for andre pasienter og når det foregår aktiviteter på avdelingen, tar han gjerne initiativ til å forklare teknikker og regler. Han er også en kunnskapsrik mann som fint kan delta i konstruktive diskusjoner. Han er da flink til å lytte og lar andre få snakke ferdig før han uttaler seg. I disse periodene kan han selv ta initiativ til å prate om bakgrunnen for innleggelsen, og utvise forståelse for at andre kan oppleve han truende. Personal erfarer at han kan ta et metaperspektiv på egen atferd til en

viss grad. I behandlingssamtaler er han dempet i kontakten selv om det er mye han er uenig i, og beholder roen også når vanskelige tema blir tatt opp. På dårlige dager er han raskere i bevegelsene, smeller med dørene og samhandler dårlig med personal. Det er ofte vanskelig å forstå hva som er grunnen til dette, da det tilsynelatende ikke er noen utløsende faktor. Han gir også dårlig blikkontakt og holder seg mest på rommet. Plutselig kan han komme stormende ut i avdeling og fremsette en «tirade» til utvalgt personal. Innholdet er ofte av paranoid karakter, og usammenhengende. I behandlersamtaler sier han seg ofte uenig, og kan bli agitert når han ikke opplever å komme gjennom med sine synspunkter.

Generelt sett har han evne til å knytte seg til mennesker som han stoler på. Dette gjelder også folk i personalgruppen som har brukt mye tid sammen med han, og vært stabil i sin tilnærming uavhengig av formen til Lars.

4.0 Diskusjon

Denne delen av oppgaven vil jeg dele i to. Første del vil handle om hvordan man kan gå fram for å gjøre pasienten tilstrekkelig trygg og tilgjengelig for et samarbeid, det være seg relasjonsbyggingen, de innledende samtalene og motivere for et samarbeid om en kognitiv tilnærming.

Andre del vil fokusere på en kognitiv tilnærming til vrangforestillinger med forutsetning om at pasienten har tatt en beslutning om å delta i behandlingen, og følgelig er motivert for et samarbeid. Som i teoridelen, vil jeg også her ha et hovedfokus på den innledende kontakten. Jeg har valgt å ikke jobbe med aktiv uttesting av vrangforestillingene da dette blir utfordrende ved innleggelse og ofte ikke starter før etter flere måneder (Berge og Repål 2010).

4.1 Hvordan komme i posisjon til et samarbeid om KAT?

4.1.1 Den innledende kontakten

Det første jeg må tenke på i møte med Lars er å trå varsomt frem i starten. Dersom jeg blir for offensiv i tilnærmingen, vil han med stor sannsynlighet trekke seg tilbake å bli utrygg på meg. Erfaringsmessig har det fungert å ikke ta direkte kontakt med han i begynnelsen, men heller la han observere meg i samspill med andre. På denne måten vil han kunne danne seg et inntrykk av hvem jeg er uten å trenge å forholde seg til meg. Ifølge Grande og Jensen lider denne pasientgruppen ofte av vrangforestillinger og syns- og/eller hørselshallusinasjoner som er preget av et negativt og devaluerende tankeinnhold. Dette kan føre til dårlig selvtillit og mistenksomhet ift. andre (2016). Dersom situasjonen tillater det, og jeg ser at Lars er avslappet, kan jeg eksempelvis invitere han med på kortspill sammen med en medpasient han føler seg trygg på.

På avdelingen jeg jobber har vi hatt en praksis på å rullere når det gjelder samarbeid med pasientene. Det er ikke uvanlig at de utfordrer oss med sin væremåte, og på sikt kan det skape slitasje i personalgruppen. Dette blir paradoksalt når pasientene også responderer best på kontinuitet og trygghet ved å ha faste samarbeidspersoner over tid. Heldigvis har

denne praksisen nå blitt et unntak ved at vi har delt personalgruppen i team slik at pasientgruppen blir delt på tre. Nå tilstreber vi at pasientene får samarbeide med en fra teamet, noe som skaper bedre kontinuitet og pasienter som blir tryggere i avdelingen. Dette fører til at personalets behov for «en pause» fra en pasient med utfordrende atferd blir tatt hensyn til samtidig som pasientens behov for trygghet og forutsigbarhet i størst mulig grad blir ivaretatt. Dette er et viktig ledd i relasjonsbyggingen som ifølge Grande og Jensen vil kunne ta flere måneder. De sier også at hvordan relasjonen utvikler seg vil påvirke samarbeidet og det utbytte pasienten får (2016).

Lars vil på denne måten kunne få et begrenset utvalg av personer å forholde seg til som etter hvert vil bli kjent med hans utfordringer og tilpasse seg hans behov. I mine møter med Lars vil jeg passe på å ha en tilbaketrukket, men positiv innstilling. Jeg vil tilstrebe å invitere Lars til «ufarlige» aktiviteter gjerne med personer jeg tenker han er trygg på, og møte ethvert initiativ fra hans side med forsiktig iver og nysgjerrighet. Uavhengig av tema vil jeg prøve å være støttende og anerkjennende. Grande og Jensen hevder at terapeuten fremstår empatisk når han er oppmerksom på detaljer i pasientens historier, er ikke-dømmende i sin holdning og viser at det er rom for å snakke om alle typer tema (2016).

Dersom jeg opplever økende grad av trygghet fra hans side, vil jeg etter hvert ta initiativ til aktiviteter hvor vi treffes på en mer nøytral arena som f.eks. biltur, gåtur utenfor avdelingen eller annen uteaktivitet. Hvis jeg opplever at Lars er trygg og avslappet, kan jeg stille han åpne spørsmål om hva han liker å gjøre når han er hjemme. Slik kan jeg få et inntrykk av hvilke ressurser han har og anerkjenne disse. Dermed får han erfare at jeg ser styrkene hans, noe som vil kunne øke selvtilliten og tryggheten på at jeg vil han vel. Neste steg vil kunne være å utforske hvordan han synes det er å være innlagt på avdelingen. Da viser jeg at jeg er åpen for å lytte til hans opplevelser, og jeg vil være opptatt av å prøve å forstå hvordan det føles for Lars. Hvis jeg prøver å sette meg selv i hans sko og forestiller meg hvordan han føler det på kroppen, kan det bli lettere for meg å være empatisk. Når Lars opplever en genuin interesse fra min side og virkelig føler at jeg prøver å forstå, vil han kjenne at det også er rom for å snakke om det som er mer presserende. Lars må oppleve meg som en som virkelig ønsker å hjelpe. Når han gjør det, vil han kunne lytte til det som blir sagt uten en paranoid beredskap (Grande og Jensen 2016).

Når jeg nå har vist Lars at jeg er mottagelig for å lytte til hans tanker om å være innlagt, må jeg være forberedt på at han har sterke følelser knyttet til dette. I Mange tilfeller vil mennesker med en psykoselidelse ha redusert sykdomsinnsikt, noe som fører til at de ikke nødvendigvis forstår hvorfor de er innlagt. Slik vil det sannsynligvis være for Lars også. Det er mulig at han kjenner på sinne knyttet til å være innlagt mot sin vilje, og forvirring fordi han selv mener at dette ikke er nødvendig. For Lars vil alle i personalgruppen kunne oppleves som representanter for et system som motarbeider han. Når jeg da møter hans vonde følelser med forståelse og samtidig viser med min væremåte at jeg er opptatt av at han skal ha det bra, vil han forhåpentligvis etter hvert kunne tørre å tro på at han har noen å støtte seg til. Han har nå fått en ventil for sine bekymringer knyttet til det å være innlagt som han kan benytte seg av når han har behov for det forutsatt at jeg fremdeles er tilgjengelig for det. Hvis Lars opplever at jeg ønsker han vel og er åpen for å snakke om alle typer tema, viser jeg at jeg også er åpen for å høre om vanskelige tanker eller opplevelser. Dersom han ikke selv tar initiativ, kan jeg stille åpne spørsmål om hans forhold til familie og nettverk, og slik få et inntrykk av Lars sine tolkninger av samspillet dem imellom. Her vil det kunne være rom for å stille undrende spørsmål knyttet til disse antakelsene for å bedre forstå hvordan Lars tenker. Jeg vil kunne ordlegge meg på følgende måte:

Det er vanskelig for meg å forstå at dine foreldre har så mye imot deg. Det må være tungt å oppleve det slik. Hvordan forklarer du at de baksnakker deg hele tiden? Hva skulle være grunnen til at vennen din ikke ønsker kontakt med deg? (Grande og Jensen 2016).

Jeg vil også kunne få et bilde av hans grunnleggende antakelser som representerer bakgrunnen for tolkningene. Berge og Repål sier at et menneskets grunnleggende antakelser utgjør kjernen i hvordan man opplever seg selv og andre. De etableres som regel tidlig i oppveksten og fremstår som en vesentlig del av personligheten og synet på seg selv (2010).

På det tidspunktet han er klar for det, og også er villig til å erkjenne belastningen det innebærer, kan jeg introdusere han for den kognitive modellen for vrangforestillinger. Jeg vil her ikke bruke ordet vrangforestilling, men heller tankeskjevheter (Grande og Jensen 2016). Forutsetningen her er at jeg ikke på noen måte har prøvd å realitets-orientere Lars,

da dette vil kunne føre til mistillit. Hvorvidt forestillingen er sann eller ikke, er dessuten mindre relevant ut ifra en kognitiv forståelsesmodell.

4.1.2 Introduksjon for den kognitive modellen

I mitt neste møte med Lars vil jeg ha som mål å introdusere han for en kognitiv tilnærming til hans uhensiktsmessige tolkning av situasjoner. Det vil da være viktig å prøve å legge den fram på en måte som er forståelig for Lars, og si noe om hvorfor jeg tenker at dette vil kunne hjelpe han. Jeg kan henviser til at dette er en tilnærming som har som mål på å hjelpe mennesker til en mer hensiktsmessig måte å tenke på, og at det er mange som har hatt god effekt av dette. Dersom Lars har vært åpen om noen av sine forestillinger til meg, kan jeg eksemplifisere ved å sette dem inn i ABC-modellen. Han vil da kunne få et inntrykk av hvordan man jobber ut ifra en kognitiv forståelse. Det er viktig at jeg i denne fasen følger med om Lars er komfortabel, og forsikrer meg om at han henger med. For at det skal bli lettere å forstå kan jeg tegne opp et ABC-skjema. For Lars vil det kunne se omtrent slik ut:

Hendelse (A)	Antakelse (B)	Konsekvens (C)
Foreldrene tar ikke telefonen når Lars ringer dem.	De planlegger hvordan de skal forgifte meg.	Frykt. Tenker at alle vil ta livet av meg.

Når jeg tar utgangspunkt i en hendelse og fokuserer på hvordan Lars tolker denne hendelsen og følelsen den gir, vil han kunne forstå hvordan hendelser, tanker og følelser henger sammen. I denne fasen vil det være viktig at jeg sier noe om at det er vanlig at vi mennesker tolker hendelser feil, og at det har å gjøre med våre grunnleggende oppfatninger om oss selv som forankres tidlig i livet og ofte er et resultat av relasjonelle erfaringer. Ifølge Berge og Repål er tendenser til negativ tenkning og devaluering av egen person noe veldig mange sliter med. De går i tankefeller som igjen blir onde sirkler som det er vanskelig å komme ut av (2010). Lars vil slik kunne forstå at han ikke er alene om å feiltolke hendelser, noe som kan gjøre han mer mottagelig for denne tilnærmingen. Grande og Jensen sier også at det er viktig at pasienten allerede etter første møte har fått styrket sin tro på at han kan få det bedre (2016).

Nå er tiden inne for å bli bedre kjent med pasienten. Dersom jeg som terapeut har lyktes i den innledende fasen hvor relasjonsbyggingen er sentral og Lars har vært åpen om antakelser om at familie eller naboer er ute etter å ramme han, er det viktig er det at jeg får et inntrykk av grunnlaget for disse antakelsene. Det kan jeg gjøre ved å stille åpne spørsmål, og vise at jeg er interessert i å høre hva som blir sagt. I denne delen av samtalen vil jeg gjerne vite mer om hva han opplever som problematisk her og nå, hvilke mestringsstrategier han har brukt og eventuelle kompenserende strategier. Jeg vil legge vekt på at Lars får fortelle mest mulig fritt og uavbrutt. Ifølge Grande og Jensen ligger det her en gylden mulighet til å gi støtte ved å anerkjenne pasientens mot og tålmodighet med tanke på den belastende livssituasjonen, og også tidligere forsøk på mestring og løsningsfokus (2016).

Denne informasjonen vil gi meg bedre grunnlag for i samarbeid med Lars å finne ut hvilke problemer som er mest presserende, og om det evt. er andre faktorer som stresser han. Dette kan være generelt en trang økonomi, strømgjeld som har gått til inkasso eller husleie som ikke er betalt. Slike stressorer i Lars sin hverdag vil gjøre det vanskelig å fokusere på sine egne utfordringer, og det er derfor relevant at han i første omgang får hjelp til disse problemene. Grande og Jensen sier at når slike forhold blir tatt på alvor, er det med på å styrke relasjonen og skaper bedre forutsetning for at pasienten kan introdusere mer presserende problemer (2016).

4.2 KAT ved vrangforestillinger

I mitt neste møte med Lars tar jeg utgangspunkt i at han har bestemt seg for å delta i et samarbeid om en kognitiv tilnærming til det han opplever som uheldige tolkninger av situasjoner i livet hans. Her vil jeg starte med å introdusere en forståelse av hva som kan være grunnlaget for slike uheldige tolkninger. Dette vil kunne gi Lars forutsetninger for å se en sammenheng mellom hans vonde opplevelser i barndommen, og hans grunnleggende oppfatninger om seg selv som opphav til disse tolkningene, noe også Berge og Repål (2010) understreker. Jeg vil i denne fasen av terapien være tydelig i måten jeg kommuniserer på, passe på å ikke introdusere nye momenter før jeg er rimelig sikker på at Lars henger med og be han om tilbakemelding på hvordan han synes det går. Jeg vil starte

med å sette hans uhensiktsmessige tolkninger av hendelser inn i ABC-skjemaet. Lars vil forhåpentligvis kjenne igjen dette fra de innledende samtalene vi hadde, men nå skal vi utvide det med ytterligere to kolonner, D (alternative tolkninger) og E (konsekvens av de alternative tolkningene). Lars skal selv få fylle tabellen for å gi han best mulig forutsetning for å se sammenhengen. Dersom han blir usikker underveis, vil jeg repetere hva de forskjellige kolonnene representerer.

A (hendelse)	B (Antakelse)	C (konsekvens)	D (alternativ B)	E (alternativ C)
Mamma og pappa snakker sammen	De baksnakker meg	Utrygg	De vil finne ut hvordan de kan hjelpe meg	Lettet
Mamma ringer meg	Hun vil fortelle at jeg er dum	Skammer meg	Hun vil spørre om jeg vil komme på middag	Positivt overrasket
Jeg får et brev i posten	Det er et inkassovarsel	Engstelig	Det er sikkert bare skatteoppgjøret	Lettet
Vennen min er sammen med noen andre	Han vil ikke ha noe med meg å gjøre lenger	Ensom	Jeg sa vel til han at jeg er sliten for tiden.	Finner roen igjen

Jeg har nå fått Lars til å fylle ut skjemaet hvor han også ble bedt om å finne alternative tolkninger og konsekvenser av disse. Dette kan ha gjort han i stand til å forstå at det er flere måter å se en situasjon på.

Når Lars nå har erfart at en hendelse kan forklares på flere måter, ligger det til rette for at vi sammen kan skrive en liste med alternative tolkninger. Deretter vil jeg be Lars om å anslå sannsynligheten for at de ulike tolkningene er sanne slik at han trenes i å vurdere holdbarheten i dem. Jeg vil at han vurderer den opprinnelige tolkningen til slutt. Jeg ønsker på denne måten at Lars kan se sine uhensiktsmessige tolkninger fra et mer objektivt ståsted. Berge og Repål hevder at pasienten på denne måten kan bli flinkere å vurdere alternative tolkninger og deres sannsynlighet (2010). For å gi Lars ytterligere forutsetninger for å vurdere hendelser på en mer hensiktsmessig måte, kan jeg be han sette

seg inn i hvordan andre kunne forstått situasjonen. Hvis jeg i tillegg ber han om å forestille seg hvordan en nær venn eller slektning ville ha tenkt om det som skjedde, vil den mulige alternative tolkningen kunne bli lettere å akseptere. Hvis jeg som terapeut er åpen for hva pasienten har å si, uten forsøk på realitetsorientering eller motargumenter, skal det ikke nødvendigvis så mye til for å åpne for alternativer (Berge og Repål 2010).

En annen metode for å få Lars til lettere å kunne vurdere sine vrangforestillinger på en objektiv måte, er å hjelpe han til å forstå at hendelser kan ha naturlige forklaringer. Hendelser i denne sammenhengen vil kunne representere lyder som Lars tolker som eksempler på at noen i vennegjengen er i ferd med å bryte seg inn i boligen hans, evt. ventilasjonsanleggets lave susing som han begynner å lure på om er stemmer i hodet. Jeg vil at Lars prøver å tenke over hvilke lyder som har vært problematiske for han, og at vi sammen lager en liste over naturlige forklaringer på disse lydene. Her vil jeg være litt tilbakeholden og la han selv foreslå de alternative forklaringene. Målet er at han skal få øve seg på å finne flere forklaringer på en hendelse. Listen vil kunne være til god hjelp i situasjoner der Lars f.eks. er hjemme alene i leiligheten og han ikke har noen andre som kan korrigere/komme med alternative forklaringer på lydene. I utarbeidelsen av en slik liste vil terapeuten for å skape refleksjon hos pasienten, bruke sokratiske og undrende spørsmål (Berge og repål 2010).

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å undersøke «*Hvordan kan bruk av kognitiv atferdsterapi i behandlingen av mennesker med psykoselidelser innlagt på tvang gi økt subjektiv livskvalitet?*»

Mye tyder på at kognitiv atferdsterapi kan være et godt alternativ til tradisjonell behandling for denne pasientgruppa. Det ser ut til at en slik tilnærming i større grad ivaretar kravet om brukermedvirkning ved at den beror på et samarbeid mellom terapeut og pasient. Et slikt samarbeid vil kunne føre til at pasienten føler seg sett og hørt i forhold til opplevelsene knyttet til det å være syk. Når pasienten opplever å bli inkludert i egen behandling og får være med i utarbeidelsen av behandlingsplanen, ligger det til rette for at vedkommende kan ta eierskap til egne utfordringer og løsningene på dem. Dette vil kunne gi bedre forutsetninger for å fungere i hverdagen etter utskrivelse. KAT ved psykose vil stille særlige krav til behandlingspersonell om å balansere nærhet og avstand for å ivareta tillitten, da dette er en pasientgruppe som er spesielt sensitive i møte med nye mennesker.

En god terapeutisk relasjon ser ut til å være avgjørende for å kunne få pasienten tilstrekkelig trygg for et samarbeid, og nærmest en forutsetning for bruk av KAT. Det ser også ut til at KAT ikke passer for alle som har en psykoselidelse da de er like forskjellige som mennesker uten psykose, og er avhengig av et visst funksjonsnivå.

Flere forskningsartikler viser at KAT ved psykose kan ha en effekt, men at effekten vil avta etter endt behandling og krever vedlikeholdsbehandling. I tillegg viser en metastudie signifikant gunstig effekt for kognitive psykologiske intervensjoner på en rekke symptomer, funksjon og reinnleggelse når det gjelder sekundære utfall (Wood et al. 2020).

En annen metaanalyse finner kun en liten bedring i funksjon som ikke opprettholdes, og effekten på livskvalitet synes å være svak (Laws et al. 2018). Etter min mening er det likevel grunn til å tro at ovennevnte følger av en kognitiv tilnærming vil kunne ha en positiv påvirkning på subjektiv livskvalitet når vi vet at dette omfatter både positive følelser som ro og glede og positive vurderinger som livstilfredshet. Positive følelser og vurderinger omfatter også opplevelse av god fungering – som vitalitet, interesse, mestring og mening.

Det kunne vært interessant hvis fremtidig forskning i enda større grad hadde inntatt brukerperspektivet, og man kunne fått høre mer om hvordan pasientene selv opplever KAT som behandlingsalternativ og hvordan det påvirker livskvaliteten. I tillegg hadde det vært spennende å vite mer om hvordan man kan opprettholde effekten etter endt behandling, og over tid og ikke minst kostnadene knyttet til implementering av KAT i et stadig mer prispresset helsevesen.

Litteraturliste

Berge, Torkil og Arne Repål. 2010. *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Cullberg, Johan. 2001. *Psykosser. Et integrert perspektiv*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Grande, Marit og Lene Hunnicke Jensen. 2016. *Kognitiv terapi ved psykose*. 1.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. 2013. «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser».

[Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser – Nasjonal faglig retningslinje \(fullversjon\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Laws, Keith R, Nicole Darlington, Tejinder K.Kondel, Peter J. McKenna og Sameer Jauhar. 2018. «Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia- outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta analysis». *BMC Psychology*. 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0243-2>

Nes, Ragnhild Bang. 2016. «Fakta om livskvalitet og trivsel». Folkehelseinstituttet (FHI). [Fakta om livskvalitet og trivsel - FHI](#)

Wang, Weiliang, Yuqiu Zhou, Nannan Chai og Dongwei Liu. 2019. «Cognitive-behavioural therapy for personal recovery of patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis». *General Psychiatry*. 32-5. <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2018-100040ret>

Wood, Lisa, Claire Williams, Jo Billings og Sonia Johnson. 2020. «A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural informed psychological interventions for psychiatric inpatients with psychosis». *Schizophrenia Research*. 222: 133-144. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.041>