



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

**Kognitiv atferdsterapi som metode i oppfølging av
rusavhengige med psykosesymptomer**

Morten Sivertsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 39

Molde, 22.04.2022



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 Olavsdotter Nesland

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: 22.04.2022

Antall ord: 8794

Sammendrag

Denne oppgaven har som formål å besvare følgende problemstilling:

«Hvordan kan en kognitiv tilnærming bidra til økt livskvalitet hos rusavhengige med psykosesymptomer, i en kommunal helsetjeneste?»

Rusutløste psykoser kan oppleves som skremmende for pasientene, pårørende og andre i lokalmiljøet. Disse pasientene er ofte mer utilgjengelige for den kommunale helsetjenesten, og det stilles derfor økt krav til fleksibilitet og tilgjengelighet til kommunalt ansatte.

Teoridelen tar for seg en fremstilling av psykosebegrepet og hvordan dette er knyttet opp til ulike former for stress og sårbarhet. Det gis også en fremstilling av kognitiv terapi som metode i oppfølging av personer med rus- og psykoseproblemer. Avslutningsvis i teoridelen går jeg nærmere inn på livskvalitet, og den subjektive opplevelsen og forståelsen av hva som kan defineres som «et godt liv».

Mine møter med en pasient, Mona, blir sentral for å forstå hvordan en kognitiv tilnærming kan bidra til å øke livskvaliteten til personer med rus- og psykosesymptomer. Dette er en pasient som jeg har fulgt opp over tid, og som jeg har utviklet en god og tillitsfull relasjon til gjennom min rolle som kommunalt ansatt. Jeg beskriver flere møter med Mona. Gjennom diskusjonsdelen belyser jeg hvordan en kognitiv tilnærming kan være en nyttig tilnærming for at Mona på sikt kan utvikle og øke hva hun selv definerer som en god livskvalitet.

Konklusjonen i oppgaven peker på at det er noen klare begrensinger for en tradisjonell kognitiv atferdsterapi knyttet til oppfølging av denne pasientgruppen. Dette blir også tydelig gjennom at det er begrenset forskningslitteratur på feltet. Årsakene til dette kan skyldes høyt frafall fra studiene grunnet uforutsigbarhet og sammensatte utfordringer. Til tross for dette konkluderes det med at en kognitiv tilnærming, kombinert med psykoedukasjon kan være en viktig tilnærming for kommunalt ansatte i møtet med brukere med rus- og psykosesymptomer.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensninger	2
1.4	Litteratursøk	2
1.4.1	PICO skjema	3
2.0	Teori	5
2.1	Psykosebegrepet	5
2.2	Psykoselidelser	6
2.2.1	Akutte og forbigående psykoser	7
2.2.2	Rusutløste psykoser	7
2.3	Stress/ sårbarhetsmodellen	8
2.3.1	Beskyttelsesfaktorer	8
2.4	Kognitiv terapi	9
2.4.1	ABC (DE) modellen	9
2.4.2	ABC modellen ved psykose	10
2.4.3	Tolkningskjema	10
2.4.4	Kognitiv kasusformulering	11
2.4.5	Alliansebygging	12
2.5	Den kognitive modellen ved psykoselidelser	13
2.5.1	Psykoedukasjon og normalisering	13
2.6	Livskvalitet	14
2.6.1	Maslows behovspyramide	14
3.0	Empiri	16
3.1	Første møte med Mona – «det er personer som har brutt seg inn i huset mitt, og de er ute etter å ødelegge for meg»	17
3.2	Andre møtet med Mona – etter innleggelsen:	18
4.0	Diskusjon	20
4.1	Kasusformuleringen – et bilde av Mona	20
4.2	«Hvorfor kan jeg ikke få være i fred i mitt eget hjem?» - «jeg`ets kollaps»	21
4.3	Hjemme igjen – en ny start	23
4.4	«Jeg har aldri følt meg så ensom» Hva er livskvalitet for Mona?	27
5.0	Konklusjon	28

Litteraturliste..... 30

1.0 Introduksjon

Helsedirektoratet (2012) ser behovet for å øke oppmerksomheten på personer med samtidig rus- og psykiske helseutfordringer. Dette er en pasientgruppe som lider av store helseutfordringer, noe som går sterkt ut over livskvaliteten.

Kognitiv atferdsterapi trekkes frem som en dokumentert god behandlingsmetode i møte med personer med psykoseplager. Gjennom en kognitiv tilnærming og psykoedukasjon, kan dette bidra til økt bevissthet rundt psykosesymptomer og en forståelse av sammenhengen mellom følelser og tanker (Helsedirektoratet 2013).

Gjennom mitt arbeid med rusmiddelavhengige i en kommunal helsetjeneste, har jeg møtt personer med ulik grad av utfordringer. Dette stiller sterke krav til meg som fagperson, både i forhold til terapeutiske metoder, kunnskap om rus- og psykiske helseutfordringer, og ikke minst kunnskap om mellommenneskelige relasjoner.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har i snart 12 år jobbet som konsulent og rådgiver, både innenfor NAV og den kommunale helsetjenesten. Mitt arbeidsområde har vært knyttet til oppfølging av rusavhengige, pårørende samt forebyggende arbeid.

Gjennom en tidligere masterstudie fanget jeg interessen for personer som av ulike årsaker har falt på sidelinjen av samfunnet. Prosesser rundt sosial inkludering, stigma og behandling, har vært områder som har preget mitt interesseområde.

Gjennom arbeidet i kommunehelsetjenesten har jeg fulgt opp mange brukere med såkalte ROP lidelser. Sammensettingen av rus- og psykiske helseutfordringer gjør behandlingen ekstra krevende, og jeg opplever til tider at det er utfordrende å skulle opprette og vedlikeholde en god terapeutisk relasjon til brukerne. En av årsakene til dette, kan skyldes at det til tider er vanskelig å komme i kontakt med brukerne. Videre er vi en tjeneste som opererer på dagtid i ukedagene, mens hjelpebehovene ofte melder seg utenfor dette tidsrommet.

Av de mange brukerne jeg har fulgt opp de siste årene, er det en person som har gjort et sterkt inntrykk på meg, Mona. Hennes utfordringer med rus og psykoseplager, gjør at livet oppleves som svært vanskelig i perioder.

Mona, har jeg fulgt fra tiden hun var sterkt tilknyttet rusmiljøet, og videre når hun skulle ta avstand fra dette miljøet, og etablerte seg på nytt i ny bolig og nye omgivelser. I denne prosessen uttrykker hun selv at hun oppnådde mye positivt. Samtidig erfarte hun å skulle miste mye av det som er viktig for henne i definisjonen av et godt og meningsfullt liv.

1.2 Problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å se på hvilken rolle kognitiv terapi kan ha i møte med rusavhengige, og hvorvidt dette bidrar til en økt fungering og livskvalitet. Jeg har erfart at flere av brukerne har store psykosesymptomer. Flere har hyppige innleggelses bak seg innen psykisk helsevern. Gjennom teknikker fra kognitiv terapi ønsker jeg å undersøke hvorvidt en slik tilnærming kan bidra til bedre livskvalitet og økt hverdagsmestring. Problemstillingen blir derfor følgende *«Hvordan kan en kognitiv tilnærming bidra til økt livskvalitet hos rusavhengige med psykosesymptomer, i en kommunal helsetjeneste?»*

1.3 Avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle psykose i en tidlig, ikke utredet fase, og som mulig følge av omfattende bruk av rusmidler. Dette utelukker derfor psykoseplager av mer kronisk art, herunder schizofreni. Rusavhengighet har også fått en mer begrenset plass i en oppgave av denne størrelsesorden. Kvinner i rusmiljøet kan også oppleve en del kjønnsmessige utfordringer. Kim (2019) viser i en masterstudie, hvordan kvinner tilegner seg ulike mestringsstrategier for å kunne overleve i et hardt mannsdominert miljø. I min fremstilling av møtene med Mona, har jeg valgt å ikke fokusere nevneverdig på kjønnsaspektet knyttet til hennes rus- og psykiske helseutfordringer.

1.4 Litteratursøk

Jeg benyttet flere databaser for å søke artikler som belyste problemstillingen, herunder Medline, Embase, APA og Psychinfo. Det ble brukt søkeord som eksempelvis «psychotic disorders», «substance abuse», «substance related disorders», «cognitive therapy», «cbt».

Søkeordene ble tilpasset terminologien til de ulike databasene, etter hvilke faguttrykk de ulike artiklene var koblet opp mot. Eksempel på dette var at enkelte databaser benyttet «drug abuse», mens en annen database ga mer treff under søkeordet «substance abuse». Etter litt prøving og feiling fikk jeg i Medline databasen 58 treff når jeg organiserte søket mitt i følgende PICO skjema.

1.4.1 PICO skjema

P	I	C	O
Substance abuse Intravenous or substance related disorders or drug users	Cognitive behavioral therapy		Psychotic disorders or schizophrenia

Det var flere treff på artikler som isolert sett viste til god effekt av kognitiv terapi knyttet opp mot bedring av rus- eller psykosesyntomer. Det var derimot få treff på forskning knyttet til bedring av samtidig rus og psykosesyntomer som følge av kognitiv terapi.

Gjennom søket fant jeg følgende 2 artikler som til en viss grad kunne bidra til å belyse problemstillingen

Et av studiene fulgte 31 forsøkspersoner over en periode på 18 måneder, hvor hensikten var å måle effekten av kognitiv terapi på personer som hadde en diagnostisert schizofrenidiagnose med samtidig misbruk av alkohol og/eller cannabis (Eack mfl. 2015). Studien konkluderer med at kognitiv terapi har en signifikant effekt på bedret kognitiv- og sosial fungering for personer med psykosesyntomer. Videre viste resultatene at kognitiv terapi bidro til en nedgang i alkoholbruken gjennom studieperioden.

Gaag mfl. (2019) gjennomførte en studie hvor de målte effekten av kognitiv terapi som terapeutisk redskap for å forebygge utvikling av psykoselidelse blant personer som hadde

påviste symptomer, men ikke utviklet en psykoselidelse. Studien inkluderte personer med sammensatte utfordringer, herunder rusmisbruk.

Konklusjonen er at kognitiv terapi hadde en god effekt med tanke på å redusere utvikling av en psykotisk lidelse for personer i risikogruppen. Psykoedukasjon var fremhevet som viktig gjennom den terapeutiske tilnærmingen.

Det kan se ut til at det er få studier som har fulgt opp rusavhengige over tid, og samtidig har kunnet måle effekten på livskvalitet knyttet til rusavhengige med psykoseplager. Det framheves også i en av artiklene som en utfordring å skulle rekruttere og gjennomføre forskning over tid på denne pasientgruppen (Eack mfl. 2015).

2.0 Teori

I den teoretiske fremstillingen, har jeg valgt å avgrense til psykoser som er utløst som følge av rusmiddelinntak, og akutte- og forbigående diagnoser. Dette er psykosetilstander som kan gå over etter kortere tid, men det er også fare for at enkelte utvikler mer vedvarende symptomer, og utvikling av en mer kronisk sykdomstilstand innenfor schizofrenispekteret (Cullberg 2009).

2.1 Psykosebegrepet

Grande og Jensen (2016) definerer psykosen som en tilstand som i periodevis er plaget av problemer med virkelighetsoppfatningen. Nærmere forklart så har individene vanskeligheter med å skille mellom indre opplevelser og hva som er felles i den ytre verdenen. Dette kan føre til store emosjonelle ubehag, forvirring og vanskeligheter med den dagligdagse fungeringen (Grande og Jensen 2016).

Cullberg (2009) påpeker at en form for vrangforestilling må være til stede for at man skal kunne definere tilstanden som en psykose. Mens persepsjonen ofte er korrekt, er det tolkningen av denne som ofte er misvisende. Dette skiller psykosen fra andre lignende tilstander som delirium. Videre skiller Cullberg (2009) mellom 3 ulike fenomener som i ulikt omfang kan prege psykosen. *Hallusinasjoner*: Dette kan bestå av enten syns- eller hørselshallusinasjoner. For at tilstanden skal kunne defineres som psykotisk, må den henge sammen med et brudd i virkelighetsoppfatningen. Hallusinasjoner som individene er klar over at bryter med virkelighetsoppfatningen, faller derfor utenfor psykosetilstanden. *Atferdsavvik*: Dette kan prege personer som lider av psykose, men inntreffer også personer i mange andre sammenhenger. Det siste fenomenet som omtales av Cullberg (2009) beskriver han som *konfusjon eller delirium*. Dette kjennetegnes med en nedsatt evne til å orientere seg i tid, rom eller person.

Cullberg (2009) avgrenser psykosebegrepet til å gjelde personer med et klart brudd i virkelighetsoppfatningen, og som er klart avvikende og ikke deles av andre personer. Fenomener som hallusinasjoner, atferds avvik og konfusjon kan prege psykosen, men er ikke et vilkår for tilstanden.

2.2 Psykoselidelser

Psykose kan fremtre gjennom flere ulike lidelser (Grande og Jensen 2016). Det skilles mellom organiske og funksjonelle psykoser, hvor de organiske er betinget av en svikt i hjernens funksjon som årsak til tilstanden. Dette omhandler eksempelvis forgiftninger, abstinens, hjernesvulst, skader på hjernen, svikt i blodtilførselen og lignende (Haugsgjerd mfl. 2009). Den funksjonelle psykosen er vanskeligere å diagnostisere, og kommer til uttrykk gjennom en svikt i den mentale fungeringen.

Felles for de ulike psykosetilstandene, er at de er preget av større eller mindre grad av følgende symptomgrupper: *positive symptomer*, *negative symptomer* og *andre psykiske symptomer*.

De positive symptomene er kjennetegnet av vrangforestillinger, ulike former for hallusinasjoner og desorganisering, mens de negative kan komme til uttrykk gjennom tilbaketrekning og følelsesavflating. Andre psykiske symptomer kan være alt fra rusmiddelmissbruk, angst, depresjon, kognitive vansker og lignende.

Det er store forskjeller mellom tilstedeværelsen av de ulike symptomgruppene, og i hvor stor grad de påvirker funksjonen i dagliglivet (Grande og Jensen 2016).

For å gi en økt forståelse av hvordan psykosesyntomene utvikler seg, viser jeg til Cullberg (2009) sin fremstilling av de psykodynamiske begrepene «jeget» og «selvet».

«Jeget» fungerer som et slags teoretisk organiserende prinsipp for individenes mentale apparat, og fremstår ikke i bevisstheten vår. «Jeget» integrerer våre erfaringer og minner med krav fra omgivelsene (Cullberg 2009). «Jeget» bidrar derfor til at selvopplevelsen får en sterkere kontinuitet og sammenheng.

«Selvet» på sin side beskriver Cullberg (2009) som «den bevisste og ubevisste opplevelsen av egen person». Det er et slags referansesystem som er bygd opp som resultat av livserfaringer og samspill med andre gjennom livsløpet. Det gir oss både bevisste og ubevisste svar på hvem vi er, og hvordan vi handler i samspill med omgivelsene.

I en akutt psykosetilstand vil ikke lenger «jeget» fungere med tanke på å gi en opplevelse av sammenheng og kontinuitet. Dette fører til at personen forsøker å skape en ny sammenheng gjennom å omtolke omgivelsene. Disse omtolkningene vil skape en ny og midlertidig selvopplevelse. Denne nye selvopplevelsen skaper selvsagt en umulig relasjon i forholdet mellom personen og omgivelsene (Cullberg 2009).

Jeg vil videre i oppgaven avgrense fremstillingen av de ulike psykosetilstandene til å omhandle i større grad de akutte og rusutløste psykosetilstandene.

2.2.1 Akutte og forbigående psykoser

De akutte eller forbigående psykosene, er til forskjell fra schizofreni, avgrenset til et mildere og forbigående forløp (Haugsgjerd mfl. 2009). Symptomene er vanligvis vrangforestillinger, hallusinasjoner og en forstyrret atferd og feiltolkning av omgivelsene. Ofte er den også preget av en utydelig og usammenhengende tale (Grande og Jensen 2016). Det som kjennetegner den akutte- forbigående psykosen er at personen i løpet av relativt kort tid, oftest 1-2 uker eller mindre, har forandret seg fra å være «normal» til psykotisk. Årsaken kan være stressfylte hendelser forut for psykoseutbruddet, men det er ikke alltid åpenbare tydelige årsaker til psykosetilstanden.

I diagnostiseringen av den akutte-, forbigående psykosen legges det spesielt vekt på en akutt begynnelse, og at tilstanden ikke har vedvart lengre enn 1 måned (Haugsgjerd mfl. 2009).

2.2.2 Rusutløste psykoser

De rusutløste psykosene er betinget utløst av rusmiddelbruk. De oppstår som regel noen timer etter inntak av rusmidler, eller ved fravær av rusmidler som har ført til sterk avhengighet (Grande og Jensen 2016).

Paranoide vrangforestillinger, hallusinasjoner, motoriske forstyrrelser, angst og desorientering, er typiske symptomer for den rusutløste psykosen.

Den rusmiddelutløste psykosen er biologisk betinget, men er også avhengig av den psykososiale konteksten rundt rusmiddelinntaket (Cullberg 2009). Eksempel på dette kan være at rusbrukerne over tid, til en viss grad, kan lære seg å kontrollere og kjenne igjen

symptomer som følge av eksempelvis søvnmangel eller hallusinerende effekter av rusmidler. Dette kan bidra til å skille mellom hva som er virkelig og hva som er effekten av rusmiddelinntaket.

2.3 Stress/ sårbarhetsmodellen

Psykoseplager har historisk sett blitt forklart ut fra en biologisk modell, hvor det har blitt fremhevet en genetisk sårbarhet som årsaksforklaring. Siden 1970 tallet har det derimot blitt en økende enighet om at også stresserfaringer spiller en viktig rolle for hvorvidt det utvikles psykosesymptomer eller ikke (Grande og Jensen 2016).

Stress-sårbarhetsmodellen forklarer dette samspillet med at individer som av genetisk eller psykologisk art har en større sårbarhet for å utvikle psykose, trenger mindre grad av stressbare påkjenninger for at symptomer på psykose skal inntreffe (Cullberg 2009). Motsatt trenger personer med lav grad av sårbarhetsfaktorer, større påkjenninger i form av stress for at psykosesymptomene skal inntreffe.

Cullberg (2009) beskriver sårbarhetsfaktorene både som av genetisk og psykologisk art. Genetisk sårbarhet kan være arvelighetsbetinget gjennom at personen eksempelvis kommer fra en familie hvor nære familiemedlemmer har historikk med psykotiske plager.

Den psykologiske sårbarheten kan stamme fra eksempelvis dårlige oppvekstsvilkår, herunder seksuelt misbruk og omsorgssvikt (Cullberg 2009).

Gjennom en forståelse av psykose som betinget av samspillet mellom stress og sårbarhet, har dette åpnet for en mer tverrfaglig forståelse og behandlingstilnærming til personer som står i fare for- eller har utviklet psykoseplager (Grande og Jensen 2016).

2.3.1 Beskyttelsesfaktorer

De viktigste faktorene som virker å ha vist seg forebyggende og beskyttende mot å utvikle psykosesymptomer, er ifølge Cullberg (2009) et godt sosialt nettverk, meningsfulle aktiviteter / arbeid og en opplevelse av sammenheng og mening.

Beskyttelsesfaktorene virker både forebyggende (før psykosen), men kan også bidra til å bedre forløpet og prognosen ved at den utløsende påkjenningen dempes. Samtlige av disse har god forankring i internasjonal forskning på psykoselidelser (Cullberg 2009).

2.4 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi er knyttet opp mot å gjenkjenne og sette spørsmålstegn rundt uheldige tankemønstre. Hvordan vår kognisjon påvirker følelsene våre, er en sentral del av kognitiv terapi. Hensikten er at ved å bli mer bevisst hvordan vi tenker, vil dette kunne føre til at vi endrer følelsene våre i positiv retning (Berge og Repål 2018). Som terapiform har den vist seg effektiv i behandlingen av alt fra lettere psykiske helseplager til mer omfattende og alvorligere psykiske lidelser.

Berge og Repål (2018) beskriver tre parallelle tankeprosesser som styrer hvordan vi bearbeider og skaper mening og forståelse av våre opplevelser.

Den bevisste tenkningen, som er preget av å forstå og tolke situasjoner, har ofte en problemløsende og bevisst hensikt. Den automatiske tenkningen har en mindre bevisst hensikt, og fører til enten positive eller negative følelser. Metatenkningen er kjennetegnet over at vi reflekterer over hvordan vi tenker, og hvordan vi skal forholde oss til tankene våre.

Å kunne identifisere negative automatiske tanker, og ikke minst bidra til å gjøre disse mindre troverdige, er en sentral del av kognitiv terapi, da negative automatiske tanker spiller en sentral rolle i forbindelse med å utvikle og opprettholde psykiske helseplager (Grande og Jensen 2016).

2.4.1 ABC (DE) modellen

For å identifisere og jobbe med tankemønstrene, er det innenfor kognitiv terapi hensiktsmessig å benytte en ABC-modell. Modellen bidrar til å synliggjøre hvordan vi automatisk tenker rundt en spesiell situasjon eller hendelse.

Situasjonen eller hendelsen er i modellen beskrevet som A. Tanker omkring hendelsen kommer inn under B. Hvilke følelser disse tankene rundt hendelsen skaper, kommer til uttrykk gjennom C (Berge og Repål 2018).

Ved å utvide modellen, gir dette handlingsrom til å jobbe med alternative tanker rundt en hendelse (D). Dette kan eksemplifiseres på følgende måte:

A: En person snakker ikke til meg på butikken

B: Han ønsker ikke å ha noe med meg å gjøre, jeg er uinteressant.

C: Jeg blir trist og lei meg.

D: Kan det hende at personen hadde det travelt, og ikke hadde tid til å prate med meg?

E: Alternativ måte å forstå og tolke situasjonen/hendelsen på.

Konsekvensen av å tenke annerledes rundt en situasjon, å sette spørsmålstegn rundt de negative automatiske tankene, skaper en alternativ måte å forstå og tolke situasjonen på E. Hensikten er derfor at dette skal endre de negative følelsene som utløses av å tolke en situasjon i negativ forstand. I kognitiv terapi jobbes det med å bistå personen med å sette spørsmålstegn rundt hvordan man tolker en hendelse, fremfor at man skal lære personen å tenke «riktig». Personer med psykiske helseplager har oftere automatiske tanker med negativt innhold. Det vil derfor være hensiktsmessig å bistå med å identifisere disse i møter med personen (Berge og Repål 2018).

2.4.2 ABC modellen ved psykose

ABC modellen kan med fordel tilpasses til behandling av psykosesymptomer.

I en enkel omformulering kan symptomer som en stemme (hallusinasjon) eller en vrangforestilt hendelse, representere hendelsen (A) i modellen. I kombinasjon med psykoedukasjon kan terapeuten over tid jobbe med alternative tolkninger, som igjen kan føre til at symptomene får mindre betydning for personen med psykoseplager (Grande og Jensen 2016). Et eksempel på dette kan være å utforske hvorfor de for eksempel tror så sterkt på at de blir forfulgt, eller svekke den kommanderende stemmens evne til å stadig legge begrensninger på livet til pasienten. Dette bør komme godt ut i forløpet, når det er etablert og godt og trygt grunnlag mellom pasienten og terapeuten.

2.4.3 Tolkningsskjema

Kognitive tolkningsskjema kan beskrives som personens kjerneoppfatninger om seg selv og andre (Berge og Repål 2018). De fungerer som mentale filtre og retningslinjer som

hjelper oss å forstå omgivelsene. Mange av skjemaene dannes tidlig i livsløpet og er stabile over tid.

En person som har vært utsatt for omsorgssvikt eller mye mobbing gjennom oppveksten, kan for eksempel ha utviklet et tolkningsskjema som bygger på en underlegenhet som preger de fleste situasjoner, eller en tolkning om at andre mennesker ikke er til å stole på (Berge og Repål 2018).

Dette kan bidra til at personen har utviklet uheldige mestringsstrategier for å kunne mestre eller unngå å bli konfrontert med sine grunnoppfatninger. Eksempel på dette kan være unngåelse av sosiale settinger og lignende (Berge og Repål 2018).

Opgaven innenfor kognitiv terapi blir derfor å prøve å sette spørsmålsteget rundt gyldigheten av de skjemaene og antagelsene personen har om seg selv. Målet blir at personen i større grad kan utnytte sine evner og potensiale, og få økt livskvaliteten som begrenses av de ulike mestringsstrategiene (Berge og Repål 2018). Dette blir en viktig del av det som defineres som en kognitiv kasusformulering.

Bjørkly (2020) beskriver ulike alternative mestringsstrategier som kan benyttes i arbeidet med pasientens aktuelle livsutfordringer. Disse er som følger: *Sensoriske*: avledning gjennom å for eksempel høre på musikk for å unngå stemmehøring, klippe seg i armen som avledning i angstfylte situasjoner og lignende. *Fysiologiske*: Ulike pusteteknikker eller muskelavspennende teknikker. *Kognitive*: normalisering, alternative tanker og lignende. *Atferdsmessige*: atferdsaktivering (gåture for å unngå depresjon), atferdsinnsnevring (unngå miljø hvor man er eksponert for ulike rusmidler).

2.4.4 Kognitiv kasusformulering

Grande og Jensen (2016) beskriver kasusformuleringen som en rekke hypoteser om hva som kan være årsaken til, og hva det er som bidrar til å opprettholde en persons psykiske vansker.

I tillegg til diagnose, bør en kasusformulering beskrive relevant bakgrunnsinformasjon knyttet til hvorvidt det for eksempel er forhold ved oppveksten som har betydning for hvordan personen tenker om seg selv i ulike settinger.

Videre er det viktig å kartlegge de grunnleggende antagelsene, eller tolknings skjemaene personen har om seg selv og andre. At en person hele tiden går rundt med en følelse av å være mindre verdt, vil ha betydning for hvordan personen tenker og vurderer seg selv i ulike sosiale settinger (Berge og Repål 2018).

I tillegg til dette bør det kartlegges hvilke leveregler og kompenserende strategier som benyttes. Dette er strategier som benyttes for å verne om de negative antagelsene personen har om seg selv (Grande og Jensen 2016).

En person med sosial angst kan for eksempel ha som strategi å isolere seg i større eller mindre grad.

Det vil være hensiktsmessig å liste opp noen eksempler på typiske situasjoner, som er beskrivende for hvordan han/hun tenker og handler i ulike sosiale settinger. Formuleringen bør også få frem ressursene til personen, noen som vil være av stor betydning hos personer med alvorlige psykiske helseplager (Berge og Repål 2018).

2.4.5 Alliansebygging

En god relasjon, eller terapeutisk allianse mellom hjelper og den som søker hjelp, er en viktig forutsetning for å kunne jobbe med terapeutisk endring (Grande og Jensen 2016).

Hartmann (2013) viser til flere forhold ved terapeuten som behandlingsfremmende. Personlige egenskaper ved terapeuten trekkes frem som den viktigste. Hun oppsummerer en god terapeut med følgende egenskaper: evnen til å lytte, formidler håp og tillit samt viser engasjement og fleksibilitet. Andre egenskaper er at de uttrykker en likeverdig, respektfull og lite aggressiv fremtoning ovenfor pasienten.

Bøe og Thomassen (2017) beskriver en god terapeutisk relasjon som preget av å være åpen og tillitsfull. Dette kjennetegnes av at pasienten klarer å formidle sine plager og tanker uten å på forhånd måtte forme det som blir formidlet. Videre framhever de at terapeuten bør tillate seg, til en viss grad, å være personlig i møte med pasienten.

Innenfor kognitiv terapi, er det viktig å ta i bruk tilbakemeldinger fra pasienten mot slutten av timen. Dette bidrar til å få en oppfatning av hvordan pasienten opplever behandlingen.

Det bidrar også til å tilpasse tilnærmingen hvis pasienten av ulike grunner ikke føler seg forstått, eller at man ikke jobber med det som opptar pasienten (Berge og Repål 2016).

2.5 Den kognitive modellen ved psykoselidelser

Den kognitive modellen ved psykoselidelser bygger på grunnmodellen av kognitiv terapi. I møte med personer med psykoselidelser vil det være viktig å benytte god tid til å jobbe med den terapeutiske alliansen. Å bygge en god terapeutisk relasjon med personer med vrangforestillinger, stiller ekstra krav til en empatisk forståelse og aksept for den andres virkelighetsforståelse (Grande og Jensen 2016).

Oterholt og Haugen (2015) viser til lindring, fjerning eller økt mestring av symptomer, som relevante mål for terapien i arbeid med psykoselidelser. For enkelte er det ikke like aktuelt å skulle fjerne stemmene, men lære seg å forholde seg til de på en annen måte. Enkelte ønsker ikke å redusere stemmer av positiv art, som de opplever støtte i (Grande og Jensen 2016).

2.5.1 Psykoedukasjon og normalisering

Grande og Jensen (2016) viser til psykoedukasjon og normalisering som svært viktig gjennom det terapeutiske arbeidet med personer plaget med psykoselidelser. Gjennom at personene får økt kunnskap om psykoselidelser, kan dette bidra til å redusere skam, skyldfølelse og selvstigmatisering.

Et eksempel på psykoedukasjon kan være å normalisere for eksempel hallusinasjoner og vrangforestillinger ved at dette er noe de fleste kan oppleve ved for lite søvn eller mye bruk av rusmidler. Det kan også være hensiktsmessig å formidle at vrangforestillinger og paranoid beredskap kan være en viktig forsvarsmekanisme for oss når vi orienterer oss i miljø som kan oppleves som truende (Berge og Repål 2018).

Psykoedukasjon bør presenteres og jobbes inn i samtalene der det vurderes av terapeuten som naturlig og hensiktsmessig (Grande og Jensen 2016).

Psykoedukasjon er også viktig i forhold til pårørende, for å gi økt kunnskap om psykoselidelser og informasjon rundt atferdsendring som kan forekomme ved slike

lidelser. Dette kan bidra til at de klarer å forholde seg til sykdommen og den pårørende på en bedre måte (Berge og Repål 2018).

Prescott og Tvedten (2016) beskriver også hvordan kognitiv terapi med fordel kan benyttes i arbeid med rusproblematikk, hvor det kan bidra til økt forståelse og endring av rusmiddelbruken.

2.6 Livskvalitet

Folkehelseinstituttet skiller mellom objektive og subjektive sider i definisjonen av livskvalitet (Nes 2019). Den objektive siden omhandler forhold som blant annet kvaliteten på helsetilstanden, materielle levekår og arbeids- og fritidssysler.

Den subjektive siden av livskvalitet legger mer vekt på hva personen selv legger i et godt liv. En person som for andre vurderes som å ha et dårlig liv, kan derimot selv vurdere sitt eget liv som godt (Nes 2019).

Folkehelseforeningen omtaler livskvalitet som en lykkefølelse eller tilfredshet med livet som vedvarer over lengre tid (Bruvik 2019). En god livskvalitet har en sammenheng med god fysisk- og psykisk helse samt økt sosial støtte. Videre fremheves trivsel som et resultat av mestringsfølelser, sosial støtte eller vennskap (Bruvik 2019).

Oterholt og Haugen (2015) trekker frem det å kunne oppleve gode relasjoner til andre som en viktig kilde til livsglede og psykisk helse. Svikt i de sosiale relasjonene er derimot noe av det første som kan svikte hos personer med psykoselidelser. Sosial tilbaketrekking og isolasjon er andre negative symptomer som kan oppstå ved en psykoselidelse (Cullberg 2009).

2.6.1 Maslows behovspyramide

Maslow`s studier av menneskelige behov i sammenheng med mulighetene for aktualisering av seg selv, eller selvrealisering, stammer i utgangspunktet fra den humanistiske tradisjonen innenfor psykisk helsearbeid (Haugsgjerd mfl. 2009).

Når jeg velger å benytte Maslow's teori i oppgaven, er det fordi det gjennom min arbeidserfaring innenfor en kommunal helsetjeneste, har blitt tydelig for meg at mange av de jeg møter, ofte mangler mye av de grunnleggende behovene som sikkerhet og sunne relasjoner til andre mennesker.

Gjennom behovspyramiden hevder Maslow at alle personer har en rekke grunnleggende behov som de hele tiden må tilfredsstille. Det endelige målet er å skulle oppnå selvaktualisering. Selvaktualisering beskriver han som menneskets høyeste mål, hvor det er i stand til å virkeliggjøre seg selv, samt uttrykke sine evner og anlegg (Haugsgjerd mfl. 2009).

Det mest grunnleggende behovet er det fysiologiske som mat og næring. Videre kommer behovet for trygghet, før et behov om tilhørighet og kjærlighet. Videre oppover i behovspyramiden ligger behovet for anerkjennelse. Deretter kommer de kognitive behovene (å vite, forstå og utforske) og det estetiske (symmetri, orden og skjønnhet). Øverst i pyramiden troner det Maslow beskriver som selvaktualisering, hvor de fullt ut får realisert sine muligheter (Haugsgjerd mfl. 2009).

Tanken er at neste behov i pyramiden ikke kan fylles før det foregående har blitt tilstrekkelig oppfylt. Et menneske kan ikke føle på tilhørighet eller anerkjennelse uten at behovet for trygghet er tilfredsstilt (Haugsgjerd mfl. 2009).

3.0 Empiri

Jeg vil bruke historien om Mona som narrativ i oppgaven. Mona er en 46 år gammel kvinne, bosatt i en mindre by i Norge. Gjennom min jobb i kommunehelsetjenesten, ble jeg kjent med Mona for mange år siden. Gjennom denne perioden har jeg fulgt henne i både opp- og nedturer. Relasjon har etter hvert blitt preget av et tillitsforhold, hvor det er rom for å gi tydelige tilbakemeldinger til hverandre både på godt og vondt.

Mona forteller om en oppvekst som har vært mye preget av mobbing. Hun har hele tiden hatt mye støtte fra foreldrene. Foreldrene ble skilt for noen år siden. Dette har derimot ikke preget kontakten hun har med mor og far.

Mona var tidligere gift i flere år. Sammen med ektemannen hadde hun 2 barn. Hun fungerte godt både i arbeid og som familiekvinne. Hun og mannen har i denne perioden mange felles venner som de har mye kontakt med. Barna til Mona er i dag voksne.

Hennes problemer startet etter at hun ble medisineret for smerter som følge av belastningsskader etter flere år som butikkmedarbeider. Etter hvert økte medisinforbruket, og hun startet med å kjøpe illegale medisiner for å bekjempe de daglige smertene. Dette utviklet seg ytterligere i feil retning, noe som resulterte i at ekteskapet ikke lenger fungerte. Hun opplevde at de rusfrie vennene tok avstand, og at disse ble byttet ut med nye venner fra rusmiljøet.

Mona forteller også at hun opplevde at flere i familien tok mer avstand fra henne.

For 7 år siden tok hun et valg om å slutte med bruk av rusmidler. Hun tok avstand fra rusmiljøet, og fikk leid seg et privat hus i en roligere del av byen. Mona viste engasjement og pågangsmot rundt å skulle forholde seg rusfri. Den største bakdelen beskriver hun som ensomheten. Hun forteller at hun aldri har vært så ensom som siden hun sluttet å ruse seg. Tiden med rusmisbruk har preget henne, og det å skulle reetablere kontakten med de rusfrie vennene har vært mye vanskeligere enn hun hadde forestilt seg.

De siste fire årene har det vært flere korte episoder hvor hun har ruset seg. Hun bruker mye amfetamin i disse periodene, og går ofte mange dager uten å sove. Dette resulterer ofte i at hun blir overfølsom for omgivelsene. Det er gjentakende at hun opplever å bli forfulgt, og

at det er personer fra det tidligere rusmiljøet, som er ute etter å ødelegge for henne. Vanligvis føler hun seg mindre urolig etter at hun har fått spist og sovet et par dager, men det har også vært anledninger hvor hun har hatt behov for innleggelse.

3.1 Første møte med Mona – «det er personer som har brutt seg inn i huset mitt, og de er ute etter å ødelegge for meg»

Jeg mottar bekymring fra familien som går ut på at de har opplevd en forandring på Mona den siste tiden. Familien forteller at de opplever henne som mistenksom og underlig når de treffer henne. De er bekymret for at hun skal skade noen, siden hun går rundt med kniv for å beskytte seg.

Det er nå en stund siden jeg har hatt kontakt med henne, og etter innholdet i bekymringsmeldingen velger jeg å dra på et hjemmebesøk.

Under hjemmebesøket er Mona tydelig urolig. Til vanlig setter hun seg i sofaen, hvor vi prater om alt fra sport til hverdagens små og store bekymringer. I dag går hun rastløst frem og tilbake mellom stuen og kjøkkenet. Hun ser redd ut, og er motorisk urolig.

Jeg: Du virker redd i dag, Mona? Kan du fortelle mer om hva som plager deg for tiden?

Mona: Jeg får ikke fred, de har plaget meg i hele natt.

Jeg: Kan du si mer om de som plager deg, hvordan opplever du at de er ute etter å plage deg?

Mona: Det er to personer som har vært inne her i natt. Jeg tror de gjemmer seg. Jeg hører i hvert fall at de prater om at de skal ødelegge for meg. De har tatt tingene mine, og forteller at de skal ta medisinene mine.

Jeg: Det høres veldig skremmende ut, Mona. Når du forteller dette så kan jeg forstå at du føler deg veldig utrygg hjemme.

Hun forteller videre at hun ikke har sovet på flere dager. Hun snakker mer om at de skal ødelegge for henne, og forgifte henne med rusmidler, slik at hun skal teste positivt på rusprøvene.

Jeg: Vet du hvordan personene kommer seg inn i huset ditt, Mona?

Mona: De kommer seg inn på flere måter. De har sine teknikker for å komme seg inn, både når jeg er her, og når jeg er ute. Det er hvert fall ingen tvil, jeg hører godt at de går rundt her.

Jeg: Er det lenge siden du har hørt tegn på at de er her? Er de her nå?

Mona: Det er noen timer siden nå, men vi må passe på hva vi sier, i tilfelle de avlytter oss.

Jeg: Har det vært bedre for deg Mona, at vi har gått oss en tur? Slik at du ikke skal være redd for at de hører at du prater med meg?

Mona: Jeg tror det skal gå fint. Se her: Her har de kommet seg inn i natt.. (Mona viser meg ei skrape i veggen, hvor hun mener at de har kommet seg inn fra).

Jeg: Oi, de har kommet seg inn her ja.

Mona oppleves av naboene i disse periodene, som påtrengende og til sjenanse. Mona har flere ganger ringt til politiet for å forsøke å få hjelp. Hun opplever ikke å bli tatt seriøst, og blir veldig fortvilet over at de ikke gjør mer for å hjelpe henne.

Gjennom besøket forsøker jeg å få et innblikk og forståelse for hvordan Mona opplever situasjonen. Jeg lar henne fortelle uavbrutt om hva hun opplever å ha skjedd. Hun blir mer og mer urolig mens hun forteller. Jeg ser at hun klarer å slappe litt mer av når hun opplever at noen endelig tror på det hun forteller.

3.2 Andre møtet med Mona – etter innleggelsen:

Jeg blir kontaktet av en institusjon med melding om at Mona er ferdig med oppholdet. Jeg treffer Mona i huset hennes, hvor hun er veldig glad for å komme hjem igjen etter et lengre opphold:

Jeg: Hei Mona, godt å se deg, du har vært borte ei god stund nå, hvordan er det for deg å komme hjem igjen?

Mona: Det er ganske bra egentlig. Begynte å bli lei av institusjonslivet nå, men jeg har faktisk fått hvilt meg og fått fred fra de som har plaget meg.

Jeg: Hvordan opplever du å være i huset ditt nå?

Mona: Jeg tror det skal være ganske trygt nå, jeg har ikke sett tegn på noe uvanlig, eller hørt noe på en god stund.

Jeg: Hva tenker du om at det var personer inne her under listene og i skapene, slik du fortalte om tidligere?

Mona: Jeg er litt forvirret egentlig. Det er godt å få slappet av egentlig.

Jeg: Det er godt å endelig få slappet av.

Jeg: Det er godt å ha deg hjemme igjen. Hva ser du for deg fremover? Er det noe vi kan gjøre sammen for at du skal få det bedre, nå som du er hjemme igjen?

Mona snakker ellers en del om rusbruken, og hvordan dette har skapt problemer for henne. Hun forteller at hun i perioder har kontakt med rusmiljøet, og at dette gjør at hun føler seg mindre ensom. Hun ønsker nå hjelp til å holde seg rusfri, og er klar på at personene i rusmiljøet fører mye vondt med seg.

4.0 Diskusjon

4.1 Kasusformuleringen – et bilde av Mona

For å lage en kasusformulering med hypoteser rundt Mona sine problemer, og hvordan disse påvirker livet hennes, kan man starte med diagnosene. Hun har ulike diagnoser knyttet til rusmiddelmissbruket. Videre har hun diagnosene angst og depresjon.

Etter innleggelsen fikk Mona diagnosen rusutløst psykose. Hun har ikke blitt nærmere utredet opp mot mer schizofrenilignende psykose, da dette krever lengre rusfrihet (Haugsgjerd mfl.2009).

En viktig grunnantagelse Mona har om seg selv, er at hun føler seg mindreverdige i møter med andre. Dette kan ha bakgrunn i at hun gjennom oppveksten ble utsatt for mye mobbing. At hun har vært rusmiddelavhengig i flere år, samt ikke kunne ha fungert som en tilstedeværende mor for sine barn, har bidratt til å forsterke denne opplevelsen.

Da hun var gift, hadde hun gjennom mannen et stort nettverk. Da hun sluttet å ruse seg, ble det vanskeligere for henne enn først antatt, å skulle bygge seg opp et selvstendig nettverk.

Som levere regler og kompenserende strategier, bruker Mona å unngå situasjoner med mye sosial kontakt. Hun oppholder seg for det meste hjemme for seg selv. Dette skulle i utgangspunktet være en trygg base. At Mona i perioder føler at andre trenger seg inn i hennes «trygge base», gjør livet svært vanskelig.

Et eksempel på en av hennes grunnantagelser er følgende:

«Som tidligere rusavhengig har jeg vist meg svakere enn andre. Jeg har mindre jeg skulle ha sagt enn andre».

«Jeg har ikke vært den moren som barna har forventet av meg, og som alle andre barn har»

Eksempler på negative automatiske tanker som dukker opp i sosiale settinger er følgende:

«Jeg kan se at den jeg prater med synes jeg er kjedelig»

«Selvfølgelig orker de ikke å omgås en som har vært så svak som meg og ruset seg»

«Hun der er tydelig skadet av alt hun har puttet i seg»

«Hun der klarer ikke å fungere i en butikkjobb engang»

Ressursene må også komme frem i Mona sin kasusformulering. Hun er en svært dyktig butikkmedarbeider, og har flere ganger fått skryt for sin imøtekommenhet og gode kundebehandling.

Når hun tidligere var i arbeid, var hun godt likt av kollegaene sine. De syntes hun var en person som alltid bidro når andre i butikken trengte hjelp. Ressursordene dyktig, godt likt og hjelpsom må derfor benyttes flittig i videre terapeutisk arbeid med Mona, for å kunne bryte med, og finne alternativer til hennes tolkning av seg selv, samt alternative tanker rundt ulike situasjoner.

4.2 «Hvorfor kan jeg ikke få være i fred i mitt eget hjem?» - «jeg`ets kollaps»

I det første møtet jeg beskriver med Mona føler hun seg svært redd. Det er tydelige tegn på det som er omtalt som positive symptomer ved psykose: vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner.

Mona har i psykodynamisk forstand, mistet evnen til å skulle opprettholde en følelse av sammenheng og kontinuitet. Mona ser tydelige tegn til at det er personer som har brutt seg inn i huset hennes. Skader i listverket blir plutselig et bevis på at det er noen som har brutt seg inn. Gjennom flere slike bevis danner selvet en ny virkelighetsoppfatning, som oppleves høyst reell for Mona, men uforståelig for nær familie og naboer, som blir hjelpeløse vitner til det som foregår.

Som vi har sett av stress- sårbarhetsmodellen, kan dette forstås som at Mona har en grunnleggende genetisk sårbarhet for å utvikle psykose. Dette kan være arvelig betinget, eller trekk ved hennes personlighet, som gjør henne mer utsatt for stress.

En oppvekst preget av mye mobbing, kan også bidra til at Mona er mer sårbar for å utvikle psykose i voksen alder.

Eksempel på stress i modellen, kan være inntak av rusmidler. For Mona kan dette være et stressende element som fører til at hun utvikler psykosesymptomer.

I de første møtene jeg beskriver med Mona, hvor symptomene var tydelig til stede, var det lite rom for å begynne med avanserte kognitive tilnæringsmetoder. Fokuset var heller å lytte, og forsøke å forstå Mona sin virkelighet.

Jeg valgte å spørre mye, og forsøke å vise forståelse for hvordan hun opplevde situasjonen. Det var tydelig i møtene, at hun følte seg forstått, og hadde tillitt til meg som hjelper. Hun snakket mye om at andre ikke forsto henne, og at politiet trodde at hun var blitt gal, siden de ikke kunne se tegn på at det har vært noen i huset hennes. Mona setter tydelig pris på besøkene mine, og tar kontakt flere ganger, når hun føler seg veldig utrygg.

Når jeg forsøker å sette meg inn i hvordan Mona har det, så er det åpenbart en svært vanskelig situasjon å være i. Å oppholde seg i eget hjem, hvor hennes virkelighet består av at det er flere personer som hele tiden er ute etter å ødelegge for henne, må være ganske krevende og følelsesmessig smertefullt.

En empatisk tilnærming eller inntonning, som er hentet fra selvspsykologien, kan være et viktig begrep her (Haugsgjerd mfl. 2009). Ved at jeg tilstreber å møte henne følelsesmessig, slik hun opplever det, kan føre til at hun føler seg mer forstått og respektert. Situasjonen i møtet, er at Mona sin virkelighet baserer seg på en reell frykt for at det er flere personer som prøver å trenge seg inn i huset hennes. Hun er åpenbart redd for å bli fratatt livsviktige medisiner, samt få tømt kontoen for det hun har å klare seg med. Ved å bagatellisere denne frykten, og samtidig komme med antydninger om at hun har inntatt rusmidler, kan dette i verste fall føre til at hun føler seg såpass misforstått at hun blir irritert eller aggressiv.

Gjennom flere år i kommunehelsetjenesten, flere av disse uten kompetanse på psykoterapeutiske tilnærminger eller kompetanse på psykoseproblematikk, har jeg ved flere anledninger «gått i fellen» med å være for kritisk til andre pasienter sine vrangforestillinger. Som en naturlig følge, har jeg merket at de har følt seg misforstått og irritert. Dette preger ikke kun selve møtet, men oppleves ødeleggende også for fremtidige møtepunkt, siden de senere føler liten vits i å bruke tid til å prate med «en som ikke forstår situasjonen». Grande og Jensen (2016) trekker frem en empatisk tilnærming som viktig i møte med psykosepasienter.

Dette er også tydelig, når Mona forteller at hun føler seg stemplet som «gal» av politiet. Jeg er også forsiktig i denne sammenhengen med å ta opp rusmiddelbruket, og hvordan lite søvn kan få innvirkning på at hun føler seg mer mistenksom på omgivelsene.

4.3 Hjemme igjen – en ny start

I møtene fremkommer det at hun etter innleggelsen har åpnet opp for mer alternative tanker rundt vrangforestillingene. Som hun selv er inne på, føler hun seg mer forvirret på spørsmål knyttet til tidligere hendelser i forkant av innleggelsen. Mona er på dette tidspunktet mer stabilisert, og lite tyder på at hun ruser seg.

Som terapeut bør jeg undersøke om hun ønsker at vi skal ha samtalene hjemme hos henne, eller om hun heller ønsker å komme til kontoret mitt. Det er viktig å få avklart om hun hører disse personene nå, og om de for eksempel har kommentert at jeg er inne for å hjelpe henne. Som jeg var inne på i den teoretiske fremstillingen, så opplever mange at stemmene (hallusinasjonene) motarbeider dem i møte med terapien (Grande og Jensen 2016). Det kan være kommentarer som at de ikke skal åpne seg opp for, eller prate med terapeuten. Jeg spurte derfor Mona rundt dette. Til svar fikk jeg at det etter utskrivelsen, hadde vært mindre «bråk» i huset, og at det sannsynligvis ikke lenger er noen der for å plage henne. Forklaringen var mer knyttet til at personene har forlatt huset, fremfor at det er de positive psykosesymptomene som har avtatt. Ved å undersøke dette med Mona, klargjør vi at det er greit for henne å fortsette med samtalene hjemme hos henne, et sted som har vært den mest naturlige møteplassen for oss hittil. Et alternativ kunne ha vært å ta henne med på en kjøretur, eller gjennomføre samtalene på et kontor eller et sted hvor hun føler at det er tryggere å prate med meg.

At Mona føler seg tryggere etter innleggelsen, gjør at det kan være et grunnlag for å begynne å utforske alternative tanker rundt situasjonen. Dette kan med fordel gjøres gjennom en ABC-modell (Grande og Jensen 2016).

Som en invitasjon til Mona stilte jeg følgende spørsmål:

Jeg: Kunne vi ha snakket litt rundt det som plaget deg før innleggelsen, og hva du tenker om dette i dag?

Mona: Ja, det er greit det. Hva tenker du å prate om nøyaktig da?

Jeg: Som behandleren din fortalte om under utskrivingsmøte, så har de grunn til å tro at problemene dine skyldes det som de beskriver som en rusutløst psykose. Hva tenker du om deres vurderinger?

Mona gir uttrykk for at hun synes det er ubehagelig at jeg stiller dette spørsmålet. Jeg vurderte i ettertid om jeg kunne ordlagt meg annerledes, gjennom å kanskje utelate psykosebegrepet, og heller benytte andre ord i referansen til utskrivingsmøtet.

Til tross for at hun synes det er litt ubehagelig, så går hun med på å snakke med meg om dette:

Jeg: Som psykisk helsearbeider, så jobber jeg litt med noe som heter for kognitiv terapi, kjenner du til det?

Mona: Nei, det har jeg ikke hørt om tidligere.

Jeg forklarer kort og enkelt hva det går ut på, og introduserer ABC modellen for henne. For å gjøre det mer forståelig tegnet jeg opp den kognitive diamanten, mens jeg enkelt forklarte terapiformen (Berge og Repål 2018).

Kognitiv terapi som metode, følger som hovedregel en ganske strukturert tilnæringsform, hvor det jobbes med å bli kjent, samt utforme kasusformulering før man begynner det videre arbeidet med å utforske negative automatiske tanker, og hvordan dette påvirker følelseslivet til pasientene (Berge og Repål 2018). Siden jeg har kjent Mona over tid, og vi tidligere har snakket en del om det hun opplevde som problematisk hjemme, valgte jeg å invitere henne til å jobbe mer direkte med ABC modellen. Hvis jeg ikke har kjent henne fra tidligere, kunne dette ha vært alt for tidlig i prosessen.

Jeg forklarer Mona at vi kan utforske litt rundt tankene (B) hun hadde rundt det som foregikk i huset, og hvordan hun følte det som følge av dette (C). Forsiktig forsøker jeg å introdusere alternative måter å tenke rundt hendelsen på (D). Dette ble et vanskelig møte, og jeg følte at hun ble noe irritert, og følte seg misforstått av meg som tillitsperson:

Jeg: Jeg har vært ganske bekymret for hvordan du hadde det i tiden før innleggelsen. Du snakket veldig mye i møtene våre om at du følte deg plaget av de personene du hørte i huset her.

Mona: Ja, det har egentlig vært helt forferdelig.

Jeg: Det må være ganske skremmende å ha det slik.

Jeg: Har du noen tanker rundt det som har kommet frem gjennom innleggelsen, og det som behandleren har satt som diagnose?

Mona: Hva tenker du på da?

Jeg: Det er ikke unormalt at hjernen kan lure oss når vi har vært våken over lengre tid. Mange som bruker amfetamin over flere døgn opplever at de utvikler hallusinasjoner, det er normalt at hjernen og kroppen reagerer slik. Enkelte kan til og med begynne å se og høre ting som ikke er virkelig, når de ikke har sovet på lang tid.

Mona: Nå føler jeg egentlig at du misforstår meg. Du har jo tidligere sagt at du har forstått meg, og støttet meg rundt hvordan jeg har hatt det her.

Det ble utfordrende for meg gjennom dette møtet med Mona. Jeg ble redd for å ødelegge tillitsforholdet som vi hadde i disse møtene. Fra tidligere har jeg lagt vekt på det selvpsykologien omtaler som en empatisk inntoning, hvor jeg møter Mona med en forståelse og aksept for hennes opplevelse (Haugsgjerd mfl. 2009). I møtet opplevde jeg at hun følte seg misforstått. Jeg unnskylder meg, og gjør det tydelig at det er hun som bestemmer hva hun ønsker å ta opp eller ikke. Dette er viktig i terapeutiske relasjoner med personer med psykoseproblemer. Grande og Jensen (2016) påpeker også at det kan oppstå en del skam i grenselandet mellom psykosen og tilfriskningen, siden mange føler at de har mistet kontrollen og regien over seg selv. Grande og Jensen (2016) trekker også frem at det kan være viktig å informere om at positive symptomer, som eksempelvis stemmehøring, kan øke i starten av det terapeutiske arbeidet.

Viktigheten av tillitsforholdet blir i disse møtene veldig tydelig for meg. At jeg har kjent henne over tid, bidrar til at jeg kan være litt mer direkte i møtene med henne. Det gjør det også enklere å ikke bli fullstendig avvist, og det åpnet seg opp flere muligheter for å gradvis jobbe med ABC modellen:

Jeg: Hva tenker du nå om at politiet ved flere anledninger ikke har funnet spor etter at det har vært personer her? (Alternativ tanke (D)).

Alternativ tanke (D): Når vi ser på gulvet som har fått en skade Mona, du er jo en kvinne som jeg vet har litt greie på oppussing og slikt, tror du at det kan være andre årsaker til at det har blitt slik?

Hvis det har vært sånn at disse skadene skyldes en vannskade, hvordan har det fått deg til å føle deg, sammenlignet med tidligere?: Alternativ måte å tolke situasjonen på (E) fører til andre følelser (C).

Det vil også være viktig å benytte psykoedukasjon for å normalisere symptomene til Mona (Grande og Jensen 2016). På den måten kan vi bidra til å rette fokuset på å se sammenhengen mellom rusbruken og de symptomene som Mona opplever. Jeg valgte å starte jobbingen med ABC modellen med dette. Tanken var at hun skulle se utfordringene i lys av rusbruken, og mindre som et resultat av at «hun har mistet forstanden». Gjennom en forståelse for at hun er mer genetisk sårbar for psykose, kan dette kanskje bidra til mer varsomhet knyttet til langvarig rusmiddelmissbruk.

Jeg erfarte at Mona vekselvis var åpen for å snakke om problemene sine med meg. Hvorvidt jeg kunne lykkes med å få til gode samtaler med henne, var veldig avhengig av dagsformen hennes. Hun var også i perioder vanskelig å få tak i av ulike årsaker. Det ble vanskelig å sette opp tidspunkter for møter, og jeg måtte ofte bare forsøke å invitere henne til en prat gjennom å kjøre ut for å se om hun var hjemme. Dette gjorde det krevende i forhold til kognitiv terapi i sin strukturelle form. Det stiller også krav til meg når det gjelder å vise fleksibilitet og tilgjengelighet.

Ved at brukeren hadde vært mer stabilisert og tilgjengelig, kunne det også ha vært jobbet mer systematisk med diagnosene angst og depresjon, som jeg vet skaper en del begrensninger på livskvaliteten til Mona. Dette bør kobles opp mot hennes grunnleggende antagelser om seg selv, altså at hun føler seg mindre verdt enn andre i ulike sammenhenger, samt hvordan dette påvirker hennes negative automatiske tanker.

Hennes mestringsstrategier er også et aktuelt tema for terapien. Jeg vet at hun bruker mye energi på å unngå ulike sosiale sammenhenger som følge av hennes angstplager. Som eksempel kunne vi ha jobbet med å finne alternative mestringsstrategier for Mona. Eksempel på dette kan være å gradvis begynne å oppsøke dagligvarebutikken på tidspunkt hvor det er større sannsynlighet for å møte flere folk. For å gjøre dette enklere, kunne jeg i starten ha kjørt henne på butikken, og ventet utenfor i bilen (eller blitt med henne inn på butikken). For å gjøre det mindre skremmende, kan hun i starten kanskje handle i en annen del av byen, hvor færre vet hvem hun er.

Gjennom en kognitiv tilnærming kan dette være fruktbart inn i en ABC-modell, hvor vi jobber med disse erfaringene. «Hjemmelekser» er et viktig verktøy som bør benyttes, hvor hun noterer og utforsker tanker og følelser fra ulike situasjoner mellom møtene med meg.

4.4 «Jeg har aldri følt meg så ensom» Hva er livskvalitet for Mona?

Da hun tok valget om å slutte å ruse seg, tok hun et bevisst valg om å bryte kontakten med vennene i miljøet. Istedenfor å finne henne i et festlig lag hjemme i huset sitt, sitter hun nå stort sett alene. Hun er stolt over at hun har klart å komme seg bort fra miljøet, men er tydelig på at hun er veldig ensom.

Med bakgrunn i hennes sosiale angstplager og mindreverdigfølelse, er det vanskelig for henne å etablere nye relasjoner. For å benytte livskvalitetsbegrepet, så har hun objektivt sett et godt møblert hjem, og en stabil inntekt (uføretrygd) og orden på økonomien. Likevel føler hun at livet gir lite positiv energi, siden hun sitter alene uten mye kontakt med andre. Det er paradoksalt at overgangen fra rusmiljøet på mange måter også bidrar til å svekke livskvaliteten til Mona. Den fysiske helsen, og økonomien blir naturligvis bedre, men samtidig opplever hun å miste mange av de sosiale relasjonene, som til tross for rusen betyr mye for henne.

Som vi har vært inne på, kunne mer stabilitet og en mer strukturert form for kognitiv terapi, ført til at vi har kunnet jobbe mer med å dempe ulike symptomer knyttet til angst og depresjon. Dette vil forhåpentligvis føre til mindre plager og økte muligheter for å etablere og utvikle sosiale relasjoner, noe jeg vet er av betydning for Mona.

Hva jeg som psykisk helsearbeider legger i begrepet livskvalitet, kan være ganske ulikt for Mona. Også sammenlignet med Maslow`s behovspyramide, så blir det tydelig at så lenge hun ikke opplever en trygghet i livet sitt, så er det vanskelig å skulle erfare en tilhørighet og anerkjennelse i livet, noe som tydelig mangler for Mona.

Det subjektive rundt det å skulle oppleve å ha et godt liv, trenger ikke i Maslow`s definisjon, å skulle innebære en full grad av selvaktualisering. For Mona kan en betydelig bedring av livet innebære det å oppleve en trygghet i eget hjem, samt få et bedre forhold til sine voksne barn.

5.0 Konklusjon

Oppgaven har hatt som formål å undersøke hvorvidt en kognitiv tilnærming kan bidra til at rusavhengige med psykosesymptomer, som mottar oppfølging av en kommunal helsetjeneste, kan oppleve økt livskvalitet. Gjennom flere møter med «Mona» beskriver jeg hvordan teknikker fra kognitiv terapi, kan være et viktig bidrag i møte med en pasient med rusutfordringer og rusutløste psykoseplager.

Gjennom arbeidet med oppgaven har det blitt tydelig for meg at kognitiv terapi som en strukturert terapeutisk metode, har en del begrensninger i møter med ROP pasienter i en kommunal helsetjeneste. Utfordringen ligger ofte i at disse pasientene til tider er utilgjengelige for den kommunale helsetjenesten. I tillegg til at det kan være vanskelig å fysisk oppspore pasientene, er det også varierende hvor mottakelige de er for terapeutiske samtaler. Dette legger også begrensninger på utbyttet av terapien mellom samtalene, eksempelvis gjennom avtalte oppgaver, som er mye brukt innenfor den kognitive tradisjonen.

Som et svar på disse utfordringene mener jeg at det stiller ekstra krav til ansatte i kommunehelsetjenesten når det gjelder å skulle utvise en fleksibilitet i møte med disse pasientene. Dette innebærer at vi må tilstrebe å være til stede for pasientene når de ber om det, fremfor at vi skal legge opp behandlingen til fastsatte tidspunkt.

Kommunale lavterskeltilbud, som dagtilbud kan være et viktig bidrag til å skape mening i hverdagen, samt øke den sosiale deltakelsen for brukere av kommunale helsetjenester. Her har jeg erfart at det er store variasjoner mellom kommunene. Det skaper også en del utfordringer knyttet til brukere med varierte helseutfordringer når det kommer til sammensetning av brukere tilknyttet slike tilbud.

Til tross for de nevnte utfordringene mener jeg at en kognitiv tilnærming kan ha en viktig terapeutisk funksjon i møte med pasienter med samtidig rus- og psykiske helseutfordringer. Gjennom en fleksibel tilnærming, kan dette bidra til å redusere eller fjerne psykosesymptomer, noe som har en sterk sammenheng mellom opplevelsen av livskvalitet. Psykoedukasjon trekkes også frem som et viktig verktøy i møte med disse

pasientene, noe som kan gi økt forståelse av sammenhengen mellom rusmiddelinntak og utvikling av psykosesyntomer.

Ved å kombinere ulike terapeutiske tilnærminger, kan dette åpne opp for økte muligheter i brukermøtene. Her kan for eksempel en personsentrert tilnærming være et viktig tilskudd.

Forskning knyttet til problemstillingen er mangelfull. Årsaken til dette kan være at dette er en pasientgruppe med stort frafall fra studiene. Det kan derfor være utfordrende å måle terapeutisk effekt av en kognitiv tilnærming over tid på pasientene.

Litteraturliste

- Berge, Torkil og Arne Repål. 2018. *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*, 3 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørkly, Stål. Forelesning ved Høgskolen i Molde: *En introduksjon av noen sentrale psykoterapeutiske perspektiv*, høsten 2020.
- Bruvik, Mathilde. 2019. «Hva er livskvalitet?» Folkehelseforeningen. <http://folkehelseforeningen.no/hva-er-livskvalitet/>.
- Bøe, Tore Dag og Arne Thomassen. 2017. *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre*, 3.utgave, Oslo: Universitetsforlaget.
- Cullberg, Johan. 2009. *Psykosser – Et integrert perspektiv*, 2.utgave, Oslo: Universitetsforlaget.
- Eack, Shaun M, Susan S. Hogerty, Deborag P.Greenwald, Maralee Y. Litschge, Summer A.F McKnight, Srihari S.Bangalore, Michael F. Pogue-Geile, Natcheri S. Keshavan, Jack R. Cornelius. 2015. «Cognitive enhancement therapy in substance misusing schizophrenia: Results of an 18-month feasibility trial» *Schizophrenia research* 161: 478-483.
- Gaag, Mark van der, David van der Berg, Helga Ising. 2019. «CBT in the prevention of psychosis and other severe mental disorders in patients with an at risk mental state: A review and proposed next steps» *Schizophrenia research* 203: 88-93.
- Grande, Marit og Lene Hunnicke Jensen. 2016. *Kognitiv terapi ved psykose*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Hartmann, Ellen. 2013. Hva er virksomt i psykoterapi?: integrering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. I *God psykoterapi: et integrativt perspektiv*, redigert av Benum, Kirsten,; Axelsen, Eva Dalsgaard,; Ellen Hartmann, 21-40. Oslo, Pax.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse*, 3 utgave, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2012). Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Helsedirektoratet IS 1948.
- Helsedirektoratet (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2013.IS-1957 <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal->

- fagligretningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-medpsykoselidelser-IS-1957.pdf.
- Kim, Tuyet Vo Thi. 2019. «Å være kvinne i et rusmiljø». Masteroppgave. Universitetet i Stavanger. <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2459889>.
- Nes, Ragnhild Bang. 2019. «Fakta om livskvalitet og trivsel.» Folkehelseinstituttet. <http://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>.
- Oterholt, Frank og Gunnar Brox Haugen. 2015. *Mening og mestring ved psykoselidelser*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Prescott, Peter og Torbjørn Tvedten. 2019. *Kognitiv terapi i behandling av rusmiddelproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.