



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner

Ole Martin Harsvik Varhol

Totalt antall sider inkludert forsiden: 29

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: Solrun Brenk Rønning

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: 22.04.22

Antall ord:8028

Sammendrag

Formålet med denne fordypningsoppgaven er å se på hvordan bruke kognitiv terapi i møte med mennesker med hørselshallusinasjoner. Oppgavens empiri er i form av et narrativ hentet fra en lukket avdeling i spesialisthelsetjenesten.

Følgende problemstilling er valgt til oppgaven:

«Hvordan bruke kognitiv terapi i møte med mennesker med hørselshallusinasjoner»

Hørselshallusinasjoner er sanseopplevelser som ikke henger sammen med tilsvarende ytre stimuli og er det mest fremtredende symptomet ved psykoselidelser. Psykose er en paraplybetegnelse for en rekke ulike psykiske lidelser der fellestrekk er realitetsbrist.

Hovedmålet med kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner er ikke å ta dem bort, men endre tolkningen av dem og redusere ubehaget. Konsekvensen av å høre stemmer kommer an på hvilke fortolkninger vedkommende har om stemmen. Kompenserende strategier bidrar til å opprettholde problemet og mestringsstrategier er hensiktsmessige for å få kontroll over ubehaget.

I kognitiv terapi er ABC-modellen sentral for å identifisere og systematisere tanker og følelser knyttet opp mot en gitt hendelse. Det er en forutsetning at terapeut og pasienten har en god terapeutisk allianse. For å bygge en god terapeutisk allianse skal terapeuten være åpen, ærlig, interessert, vise varme og være empatisk.

I diskusjonsdelen har oppgaven forsøkt å forstå narrativet ved bruk av kognitiv terapi. Det sees på muligheten for å bruke kognitiv terapi i et tenkt behandlingsforløp for pasienten. Forskningen benyttet i oppgaven er motstridende om effekten av kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner. Det trekkes allikevel frem viktigheten av en god terapeutisk allianse. ABC-modellen er svært sentral i kognitiv terapi for hørselshallusinasjoner. Det skisseres hvordan denne kan brukes for å åpne for samtale og undring rundt pasientens tanker og ubehag.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Problemstilling	2
1.2	Litteratursøk	2
2.0	Teori	4
2.1	Psykose.....	4
2.1.1	Hørselshallusinasjoner	4
2.2	Kognitiv terapi.....	6
2.2.1	ABC-Modellen.....	6
2.2.2	Kognitive diamant.....	7
2.2.3	Kjerneoppfatninger, leveregler og negative automatiske tanker.....	7
2.2.4	Kompenserende strategier	8
2.2.5	Mestringsstrategier	8
2.2.6	Terapeutisk allianse.....	9
2.2.7	Normalisering og psykoedukasjon.....	10
2.2.8	Kasusformulering.....	10
2.3	Kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner	11
2.3.1	Kartlegging av stemmene.....	12
2.3.2	Sokratiske spørsmål	12
2.3.3	Målet med behandling.....	13
2.4	Forskning.....	14
3.0	Empiri	15
3.1	Situasjon 1	15
3.2	Situasjon 2.....	16
4.0	Diskusjon.....	17
4.1	Hvordan forstå pasientens utfordringer ved bruk av kognitiv terapi?.....	17
4.2	Hvordan bruke kognitiv terapi for å redusere pasientens ubehag knyttet til hørselshallusinasjonene?	21
5.0	Konklusjon.....	27
6.0	Litteraturliste.....	28

1.0 Innledning

Cullberg (2005) hevder hørselshallusinasjoner er det mest fremtredende symptomet ved psykoselidelser. Psykose er en paraplybetegnelse for en rekke ulike psykiske lidelser der fellestrekket er realitetsbrist. Oppgaven er begrenset til å se på kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner.

Hovedmålet med kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner er ifølge Repål et al. (2015) ikke å ta dem bort, men endre tolkningen av dem og redusere ubehaget. Konsekvensen av å høre stemmer kommer an på hvilke fortolkninger vedkommende har om stemmen.

Oppgaven velger å bruke kognitivt terapi fordi det fremstår som et allsidig perspektiv som kan benyttes ved ulike problemstillinger. Terapeuten skal være en guide og pasienten er eksperten i eget liv (Berge og Repål 2010).

Som vernepleier ansatt i lukket langtids avdeling synes jeg det er utfordrende å forstå og hjelpe mennesker med hørselshallusinasjoner. Man kan ofte se at pasienten er påvirket av å høre stemmer, men det er utfordrende vite hva man skal gjøre for å hjelpe. Hvordan kan helsepersonell forstå og hjelpe når det er stemmer som bare pasienten kan høre?

Jeg har sett flere typer kompensere strategier som pasienter med hørselshallusinasjoner bruker. For eksempel å spille høy musikk med hodetelefoner for å overdøve stemmene. Det kan også oppleves som en hemmende strategi fordi man kan stenge ute omverdenen og er lite kontaktbar. Et annet eksempel er at pasienten roper og skriker høyt for å overdøve stemmene. Berge og Repål (2010) hevder at kompensere strategier som dette bidrar til å opprettholde problemet. Finnes det noen mer bærekraftige og hensiktsmessige strategier som pasienten kan ta i bruk for å forstå og dempe stemmene? Og hvordan kan man egentlig møte mennesker med hørselshallusinasjoner på best mulig måte?

1.1 Problemstilling

Formålet med denne fordypningsoppgaven er å se på hvordan bruke kognitiv terapi i møte med mennesker med hørselshallusinasjoner. Følgende problemstilling er valgt til oppgaven:

«Hvordan bruke kognitiv terapi i møte med mennesker med hørselshallusinasjoner?»

Avgrensning

Fordypningsoppgaven er avgrenset til å omhandle voksne mennesker med hørselshallusinasjoner. Pasienten i narrative har diagnosen schizofreni som er en kompleks og alvorlig psykoselidelse med flere symptomer. Oppgaven har valgt å ta for seg hørselshallusinasjoner som er en av de mest vanlige symptomene ved psykose. Oppgaven ser bort fra andre symptomer ved diagnosen som tankeforstyrrelser, negative symptomer og disorganiserte symptomer (Cullberg 2005). Med hørselshallusinasjoner har denne oppgaven lagt vekt på stemmehøring. Begrepene hørselshallusinasjoner og stemmer er brukt om hverandre.

Pasienten i narrativet er innlagt på lukket avdeling på sykehusnivå i spesialisthelsetjenesten. I narrativet er jeg miljøkontakt for pasienten. Oppgaven er begrenset til å se bort fra behandlere og annet miljøpersonell, selv om de er en viktig del av den totale behandlingen.

1.2 Litteratursøk

Litteratursøket er gjennomført i databasene Oria, Medline og Helsebiblioteket. Tabellen gir innsikt i søkeprosessen. Den viser søkeord og avgrensninger ved søket. Artiklene som er benyttet i fordypningsoppgaven presenteres i teoridelen. Noen av artiklene funnet i søket var det ikke leserrettigheter til. De ble søkt opp i Google Scholar, der de ligger åpent for alle. En artikkel er anbefalt av en kollega som har utdannet seg i kognitiv terapi ved psykose, der denne var på pensumlisten.

Forklaring av søkeord i tabellen

KT: Kognitiv terapi

HH: Hørselshallusinasjoner

FV: Fagfellevurdert

CBT: Cognitive behavioral therapy

HV: Hearing Voices

AH: Auditory hallucinations

Database	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrrensninger	Leste abstracts	Leste artikler
Oria	1	KT HH	7	Ingen	Ingen	Ingen
	2	CBT AH	62	5 år FV Hallusinasjoner	2	1
	3	CBT HV	685	7 år FV Engelsk	10	2
	4	CBT Psychosis AH	342	5 år FV Engelsk Artikkel	20	3
	5	CBT Psychosis HV	280	5 år FV Engelsk Artikkel	11	2
Helsebiblioteket	1	KT HH	6	Ingen	Ingen	1
Medline	1	CBT Psychosis AH	31	5 år	7	3
	2	CBT Psychosis HA	16	5 år	1	1
	3	CBT Psychosis	224	5 år	10	2

2.0 Teori

For å svare på problemstillingen vil oppgaven i teoridelen presenterer teori for psykose med hovedvekt på hørselshallusinasjoner. Videre kognitiv terapi generelt og kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner spesielt. Det vises til teori som senere skal diskuteres opp mot narrativet. Det presenteres ikke perspektivet i sin helhet, men den teorien som er aktuelt for denne oppgaven.

2.1 Psykose

Psykose er en paraplybetegnelse for en rekke ulike psykiske lidelser der fellestrekket er realitetsbrist. Det vil si forandret og avvikende virkelighetsoppfatning som ikke deles med andre i omgivelsene. Pasienter med psykose oppfatter ikke verden rundt seg, andre menneskers holdninger og sin egen rolle på samme måte som andre mennesker gjør (Skårderud, Haugsgjerd og Stånicke 2010).

Ifølge Cullberg (2005) må vrangforestillinger være tilstede om det skal være snakk om en psykose, og at den psykotiskes virkelighetsoppfatning er tydelig avvikende fra andres oppfatning. Han hevder tre av følgende fenomener kan være tilstede ved en psykose. Hallusinasjoner, atferdsavik og konfusjon eller delirium.

2.1.1 Hørselshallusinasjoner

Cullberg (2005) beskriver hallusinasjoner som sanseopplevelser som ikke henger sammen med tilsvarende ytre stimuli. Det gjelder hørsel, lukt, syn, smak og følelse. Videre hevder han at mange mennesker kan høre stemmer og lyder som ikke kommer fra omgivelsene. Ved blant annet sorgarbeid: Da kan hallusinasjoner være rettet til å gjenskepe det tapte. For eksempel kan konen høre den døde mannens stemme, eller man kan høre den døde hundens skraping på døren.

I nasjonalfaglige retningslinjer skriver Helsedirektoratet (2013) at den mest vanlige formen for hallusinasjoner er å høre stemmer, altså hørselshallusinasjoner. Det beskrives som tankelignende prosesser som stemmehøreren oppfatter til å komme utenfra, men som i virkeligheten er personenes egne tanker.

Repål et al. (2015) viser til at Romme og Echer (1989) sin studie som anslår at to til fire prosent av befolkningen hører stemmer. Men at det er kun en tredjedel av disse som trenger behandling for det. Ifølge Repål et al. (2015) kommer konsekvensen av å høre stemmen an på hvilke fortolkninger vedkommende har om stemmen. Cullberg (2005) hevder personer som hører stemmer, er nødvendigvis ikke psykotiske. Det kommer an på om virkelighetsoppfatningen er intakt, og de vet at stemmene ikke kommer fra noen andre.

Ifølge Cullberg (2005) er hørselshallusinasjoner det mest vanlige symptomet ved psykose. Stemmene som den hallusinerende hører kan variere fra tydelig klar røst, til svak mumling i bakgrunnen. Stemmene kan ha forskjellig identitet, innhold og betydning. Stemmene kan ha positivt og negativt innhold. Det kan variere fra stemmen til familiemedlemmer til kjente personer. Det er ikke unormalt med religiøst innhold som å høre stemmen til Gud. Det å høre flere stemmer snakke med hverandre regnes som schizofrene hallusinasjoner.

Det vises at hørselshallusinasjoner ofte kan bli langvarige og kroniske. Stemmene personen hører er ofte negativt ladet og det vil ofte oppleves som belastende for vedkommende. Helsedirektoratet (2013) viser til at mange stemmehørere etter hvert oppdager at stemmene ikke er virkelige, men at de likevel ikke blir kvitt stemmene.

Jensen og Grande (2016) viser til at Brichwood og Chadwick (1997) har funnet ut at mellom 40- 60 prosent av de som hører stemmer, opplever dem som kommanderende og instruerende. Stemmehørerens opplevelse av stemmene er forskjellig. «*Antagelse om stemmens identitet, hensikt, kontroll, graden av makt og konsekvensene av å ikke adlyde stemmen, ser ut til å være sentrale for hvilke konsekvenser stemmehøringen har.*» (Grande og Jensen 2016:56). To stemmehørere der opplevelsene beskrives som relativt lik, kan reagere og handle ulikt.

2.2 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi er et psykoterapeutisk perspektiv som har opphav i behaviorismen. Det er den amerikanske psykiateren Aron T. Beck som anses som grunnleggeren med sitt arbeid på 60- og 70- tallet (Haugsgjed et al. 2009).

Ifølge Berge og Repål (2010) er målet med kognitiv terapi problemløsning og mestring av livsbelastninger. Det kombinert med at pasienten skal få økt innsikt i sin egen tankeprosess og sette spørsmålstegn ved etablerte og fastlåste tankemønstre som opprettholder problemene. Ved at pasienten forstår seg selv og sine reaksjoner bedre, skal det føre til mindre lidelse, mer mestring og bedre livskvalitet. Det er ikke et mål å lære pasienten å tenke positivt.

I kognitiv terapi ser man på sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger knyttet til spesifikke situasjoner. «*Vår kognisjon, måten vi tenker omkring en hendelse på, vil påvirke hvilke følelser som knyttes til denne hendelsen*» (Berge og Repål 2010:10). Ved å identifisere og endre tanken knyttet til en situasjon vil man også endre følelsen som er basert på tanken. *Se mer i ABC-modellen og kognitive diamanten*. I samtalene ser man på alternative tanke- og handlingsmåter, og resultat/ konsekvens av disse (Berge og Repål 2010).

2.2.1 ABC-Modellen

I kognitiv terapi er ABC-modellen sentral for å identifisere og systematisere tanker og følelser knyttet opp mot en gitt hendelse.

A: Hendelse/situasjon

B: Tanker om hendelsen

C: Følelser og kroppslige reaksjoner knyttet til tolking av hendelsen

Sentrale prinsipper for kognitiv terapi er at mennesket får følelser (C) ut ifra tanker (B) man gjør seg om en gitt hendelse(A). Det er ikke bare ut ifra hendelsen (A) i seg selv. Ved å endre tanken(B) kan det medføre endring i følelsen(C). Målet med kognitiv terapi er å identifisere tanker (B) som hemmer eller fremmer mestring, tilpassing eller endring for den enkelte. Betegnelsen på den nye tanken(D) og den nye følelse(E) (Berge og Repål 2010).

Når ABC-modellen brukes for pasienter som har hallusinasjoner blir det på følgende vis:

A: Hallusinasjonen

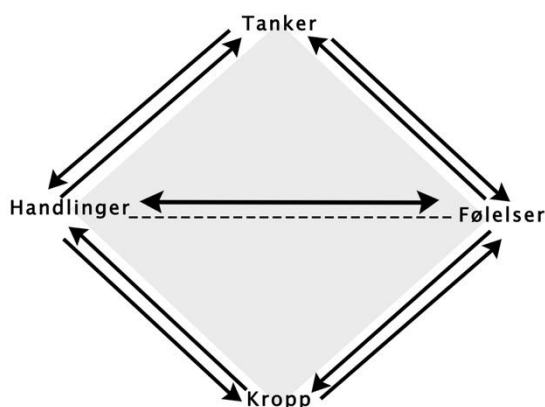
B: Tanker/ antagelse om hallusinasjonens betydning, identitet, hensikt og makt.

C: Følelser og kroppslige reaksjoner knyttet til tolking av hallusinasjonen.

(Grande og Jensen 2016)

2.2.2 Kognitive diamant

Den kognitive diamanten brukes for å illustrere sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger. Denne modellen bruker terapeut og pasienten sammen for å finne ut hva som skjer med pasienten i en gitt situasjon og videre hvordan de fire faktorene påvirker hverandre. Ved å endre en faktor vil det påvirke de andre og kan resultere i en annen opplevelse for pasienten (Berge og Repål 2010).



2.2.3 Kjerneoppfatninger, leveregler og negative automatiske tanker

Kjerneoppfatninger er fundamentale oppfatninger og forestillinger vi har om oss selv og omverdenen. De dannes stort sett tidlig i barndom og oppvekst. De kan både være positivt og negativt ladet. Individets kjerneoppfatning sier noe om hvordan det oppfatter seg selv og hvordan det tror andre oppfatter en selv (Berge og Repål 2010).

Ifølge Grande og Jensen (2016) er kjerneoppfatninger lite tilgjengelig for bevissthets og aktiveres ofte i situasjoner der individet er sårbart. Ved psykisk sykdom kan de negative kjerneoppfatningene bli dominerende, rigide, overgeneraliserte og forvrengte. Eksempel på en negativ kjerneoppfatning er «jeg er ikke bra nok».

Berge og Repål (2015) hevder at aktiverte negative kjerneoppfatninger kan føre til eller forsterke individets ubehag. For å hindre dette, utvikler individet leveregler. Leveregler er situasjonsbestemte regler og holdninger som har til hensikt å unngå å aktivere negative kjerneoppfatninger.

Eksempler på leveregler: «Jeg må alltid gjøre mitt beste» eller «jeg må alltid spandere på andre, for å få være med». Disse levereglene henger sammen med kjerneoppfatningen: «jeg er ikke bra nok». Levereglene bidrar til å kamouflere de negative tankene individet har om seg selv (Berge og Repål 2015).

Negative automatiske tanker (NAT) oppstår ubevist i spesifikke situasjoner og er dysfunksjonelle tanker. Negative automatiske tanker kan oppleves troverdig da de bygger på kjerneoppfatningen og tidligere erfaringer. De er ofte overdrevet, overskyggende og ugyldige. Negative automatiske tanker godtas ofte uten refleksjon og individet tror det er gyldige tanker. Eksempler: «jeg klarer det aldri», «umulig» og «det burde jeg ha gjort» (Berge og Repål 2010; Grande og Jensen 2016).

2.2.4 Kompenserende strategier

Man kan skille mellom kompenserende strategier og mestringsstrategier. Grande og Jensen (2016) viser til hensikten med kompenserende strategier er å hindre pasientens negative kjerneoppfatninger aktiveres. Det er en trygghetssøkende strategi for å føle seg bedre eller trygg og verne seg i den gitte situasjonen. Kompenserende strategier er ofte generalisert og automatisert. Ved psykisk lidelse er ulempen med kompenserende strategiene er at de blir uhensiktsmessig dominerende og vil bidra til å opprettholde problemet (Berge og Repål 2010).

2.2.5 Mestringsstrategier

Mestringsstrategier skal ifølge Grande og Jensen (2016) bidra til en følelse av kontroll og mestring. Det bidrar til at pasienten selv har kontroll over situasjonen med ubehag og det som er vanskelig. Mestringsstrategier er i motsetning til kompenserende strategier hensiktsmessige og bærende. Det er flere typer mestringsstrategier og det vil være individuelt for den enkelte hva som er nyttig og hensiktsmessig.

Kognitive mestringsstrategier handler om å styre oppmerksomheten. Det kan være oppmerksomhetsskifte for å skape avledning fra ubehag og det som er vanskelig. Oppmerksomhetsinnsnevring kan brukes ved å telle ting eller se på et bestemt punkt. Andre kognitive strategier kan være normalisering (*se normalisering og psykoedukasjon*), å undre seg eller så tvil over hallusinasjonene (Bjørkly 2021; Prescott 2021).

Atferds strategier er å endre atferden for å unngå ubehag og det som er vanskelig. Ved å endre atferden så følger tankene etter. Det kan være å øke aktivitetsnivået med fysisk aktivitet eller øvelser. Øke eller redusere det sosiale aktivitetsnivået. Atferds eksperiment er å gjøre det motsatte av det pasientens hallusinasjon vil (Bjørkly 2021; Prescott 2021).

Sensoriske strategier er å aktivere sansene for å ta bort eller flytte fokuset fra ubehaget eller det som er vanskelig. Eksempler er pasienten med hørselshallusinasjoner som hører på musikk for å unngå stemmene eller flytte fokus ved å spise noe sterkt. Fysiologiske strategier kan være pusteteknikk eller muskelavspenningsteknikker (Bjørkly 2021).

2.2.6 Terapeutisk allianse

Det er en forutsetning i kognitiv terapi at terapeut og pasienten har en god terapeutisk allianse. «*Det å bygge en terapeutisk relasjon har førsteprioritet og overstyrer alle andre intervensjoner.*» (Grande og Jensen 2016:74). For å bygge en god terapeutisk allianse skal terapeuten være åpen, ærlig, interessert, vise varme og være empatisk. For å opprettholde den terapeutiske alliansen må det være gjensidig tillitt og respekt mellom terapeut og pasienten (Berge og Repål 2010).

Å være empatisk er ifølge Berge og Repål (2010) at terapeuten forsøker å forstå pasientens perspektiver, føle pasientens følelser og evner å formidle sin forståelse tilbake til pasienten. De viser videre til at i psykoterapiforskning fremstår empati som en viktig faktor for å oppnå gode resultater. Grande og Jensen (2016) beskriver at utforskning av pasientens måte å forstå verden på er en empatisk prosess.

For å opprettholde en god terapeutisk allianse er det viktig at terapeuten og pasienten er enige om plan og mål for behandlingen. «*Det som har størst innvirkning på graden av pasientens deltakelse i terapien, er kvaliteten på forholdet mellom pasient og terapeut.*» (Berge og Repål 2010:219). Pasienten skal være informert og forberedt. Det skal være tydelig at pasienten er ekspert på sitt liv med sine utfordringer og terapeuten skal være mentor og guide (Berge og Repål 2010).

Ifølge Helsedirektoratet (2013) er det av stor betydning for pasientens forløp og tilfriskning at det er kontinuerlig oppfølging over tid med en tillitsfull relasjon mellom pasient og terapeut.

2.2.7 Normalisering og psykoedukasjon

Ved normalisering av hørselshallusinasjoner og med psykoedukasjon kan terapeuten bidra til at pasienten reduserer selvstigma, skam- og skyldfølelse. Målet er å formidle til pasienten at hallusinasjoner er noe alle mennesker kan oppleve under forskjellige omstendigheter. Grande og Jensen (2016) bruker eksempel på kjente personer som hører stemmer for å normalisere stemmehøring. Den terapeutiske alliansen kan være med å påvirke hvorvidt normalisering fungerer som normalisering og ikke oppleves som bagatellisering. Psykoedukasjon kan gjennomføres som kurs med flere deltakere eller under samtale mellom pasient og terapeut.

2.2.8 Kasusformulering

I kognitiv terapi utformer man ofte en kasusformulering. Kasusformulering er en samling teorier som pasient og terapeut sammen setter opp og knytter til behandlingsplan. «*En kasusformulering er en samling hypoteser om hva som kan ha bidratt til, og som er med på å opprettholde, en persons psykiske problemer.*» (Berge og Repål 2015:29).

Kasusformuleringen gir et overblikk og man kan se pasientens problemer i en meningsfull sammenheng.

Berge og Repål (2015) hevder det finnes flere måter å sette opp kasusformuleringen og viser til hva den kan inneholde: Liste over problemer, diagnose, hypotese om hva som medvirker til problemet, ABC-analyse, mulige underliggende oppfatninger som medvirker til problemene og pasientens kompenserende strategier.

2.3 Kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner

I kognitiv terapi betraktes ifølge Repål et al. (2015) vrangforestillinger og hallusinasjoner som feiltolkninger. Hørselshallusinasjoner sees på som faktiske opplevelser og danner utgangspunkt for tolkninger. De hevder de fleste pasienten som kommer til behandling med hørselshallusinasjoner har utviklet en feiltolking til det å høre stemmer. For pasienten kan det oppleves skremmende og være hemmende i hverdagen. Primært er ikke formålet med behandlingen å fjerne hallusinasjonene, men å endre tolkingen av dem og redusere ubehaget.

Grande og Jensen (2016) beskriver det på en litt annen måte: «*I den kognitive modellen forstås stemmene som eksternaliserte automatiske tanker*» (Grande og Jensen 2016:133). De forklare det som tanker som er lite tilgjengelig for pasientens bevissthet og det kan oppleves som å komme fra en kilde utenfor seg selv. Stemmene forstås i sammenheng med pasientens kjerneoppfatning om seg selv og omverdenen.

Berge og Repål (2010) hevder hovedfokuset i kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner er å finne alternative forklaringer for å styrke tilpassing og mestring av stemmen. Det vil redusere frykten for stemmene og frykten for å være annerledes.

ABC- modellen står sentralt i behandlingen av hørselshallusinasjoner (*se ABC-modell*). Det er tanken (B) om stemmene (A) som er avgjørende for pasientens følelser og atferden (C). Det er ikke selve alvoret i eller betydningen av stemmen (Grande og Jensen 2016). Berge og Repål (2010:176) har listet opp følgende typer av antagelser om stemmen som kan påvirke hvordan pasienten reagerer på stemmene:

- *De antagelsene en gjør seg vedrørende stemmens identitet*
- *Om den tror stemmene har gode eller onde hensikter*
- *Hvor stor makt en tror stemmen har*
- *Hvilke konsekvenser en tror det vil ha å adlyde stemmen*
- *Hvilke følger en tror det vil ha å ikke adlyde stemmen.*

Berge og Repål (2010) deler terapiprosessen for kognitiv terapi for personer med hørselshallusinasjoner inn i tre faser. Den første omhandler å bygge den terapeutiske allianse, kartlegge hørselshallusinasjonene og informere pasienten om hvordan kognitiv terapi fungerer. Det kan ta lang tid å bygge den terapeutiske alliansen med denne pasientgruppen og det gjøres over flere samtaler. I den andre fasen begynner terapeuten forsiktig å stille spørsmål til pasientens hørselshallusinasjoner og hvilke holdepunkt pasienten har til disse. I den tredje fasen jobber man aktivt med pasientens hørselshallusinasjoner. Da undersøker man pasientens tolkninger og ser på gyldigheten av dem.

Terapeuten skal ikke benekte eller stille seg tvilende til de hørselshallusinasjoner pasienten forteller om. Terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten til å endre de uhensiktsmessige tankene og antagelsene pasienten gjør seg, ut ifra hallusinasjonene (Berge og Repål 2010).

2.3.1 Kartlegging av stemmene

Berge og Repål (2010) og Grande og Jensen (2016) viser til tre metoder for å utforske og kartlegge hørselshallusinasjoner. Klinisk intervju, stemmedagbok eller spørreskjema. Disse metodene for å kartlegge og utforske stemmene er nært knyttet til ABC-modellen, som står sentralt i kognitiv terapi. Ved å kartlegge stemmene, finner man modellens hendelse/situasjon (A). ABC-modellen brukes for å identifisere og systematiserer tanker (B), og følelsene (C) knyttet opp til stemmen. Denne oppgaven legger særlig vekt på ABC-modellen for å kartlegge hørselshallusinasjonene.

2.3.2 Sokratiske spørsmål

Terapeuten bruker sokratiske spørreteknikk for å åpne for refleksjon hos pasienten, noe som også er vesentlig i arbeid med mennesker med hørselshallusinasjoner. Berge og Repål (2010) beskriver det som veiledet oppdagelse for pasienten om sin måte å tenke på. «*Målet er å bane vei for alternative, mer nyanserte måter å tenke på som bidrar til problemløsning og styrket tro på egen mulighet for mestring*». (Berge og Repål 2015:21). Målet er at pasienten skal stille spørsmålstegn ved sitt etablerte tankemønster og gyldigheten av negative automatiske tankene.

2.3.3 Målet med behandling

Ifølge Repål et al. (2015) er hovedmålet for behandling med kognitiv terapi som tidligere nevnt, problemløsning og mestring av livsbelastninger. Pasienten skal få økt innsikt i sine egne tankeprosesser og sette spørsmålstegn ved etablerte og fastlåste tankemønstre som opprettholder problemene. De understreker at målet med behandlingen er ikke at pasienten nødvendigvis skal bli kvitt hørselshallusinasjonene, men at vedkommende skal få redusert ubehaget som følger av disse.

Repål et al. (2015) viser til to hovedstrategier for å mestre stemmene på. Den første er å undersøke hva som påvirker omfanget og intensiteten av stemmen. Er det noen faktorer her som kan være utløsende og man kan jobbe med, for eksempel sosial angst, søvn osv. Det andre strategien er å arbeide med antagelsene om stemmen.

For pasienter med hørselshallusinasjoner er det viktig at de samme med terapeuten legger en plan for behandlingen. *«Som regel innebærer det å oppnå bedre mestring, som igjen fører til bedre selvforståelse, færre feiltolkninger og mindre ubehag.»* (Grande og Jensen 2016:148). Videre hevder Grande og Jensen (2016) at man skal undersøke om stemmene har sterkt sammenheng med pasientens negative kjerneoppfatninger. Da er det i så fall viktig at man også har fokus på å bedre pasientens selvfølelse. Terapeut og pasienten skal finne metoder som endrer pasientens forhold til stemmene ved bruk av mestringsstrategier og kognitiv restrukturering.

2.4 Forskning

Det finnes en del tidligere forskning på kognitiv terapi ved psykose. I litteratursøket var det flest funn av kvantitativ forskning og mindre kvalitativ forskning. For kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner var det funnet lite forskning. Her presenterer jeg funnene:

Goldsmith et al. (2015) undersøkte den terapeutiske alliansen som en kausal faktor for hvilket utbytte pasienten hadde av terapien. De konkluderte med at mye tyder på at en god terapeutisk allianse er nødvendig for et godt utbytte av terapien. På den andre siden viser de til at en dårlig terapeutisk allianse kan være skadelig for terapien. De undersøkte pasienten i tidlig fase av psykoseutviklingen.

Jauhar et al. (2014) hevder kognitiv terapi ved schizofreni har en liten effekt. De gjennomførte en metaanalyse og konkluderte med at kognitiv terapi har en meget liten effekt på psykotiske symptomer og mener kognitiv terapi er oversolgt behandlingsform for denne pasientgruppen.

Kråkvik og kollegaene (Kråkvik et al. 2015) gjorde en studie som inkluderte pasienten med positive psykosesymptomer. De konkluderte med at pasienter som fikk kognitiv terapi som behandlingsform fikk mindre positive symptomer enn de som ikke hadde fått kognitiv terapi.

Vaan der Gaag et al. (2013) gjorde en metaanalyse der de undersøkte effekten av kognitiv terapi for hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger. De konkluderte med at kognitiv terapi er effektiv ved hørselshallusinasjoner og noe effekt ved vrangforestillinger.

3.0 Empiri

Empiri i form av et narrativ fra mitt arbeidsted. Pasienten er anonymisert, og det er valgt å bruke det fiktive navnet Lars. Det er valgt å utelate noen problemområder for ytterligere å anonymisere pasienten, da det er opplysninger som ikke direkte har innvirkning på narrativet.

Kort beskrivelse av pasienten:

Lars er en 33 år gammel mann. Han er innlagt på lukket avdeling i spesialisthelsetjenesten på tvunget psykisk helsevern. Lars har diagnosen schizofreni. I perioder opplever han hørselshallusinasjoner. I avdelingen er det gjort flere observasjoner som kan tyde på at Lars hører mer stemmer enn han verbalt gir uttrykk for. For Lars kan det være utfordrende med lange systematiske samtaler som er ressurskrevende og pågår over lang tid.

Narrativet er to situasjoner der jeg er miljøkontakt for Lars og følger han opp i avdelingen. Jeg har samarbeidet mye med Lars siden han ble innlagt og det kan tyde på at vi har en god relasjon. I regi av avdelingen arrangeres det ukentlige felles turdager for pasientene.

3.1 Situasjon 1

Det var aktivitetsdag ved avdelingen og jeg var inne på rommet til Lars for å høre om han var klar for å dra på tur. Det var 30 minutter til avreise og plan for dagens aktivitet var grilling i en gapahuk. Det var et turmål som Lars selv var med å bestemme og på et sted som han hadde vært før. Da jeg kom inn på rommet, lå han fult påkledd i sengen med høretelefoner. Jeg spurte om han var klar til å dra snart. Det tok en stund før Lars registrerte meg og tok av høretelefonene. Han fortalte han ikke ville være med på tur. Det overrasket meg, fordi Lars stort sett deltok på aktivitetsdagene og spesielt dager med grilling.

Jeg spurte hvorfor han ikke vil være med. Han utdypet ikke videre og sa han ville ligge i sengen i stedet for å delta på turen. Jeg spurte hva som gjorde at han ikke vil delta og henviste til at Lars selv var med å bestemme turmål. Han svarte det var kjedelig, og han ville ikke være med. Han hadde latenstid før han svarer på spørsmålet mitt. Jeg beskrev for Lars hva som var plan for dagen, hvor vi skulle og hva vi skulle gjøre.

Jeg fortalte hvilke pasienter og personal som skulle delta. Lars gir ingen respons på det. Jeg sa det var 30 minutter til avreise og at jeg kom innom igjen etter 20 minutter for å hente han.

Da jeg kom inn igjen som avtalt lå fortsatt Lars i senga med høretelefonene. Jeg fikk kontakt og spurte om han hadde ombestemt seg. Han spratt opp fra sengen og fremsto tydelig agitert. Han ropte at det må bli slutt på maset og at jeg skulle komme meg ut av rommet. Jeg valgte å trekke meg ut av rommet etter det.

3.2 Situasjon 2.

Dagen etter fikk Lars tilbud en samtale. Hensikten var å finne ut hva som gjorde at han handlet som han gjorde, og se om det var noe vi sammen med han kunne finne ut av. Hva var det som gjorde at han ble liggende i sengen. Vi viste han opprinnelig ønsket å være med på turen. Var det stemmene som påvirket han? Var det noe vi kunne gjøre annerledes neste gang om det samme skulle gjenta seg.

Samtalen ble gjennomført på samtalerommet med meg og Lars. Jeg oppsummerte hva som hadde skjedd dagen før. Lars bekreftet han husket det. Jeg spurte Lars hvorfor han ikke ble med på turen og hvorfor han ropte til meg. Lars svarte at han egentlig hadde lyst på tur, men han klarte det ikke. Sier han ble stresset av så mye mas på en gang. Han sa videre at det var meningsfullt for han å komme seg ut av avdelingen, men det ble for vanskelig. Jeg spurte om han hørte stemmer. Etter noe latenstid bekrefter han det med et «ja», uten å utbrodere mer. Jeg spurte videre hva stemme sa. Han svarte: «Det var bare kaos og jeg husker ikke». Vi snakket om hva han kan gjøre hvis det samme skjer flere ganger, uten at vi kom frem til noe konkret. Vi snakket om det var noe personalet kunne gjøre annerledes. På det svarte han «Når jeg sier nei, så la meg være i fred på rommet». Samtalen varte ca. 15 minutter.

Jeg tenkte selv at jeg ikke fikk stilt de rette spørsmålene for å hjelpe Lars med å sette ord på/finne ut av hva det her dreide seg om. Hvilke spørsmål skal til for å finne ut mer om stemmen og hvordan det påvirker han. Jeg tenkte jeg ikke tilstrekkelig fikk hjulpet han med strategier som får han til å håndtere stemmene på en hensiktsmessig måte, slik at de ikke påvirker han i betydelig grad. Jeg ønsker å hjelpe Lars til å håndtere det slik at han ikke blir hindret til å gjennomføre aktiviteter som han synes er meningsfull.

4.0 Diskusjon

Oppgavens formål er å se på hvordan bruke kognitiv terapi i møte med mennesker med hørselshallusinasjoner

Problemstilling:

«Hvordan bruke kognitiv terapi i møte med mennesker med hørselshallusinasjoner?»

For å svare på det er problemstillingen delt i to deler:

- *«Hvordan forstå pasientens utfordringer ved bruk av kognitiv?»*
- *«Hvordan bruke kognitiv terapi for å redusere pasientens ubehag knyttet til hørselshallusinasjonene?»*

4.1 Hvordan forstå pasientens utfordringer ved bruk av kognitiv terapi?

Oppgaven vil med utgangspunkt i narrativet se på forståelsen av pasientens utfordringer ved å bruke kognitiv terapi.

I den første situasjonen kan det tyde på at Lars er påvirket av hørselshallusinasjoner. Latenstiden før han svarte, lå i sengen med høretelefoner og vil ikke delta på turdag kan tyde på det. Men det kan vi ikke vite helt sikkert uten å snakke med han. I samtalen påfølgende dag svarte han «ja» på direkte spørsmål om han hørte stemmer. Han sa videre det ble så mye mas på en gang. Hva kan det bety? Ifølge Cullberg (2005) er hørselshallusinasjoner det vanligste symptomet ved psykose.

Helsedirektoratet (2013) skriver at innholdet i stemmene ofte er negativt. Jensen og Grande (2016) viser til forskning som sier at 40-60 prosent av stemmehøreres stemmer er kommanderende og instruerende. Det kan derfor tenkes dette gjelder for Lars. Det at han ombestemte seg for å delta på turdag, kan være en konsekvens av stemmens opplevelse og innhold. Samtidig kan det stilles spørsmålsteget om det er andre faktorer som bidro til Lars valg: dårlig søvn, relasjon til medpasienten/personalet og kroppslig ubehag etc. Kan det være noen utløsende faktorer for at situasjonen ble som den ble?

Kognitiv terapi betrakter hørselshallusinasjoner som faktiske opplevelser som gir grunnlag for tolkninger. Mange pasienter utvikler feiltolkninger av disse (Repål et al. 2015). Dette er utgangspunktet når man skal forsøke å forstå situasjonene ved bruk av kognitiv terapi. Ifølge Grande og Jensen (2016) er ABC-modellen er sentral i behandling av hørselshallusinasjoner. Ved å bruke den i den første situasjonen kan det forstås på følgende måte:

Lars har hørselshallusinasjon og han hører stemmer (A). Det kan kanskje være en stemme som sier han ikke får dra på tur. Lars får en tanke om stemmen(B). Det kan kanskje være en tanke som sier at han må adlyde stemmen ellers skjer det noe fælt. Det vil utløse en følelse(C). Det kan kanskje være en følelse av redsel. Som vist til tidligere er stemmene ofte kommanderende og negativ ladet. Ifølge Berge og Repål (2010) vil pasientens tanke eller antagelse om stemmen påvirke følelsen og opplevelsen av den.

ABC-modellen kan likevel ha begrensinger i dette tilfellet. Det vil være tilnærmet umulig å vite eksakt hva Lars tenker og føler der og da uten å undersøke det sammen med han, noe som forutsetter at han forteller om det. Uansett er ABC-modellen sentral i kognitiv terapi og kan gi et innblikk i hvordan Lars kan oppleve det.

Videre kan den første situasjonen knyttes opp mot den kognitive diamanten. Det for å danne et bilde av sammenhengen mellom tanker, følelser, kropp og handling. Bygger man videre på situasjonen i ABC-modellen kan det gi følgende forståelse (Berge og Repål 2010).

Lars tenkte kanskje han må høre på stemmen ellers skjer det noe fælt. Følelsen hans er kanskje redsel. Pasientens handling er beskrevet i narrativet: «*Han spratt opp fra sengen og fremsto tydelig agitert. Han ropte at det må bli slutt på maset og at jeg skulle komme meg ut av rommet.*» Det kan kanskje kjønes i kroppen som vondt i magen, hodeverk, svettetokter, tunnelsyn og ubehag som bygger seg opp inne i Lars. Ble kombinasjonen av stemmene og «mas» om turdag for utfordrende for han?

At Lars handler som han gjør, kan forstås på flere måter. Han tar kontroll over den ytre påvirkning, jage bort miljøkontakt. Det kan forstås som en kompenserende og trygghetssøkende strategi som ikke nødvendigvis er hensiktsmessig over tid. Ifølge Grande og Jensen (2016) demper pasienten ubehaget i en gitt situasjon, men opprettholder tanken og antagelsen om stemmens betydning. Det kan også forstås som at Lars mister kontrollen og dette er et uttrykk for ubehaget.

På den andre siden kan den kognitive diamanten ha sine begrensinger i forsøket på å forstå situasjonen. På lik linje med ABC-modellen kan det være problematisk om terapeuten trekker for raske slutninger. Bare ut ifra observasjoner og tolkning man gjør seg, uten å ha undersøkt det sammen med Lars. Det vil bli gått nærmere inn på i neste del av diskusjonen.

Lars ligger i sengen med høretelefoner og hører musikk. Kan det forstås som en kompenserende strategi? Ifølge Grande og Jensen (2016) er det strategier for å trygge eller verne seg i en gitt situasjon. Det kan tenkes å være en strategi som fungerer for Lars, med den hensikt å holde kontroll på stemmene. Jeg observerte Lars liggende rolig i sengen og han fremsto tilsynelatende avslappet. Kan det da tyde på å være en strategi som fungerer godt for han?

Man kan undre seg om det er en bærekraftig og hensiktsmessig strategi som vil fungere i et lengre perspektiv. Berge og Repål (2010) hevder kompenserende strategier kan ved psykisk sykdom være uhensiktsmessige og bidra til å opprettholde problemet. Ved å bruke denne strategien kan Lars holde stemmene på avstand, men kan han alltid gå med høretelefoner for å dempe stemmene. Hvordan vil det fungere ellers i hverdagen? Kan denne strategien ha begrensinger for hvordan Lars kan leve livet sitt?

Grande og Jensen (2016) hevder stemmene kan forstås i sammenheng kjerneoppfatning og stemmene er eksternaliserte automatiske tanker som er lite tilgjengelig for pasienten. Det er vanskelig å si noe eksakt om Lars kjerneoppfatning da vi har lite informasjon og krever mer utforskning sammen med han. Ifølge Grande og Jensen (2016) er kjerneoppfatninger lite tilgjengelig for pasienten og ved psykisk sykdom vil negative kjerneoppfatninger være dominerende.

På den andre siden kan vi undre oss hvordan det kan henge sammen. Kan det tenkes at de negative kjerneoppfatninger ble aktivert for Lars, da han bestemte avdelingens turmål? La oss tenke at Lars har kjerneoppfatningen «jeg er ikke bra nok». En leveregel kan da være «jeg må alltid gjøre mitt beste». Lars kan ut ifra det få negative automatiske tanker, som kan arte seg som stemmene Lars hører. De negative automatiske tankene kan være som følger: «Det blir ikke en bra tur», «de andre synes det er kjedelig» og «hvorfor valgte jeg» (Grande og Jensen 2016).

Hva er det som hemmet og fremmet den terapeutiske alliansen i disse situasjonene? Goldsmith et al. (2015) konkluderte sin undersøkelse med at en god terapeutisk allianse er nødvendig for godt utbytte av terapien. Som miljøkontakten til Lars arbeider vi hele tiden med den terapeutiske alliansen.

I den første situasjonen spurte jeg hvorfor han ikke ville være med. Kan det oppleves som et konfronterende spørsmål, der jeg fremsto lite empatisk? Berge og Repål (2010) beskriver det å være empatisk som å forsøke å forstå pasientens perspektiv, føle pasientens følelser og evne å formidle denne forståelsen tilbake. Det var kanskje ikke sånn Lars opplevde det? Kan det hemme den terapeutiske alliansen?

Jeg spurte Lars direkte i situasjon to om han hørte stemmer. Vil det være riktig? Ifølge Berge og Repål (2010) skal terapeuten blant annet være interessert, viser varme og empati for å bygge en god terapeutiske allianse. Goldsmith et al. (2015) hevder det kan være skadelig for terapien med en svak terapeutiske allianse. Opplever Lars det empatisk bli spurt på denne måten? Grande og Jensen (2016) sier at å utforske pasientens måte å forstå verden på er en empatisk prosess. Med bakgrunn i den empatiske prosessen: vil det da være nødvendig å vite om Lars hører stemmer?

Jeg fortalte Lars hvem som skulle være med og hvordan dagen så ut. Hensikten var å gjøre det forutsigbart og trygge han. Det kan tenkes det fremmer den terapeutiske alliansen. På den andre siden er det ikke sikkert Lars var mottakelig for dette på daværende tidspunkt. Det kan kanskje oppleves som forstyrrende eller «mas» som han sa selv. Kan det ha negativ innvirkning på den terapeutiske alliansen?

Er det mer hensiktsmessige måter spørsmålene kunne vært formulert i situasjon to. I samtalen går jeg raskt over til strategier for hvordan vi kan gjøre det neste gang. Kunne jeg stilt noen sokratiske spørsmål for å åpne for refleksjon hos Lars? Han sa han ville være i fred når han sier «nei». Med tanke på den terapeutiske alliansen er det viktig at jeg respekterer hans valg. Kan det tenkes at Lars her velger en kompenserende strategi som gir han mindre ubehag. Men er det en hensiktsmessig strategi å isolere seg på rommet når han har det vanskelig?

4.2 Hvordan bruke kognitiv terapi for å redusere pasientens ubehag knyttet til hørselshallusinasjonene?

Hvordan kan vi fremover jobbe for at Lars skal få mindre ubehag? Det er målet med kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner. I denne diskusjons delen vil oppgaven se på muligheter og begrensinger ved å bruke kognitiv terapi sammen med Lars. Oppgaven følger Berge og Repål (2010) sin tredeling av terapiprosessen. Det er et tenkt behandlingsforløp der Lars er innlagt på lukket avdeling.

I den første fasen er hovedfokuset å bygge den terapeutiske alliansen, kartlegge hørselshallusinasjonene og informere Lars om hvordan kognitiv terapi fungerer (Berge og Repål 2010).

Det er gode muligheter for å bygge en god terapeutiske allianse i lukket avdelingen. Man har muligheten til å være sammen med pasienten flere timer i døgnet, sammenlignet med poliklinisk behandling. Berge og Repål (2010) og Grande og Jensen (2016) er enige om at det er en forutsetning i kognitiv terapi med en god terapeutiske allianse. Det får støtte av studien til Goldsmith et al. (2015), for innvirkningen den terapeutiske alliansen har på terapien. *«Det er imidlertid gjerne slik at det tar lang tid å bygge opp en god samarbeidsallianse med denne pasientgruppen, ofte vil det dreie seg om måneder...»* (Berge og Repål, 2010:165). De hevder tar det lang tid å bygge den terapeutiske alliansen. I lukket post har man ofte muligheter til å bygge den over lengre tid igjennom blant annet aktiviteter og sosiale møtepunkt.

Det kan også være begrensinger for å skape en god terapeutiske allianse for Lars og meg, over tid inne i lukket post. Personalet arbeider turnus og har fri i lengre perioder. Det kan være utfordrende for logistikken i posten om jeg skal være miljøkontakt for Lars hver vakt. Lars vil ha en ny miljøkontakt å forholde seg til for hver vakt, som resulterer i 3 stk. hvert døgn. Hvordan kan det påvirke den terapeutiske alliansen?

Videre i forløpet skal Lars informere om kognitiv terapi. Her kan det gjøres forberedelser og vurderinger for hvordan det skal gjennomføres. Det kan tenkes unødvendig å informere om perspektivet i sin helhet. Som beskrevet i narrativet kan det være utfordrende med lange strukturerte samtaler. Kunne man plukke ut elementer fra kognitiv terapi som vurderes hensiktsmessige for å hjelpe Lars til å dempe ubehaget av stemmene? Kan de være nyttig å skissere ABC-modellen på en tavle?

For å kartlegge hørselshallusinasjoner er det situasjonen (A) i ABC-modellen vi er ute etter. Det kan brukes kartleggingsverktøyene som nevnt i teoridelen. Her vil vi finne ut hva stemmen sier, når hører han stemmer, varierer det osv. Det kan være på følgende vis:

Terapeut: Hva sier stemmen? (A)

Lars: At jeg ikke får lov å delta på turdag. (A)

Terapeut: Når hører du stemmen? (A)

Lars: Når jeg er for meg selv på rommet. (A)

Terapeut: Varierer styrken av stemmen? (A)

Lars: Ja den ble høyere når det nærmet seg avreise. (A)

Med utgangspunkt i kartleggingen lager vi sammen en kasusformulering. Ifølge Berge og Repål (2015) finnes det flere måter å sette opp en kasusformulering. Som nevnt er hovedfokuset til kognitiv terapi å dempe ubehaget, ikke selve stemmene. Man ønsker å finne en sammenheng mellom ubehaget og ytre påvirkning.

I et tenkt tilfelle kan Lars sin kasusformulering inneholde følgende: Liste over problemer, diagnose, hypoteser for hva som medvirker til problemet, negative automatiske tanker, ABC-analysen og kompenserende strategier. Det kan tenkes at kjerneoppfatninger og leveregler kan utforsker etter hvert i et lengre forløp. På den andre siden kan det tenkes at det ikke er aktuelt for Lars å føre inn i en kasusformulering i dette behandlingsforløpet. Det kan likevel være nyttig for terapeuten å ha noen ideer om kjerneoppfatningene, da

Grande og Jensen (2016) viser til sammenhengen mellom kjerneoppfatning og stemmene pasienten hører.

På den andre siden kan det være Lars ikke vil nevne hørselshallusinasjoner som et problem. Det kan være andre problemer han opplever som ubehag. For eksempel dårlig søvn, sosial angst, utrygg i avdelingen eller smerter i ryggen. Med tanke på den terapeutiske alliansen som bærende element i kognitiv terapi, er det viktig å møte pasienten der han er og på en empatisk måte. Samtidig kan disse plagene sees på som et resultat av Lars sine hørselshallusinasjoner.

I den andre fasen begynner terapeuten forsiktig å stille spørsmål til pasientens hørselshallusinasjoner, hvilke holdepunkt pasienten har til disse og hvilke følelser det aktiverer (Berge og Repål 2010). Vi ønsker med det å finne Lars tanker/antagelser (B) og følelser (C) om stemmen (A). For å få tak i Lars tanker og antagelser kan man stille spørsmål med utgangspunkt i Berge og Repål (2010) sin liste og kan være på følgende vis:

Terapeut: Har du noen tanker om stemmens identitet? (B)

Lars: Jeg tror det er en ond mann. (B)

Terapeut: Hva tror du skjer om du ikke adlyder? (B)

Lars: Det vil skje meg noe fælt. (B)

Terapeut: Hva får det deg til å føle? (C)

Lars: Jeg blir redd. (C)

Man kan undre seg på hvordan det er for Lars å svare på spørsmål om stemmene. Er det riktig tidspunkt og kan det oppleves konfronterende? På den andre siden kan det tenkes at med utgangspunkt i Berge og Repål (2010) sin liste, stiller ikke terapeuten spørsmålsteget om hørselshallusinasjonene er reelle eller ikke. Er det en mulighet for at Lars synes det er godt å sette ord på det.

Den kognitive diamanten kan brukes for å se sammenhengen mellom stemmen, tanker om stemmen, hvilke følelser det gir han og handlinger. Kan det være enklest å starte med hva han kjenner i kroppen når han hører stemmer?

I den tredje fasen jobber man aktivt med pasientens hørselshallusinasjoner og nye mestringsstrategier. Det undersøkes pasientens tolkninger av hallusinasjonene og ser på gyldigheten av dem (Berge og Repål 2010). ABC-modellen kan brukes for å få tak i negative automatiske tanker og feiltolkninger. Det brukes sokratiske spørsmål for å åpne for refleksjon om tankens gyldighet. Hensikten er at pasienten skal få nye tanker(D) om samme hendelse (A), som resulterer i en ny eller dempet følelse/ubehag (E). Det kan være på følgende måte:

Lars tanke: Det vil skje meg noe fælt om jeg ikke adlyder stemmen. (B)

Terapeut: Hender det du har andre tanker om stemmen? (D)

Lars: Av og til tenker jeg det er merkelig at stemmen vil meg vondt. (D)

Terapeut: Hva taler for at tanken (B) ikke alltid er riktig? (D)

Lars: Jeg har trosset stemmen noen ganger, da har det ikke skjedd noe fælt.

Terapeut: Hva kunne vært en mer nyttig eller hjelpsom tanke? (D)

Lars: Kanskje det går bra å ikke alltid adlyde stemmen.(D)

Terapeut: Hva får det deg til å føle? (E)

Lars: Jeg blir mindre redd. (E)

Kan det være en ide å starte med mestringsstrategier for å redusere ubehaget tilknyttet hørselshallusinasjonene? Lars har utfordringer med lange strukturerte samtaler. Kan det være enklere å starte med atferden i stedet for å utforske tankene og følelsene. Hva gjør han når stemmen fører til ubehag?

Grande og Jensen (2016) sier hensikten er at pasienten skal føle kontroll og mestring. Med å være innlagt på avdeling kan det gi gode muligheter for å øve på nye strategier. Det er mulighet for veiledning store deler av døgnet. Her må jeg og Lars sammen finne ut hvilke strategier som kan passe han og hans situasjon. Vi må lete etter situasjoner som ikke medfører ubehag og gjøre mer av dette.

På den andre siden kan det være ulemper med nye mestringsstrategier. I avdelingen er det folk rundt han hele døgnet og det kan for noen oppleves trygt og for andre utrygt. Det er ofte uro i avdelingen. Man kan da stille seg undrende til om det vil være hensiktsmessig for Lars å erstatte de kompenserende strategiene som for han er trygge strategier, med nye mestringsstrategier. Det kan også sees på som en ulempe om kun er avhengig av en meg som miljøkontakt.

Alle de tre typene mestringsstrategiene (kognitive, atferds og sensoriske) kan være nyttig for Lars (Bjørkly 2021; Prescott 2021). La oss si vi blir enig om å teste ut atferdsstrategier. Det kan være at når Lars hører stemmer som aktiverer ubehag, tar han kontakt med meg for at vi skal gå tur eller spille kort. En begrensing kan være at Lars hører stemmer som sier han ikke får lov til å gjøre dette.

En annen mestringsstrategi Lars kan prøve er sensoriske strategier. For eksempel at han spiser noen sterkt som chili når han hører stemmer og ubehaget blir for overveldende. Ved å gjøre det aktiverer han sansene for å flytte fokuset bort fra ubehaget og det som er vanskelig. En begrensing kan være at det er utfordrende å alltid ha med seg en chili i tilfelle han får det vanskelig. For å finne ut hvilke mestringsstrategier som fungerer for Lars, må han teste ut.

Psykoedukasjon og normalisering er ofte brukt i kognitiv terapi (Jensen og Grande 2016). Det kan se ut som at igjennom kunnskap om plagene kan man bidra til å forstå og dempe ubehaget som medfølger. Det er gode muligheter for å gjøre det i avdelingen, både individuelt og i gruppe. Man kan stille spørsmål om den terapeutiske alliansen kan påvirke hvordan psykoedukasjonen eller normaliseringen blir oppfattet. Er det informasjon for å dempe ubehaget og for å komme nærmere pasientens opplevelse, eller kan pasienten oppfatte det som bagatellisering?

Hvilken effekt kan vi forvente av kognitiv terapi? Gaag et al. (2013) hevder i sin meta-analyse at kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner er effektivt. Kråkvik et al. (2015) viser til resultatet av studien som konkluderer med at kognitiv terapi har positiv effekt for positive psykose symptomer. På den andre siden hevder Jauhar et al. (2014) at kognitiv terapi ved schizofreni har en liten effekt og det er en oversolgt behandlingsform for denne pasientgruppen.

Oppgaven har forsøkt å forstå narrativet ved bruk av kognitiv terapi. Det kan se ut som kognitiv terapi kan være virksom i Lars situasjon. Samtidig som det kan se ut til å være begrensinger ved at Lars ikke er involvert og kan fortelle hvordan han har det. Det sees på muligheten for å bruke kognitiv terapi i et tenkt behandlingsforløp for Lars. Forskningen benyttet i oppgaven er motstridende om effekten av kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner. Det trekkes allikevel frem viktigheten av en god terapeutisk allianse. På grunn av oppgavens omfang ble det ikke anledning til å gå nærmere inn på psykoedukasjon og normalisering. ABC-modellen er derimot en svært sentral del i kognitiv terapi for hørselshallusinasjoner. Da får man åpent for samtale og undring rundt pasientens ubehag, noe som gjerne er vel så viktig.

Det kan være en begrensning ved oppgaven å ha overvurdert muligheten og ressursene til Lars for å gjennomføre et behandlingsløp ved bruk av kognitiv terapi, som skissert i diskusjonen. Kan det være bedre å arbeide med dette poliklinisk i kommune og spesialisthelsetjenesten? Det kan sees på som en god mulighet å starte arbeidet i avdelingen og fortsette poliklinisk når han skrives ut. Det er uansett viktig at det ikke blir et gap mellom pasientens forutsetninger og terapeutens forventninger.

5.0 Konklusjon

Denne oppgaven har forsøkt å finne ut hvordan man kan bruke kognitiv terapi i møte med mennesker med hørselshallusinasjoner. Oppgaven ser først på hvordan bruke kognitiv terapi for å forstå pasientens utfordringer ut ifra situasjonene i narrativet. Videre sees det på muligheten for hvordan et tenkt behandlingsløp kan se ut med bruk av kognitiv terapi.

Gjennom diskusjonsdelen kan det se ut som kognitiv terapi kan være virksomt for å forstå pasientens utfordringer og dempe ubehaget. Det med bakgrunn i hovedformålet til kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner, som er å endre pasientens tolkning av stemmen og redusere ubehaget (Repål et al. 2015). Samtidig kan det se ut til å være flere begrensinger. Det er en forutsetning at pasienten selv ønsker behandlingen. Det er vesentlig at pasient og terapeut har en god terapeutisk allianse, noe som tar lang tid å bygge opp for denne pasientgruppen og henger sammen med tidsperspektiv for behandlingen.

Det kan se ut som hensiktsmessig å identifisere kompenserende strategier som pasienten opplever gode på kort sikt, men som ikke er bærekraftige og kan være hemmende i et lengre perspektiv. Videre arbeid med mestringsstrategier i trygge rammer med mulighet for utprøving og veiledning.

Det kan tyde på at kognitiv terapi kan være virksomt å bruke i møte med mennesker med hørselshallusinasjoner. Det kan tyde på den terapeutiske alliansen har stor innvirkning for effekten av behandlingen. Det kan tyde på at kognitiv terapi kan være en nyttig for helsepersonell som skal forstå og hjelpe mennesker med hørselshallusinasjoner. En begrensing ved oppgaven er annet fagpersonell som miljøterapeuter, leger og psykologer ikke er inkludert, men kan tenkes å være en viktig del av apparatet for pasientens behandling.

Opgaven fikk derimot ikke belyst pasientens opplevelse av kognitiv terapi for hørselshallusinasjoner, noe som kan være en svakhet ved oppgaven. Ut ifra litteratursøk kan det se ut til å være behov for videre forskning rettet mot pasientens opplevelse av kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner.

6.0 Litteraturliste

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

Berge, Torkil og Arne Repål, (red.). 2015. *Håndbok i kognitiv terapi*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjørkly, Ståle. 2021. *Kognitiv terapi ved psykoselidelser*. Høgskolen i Molde. Videreutdanning i psykisk helsearbeid. PowerPoint- presentasjon fra forelesning uke 3, vårsemester 2021.

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

Goldsmith, L. P, Lewis, S. W., Dunn, G. og Bentall R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*.

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

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

Helsedirektoratet. 2013. *IS-1957- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Utgitt 06/2013

Jauhar, S., McKenna P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R. og Laws K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British Journal of Psychiatry*, 204,20–29

Kråkvik, B., Gråwe, R. W., Hagen, R. og Stiles, T. C. (2015). Cognitive Behaviour Therapy for Psychotic Symptoms: A Randomized Controlled Effectiveness Trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.

Prescott, Peter. 2021. *Kognitiv terapi*. Høgskolen i Molde. Videreutdanning i psykisk helsearbeid. PowerPoint-presentasjon fra forelesning uke 3, vårsemester 2021.

Repål, Arne, Kråkvik, Bodil, Grande, Marit og Røssberg, Jan I. 2015. *Psykoselidelser. I Håndbok i kognitiv terapi*, redigert av Torkil Berge og Arne Repål, 259-273. Oslo: Gyldendal akademiske.

Smailes, D. Alderson-Day, B. Fernyhough, C. McCarthy-Jones, S. og Dodgson, G. (2015) Tailoring cognitive behavioral therapy to subtypes of voice-hearing. *Frontiers in psychology*. Vol. 6 p. 1933-1933.

Skårderud, Finn, Haugsgjerd, Svein og Stånicke, Erik. 2010. *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Van der Gaag, M., Valmaggia, L. R. og Smit, Filip. (2014) The effects of individually tailored formulation- based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia research*, Vol. 156 (1), p. 30-37