



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Kognitiv terapi ved hørselhallusinasjoner hos mennesker med scizofreni

Dag Ødegård

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

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 §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<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: 22.04.2020

Antall ord: 7520

Forord

Sammendrag

Siktemålet med denne fordypningsoppgaven er å undersøke hvordan elementer fra kognitiv terapi kan bidra til mestring av hørselhallusinasjoner. Problemstillingen i oppgaven er: «*Hvordan kan kognitiv terapi bidra til mestring av hørselhallusinasjoner hos personer med schizofreni?*»

Empirien i oppgaven er hentet fra praksis som student i ambulerende psykisk helse. Pasienten har bodd hjemme i flere år og har lenge vært plaget av hørselhallusinasjoner og ønsker å prøve kognitiv terapi.

I diskusjonsdelen diskuteres utvalgt teori og forskningsfunn opp mot relevante temaer fra empirien. Den består av tre kapitler. Første kapittel sier noe om viktigheten av den terapeutiske alliansen og tillitsforholdet mellom terapeut og pasient. Det kommer frem i oppgaven at god terapeutisk allianse er avgjørende for behandling. Andre kapittel sier noe om utforskning av pasientens opplevelse av stemmer som oppleves svært hemmende for pasienten. Det kommer frem at stemmene senker hennes livskvalitet. Ved hjelp av normalisering og psykoedukasjon kan det åpne opp for alternative tanker som kan lette ubehaget ved å snakke høyt om stemmene. Normalisering kan bidra til bedre selvfølelse, redusere selvstigma og skam. Ved bruk av ABC-modellen sammen pasienten kan det føre til en bevisstgjøring av sammenhengen mellom tanker, følelser og adferd. Tredje kapittel sier noe pasientens utprøving av kognitive mestringsstrategier. Som i dette tilfellet omhandler musikk og sang. Konklusjonen er at ved hjelp av elementene i kognitiv terapi vil flere av dem, hver for seg eller sammen gi en følelse av mestring for pasienten. Forskning og teori konkluderer med kognitiv adferdsterapi er effektiv som behandlingsmåte for mestring av hørselhallusinasjoner hos mennesker med schizofreni.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling	2
1.2	Litteratursøk	2
2.0	Teori	4
2.1	Schizofreni.....	4
2.2	Hørselhallusinasjoner	5
3.0	Kognitiv adferdsterapi – KAT	6
3.1	ABC – modellen.....	7
4.0	Kognitiv modell ved hørselhallusinasjoner.....	9
4.1	Terapeutisk allianse	9
4.2	Kartlegge og utforske stemmer	11
4.3	Mestringsstrategier	12
5.0	Empiri	14
5.1	Fortellingen om Siri.....	14
5.2	Vi har jo truffet hverandre flere ganger.....	14
5.3	Det går egentlig greit	16
6.0	Diskusjon.....	18
6.1	Vi har jo truffet hverandre flere ganger.....	18
6.2	Det går egentlig greit	19
6.3	Mestringsstrategier	23
7.0	Konklusjon.....	25
8.0	Litteraturliste.....	27

1.0 Introduksjon

Som vernepleier innen psykisk helsevern møter jeg pasienter med schizofreni som opplever plagsomme stemmer også i psykosefrie perioder. Flere av pasientene har få funksjonelle mestringsstrategier mot stemmene. De tyr gjerne til strategier som unnvikelse, rusmidler eller sosialt isolerende strategier som å kjeffe tilbake på stemmene i offentlig rom. Selvstigma, mindreverd, frykt og sosial tilbaketrekning er noen konsekvenser pasienter uttaler ved høre stemmer. For andre oppstår plager som angst, depresjon og lav selvfølelse.

Grande og Jensen (2016) sier kognitiv terapi har best dokumentert effekt for mennesker med psykoselidelser. Den er her og nå orientert, systematisk og oversiktlig terapiform. En rekke studier konkluderer med god effekt på reduksjon i alvorlighetsgrad av positive symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger, god effekt på hallusinasjoner viser flest entydige positive resultater (Grande og Jensen, 2016). På bakgrunn av god dokumentert effekt benyttes kognitivt perspektiv i oppgaven.

Kingdon og Turkington (2007) sier at schizofreni medfører lidelse og nedsatt livsmestring for en rekke mennesker på verdensbasis. Den er regnet som den vanligste av psykoselidelsene der det foreligger mest forskning og evidensbasert kunnskap. Symptomene ved schizofreni utspiller seg forskjellig fra person til person. Vrangforestillinger og hallusinasjoner er blant de vanligste av symptomene. Ifølge Cullberg (2005) er stemmer virkelige opplevelser for personen, videre begrenser stemmeplagene mulighetene livsmestring for flere.

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan elementer i kognitiv terapi kan bidra til mestring av hørselhallusinasjoner for mennesker med schizofreni. Terapeutisk praksis skal vernepleieren i samarbeid med pasienten komme frem til gode faglig forsvarlige løsninger som fremmer selvbestemmelse og mestring. Det peker mot et behov av å undersøke alternative fremgangsmåter for å hjelpe menneskene med sine utfordringer.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan kognitiv terapi bidra til mestring av hørselhallusinasjoner hos personer med schizofreni?

Siktemålet er å undersøke hvordan kognitiv adferdsterapi kan bidra til mestring av hørselhallusinasjoner hos mennesker med schizofreni. For å finne svar tok jeg utgangspunkt i empiri hentet fra klinisk praksis, nyere forskning og relevant litteratur. I den sammenheng ønsker jeg å undersøke betydningen utvalgte begreper/metoder innen kognitiv terapi har for bedre mestring av hørselhallusinasjoner.

1.2 Litteratursøk

Jeg har benyttet pensumlitteratur og forskningsartikler om kognitiv terapi og psykoselidelse/schizofreni som inneholder temaet hørselhallusinasjoner for å besvare problemstillingen. Teorien i hoveddelen er hovedsakelig hentet fra Berge og Repål (2015), Cullberg (2005), Grande og Jensen (2016), Andreassen og Melle (2018) og Kingdon og Turkington (2007)

Jeg brukte mye tid på å finne frem til søkeord som ga best mulig treff på artikler som var relevante for problemstillingen. Prøvesøk i ulike databaser førte til justering av og inkludering av nye søkeord. Eksempelvis fikk jeg bedre treff når søkeordet «delusions» ble inkludert med «hallucinations», og videre når «schizophrenia» ble inkludert med «psychosis». Jeg benyttet PICO- skjema for å holde oversikt over søkeordene.

Treff etter søk i databasene der resultatene fra (P) og (I) ble sammenslått med «AND» i PsycInfo, MEDLINE, ORIA eller ScienceDirect og varierte fra 89 til over 1200 funn. Videre avgrensning av søket til å gjelde artikler fra «2017-current» ga mellom 22 og 272 treff. Deretter ble sammendragene på utvalgte artikler lest. Tre engelske artikler fra søkene ble valgt ut til oppgaven samt en norsk artikkel jeg hadde kjennskap til fra før. Artikkene jeg valgte til oppgaven var:

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

Shukla, Priyanka, Debasish Padhi, K. Sengar, Abha Singh, and Suprakash Chaudhury. 2020. "*Efficacy and Durability of Cognitive Behavior Therapy in Managing Hallucination in Patients with Schizophrenia*." Industrial Psychiatry Journal 30, no. 2 (2021): 255-64.

Funn fra artiklene presenteres i teoridelen sammen med relevant teori for temaet.

P	I	C	O
Psychosis/ Psykose OR/ELLER Schizophrenia/Schizofreni OR/ELLER Hallucination/Hallusinasjon OR/ELLER Delusion/ vrangforestilling	Cognitive therapy/ Kognitiv terapi OR/ELLER Cognitive Behavior Therapy/Kognitiv adferdsterapi		

2.0 Teori

2.1 Schizofreni

Andreassen og Melle (2018) hevder at mennesker med schizofreni har en utviklingsforstyrrelse i hjernen. Sykdommen regnes som livslang og regnes med høy grad av arvelighet. Typiske symptomer kan være sosial funksjonssvikt, tilbaketrekking i kontakt, desorganisering, passivitet, emosjonelle vansker, hallusinasjoner, vrangforestillinger og kognitive problemer. Rundt 50% av mennesker med schizofreni rapporterer nedsatt livskvalitet og vedvarende plagsomme symptomer gjennom livet. (Andreassen og Melle, 2018). Ifølge Kingdon og Turkington (2007) regnes schizofreni som blant de mest stigmatiserte psykiske lidelsene. Personer med schizofrenidiagnose strever ofte med skam, dårlig selvtillit og selvbebreidelse (Kingdon og Turkington, 2007).

Ifølge Grande og Jensen (2016) er schizofreni den vanligste lidelsen blant psykoselidelsene. Tilstander med periodevise problemer med virkelighetsoppfatningen kjennetegner psykose. I psykose har personen vanskeligheter ved å skille indre personlige opplevelser og inntrykk med en generell opplevelse av ytre inntrykk, med andre ord utfordringer med å skille virkeligheten folk flest oppfatter med en indre alternativ virkelighet. Dette kan medføre forvirring og emosjonelt ubehag hos personen. Mennesker med psykoselidelse er en sammensatt gruppe som ofte strever med lavt selvbilde. psykoselidelser medfører ofte utfordringer med kognitive funksjoner i form av nedsatt mulighet for organisering, planlegging, innlæring og oppmerksomhet for personen. Evnen til å forstå egne eller andres tanker, følelser og motiver er ofte redusert både under og etter en psykose. Behandling som retter seg mot kognitive vansker øker ofte prognosene for mennesker med psykoselidelser (Grande og Jensen, 2016)

Ifølge Lincoln og Peters (2017) er kognitiv adferdsterapi en anbefalt og akseptert terapiform mot plagsomme hallusinasjoner. Målet lidelsesreduksjon, økt funksjon og velvære. Utviklingen innen forskning på kognitiv terapi retter søkelys på spesifikke symptomer ved psykoselidelse heller enn lidelsen i seg selv. Studien representerer en metaanalyse med søkelyset på kognitive adferdsmessige symptomspesifikke tilnærminger til hallusinasjoner og vrangforestillinger hos pasienter med schizofreni (Lincoln og Peters, 2017).

2.2 Hørselhallusinasjoner

Ifølge Spenser et.al (2020) opplever 70- 80 prosent med schizofrenidiagnose plagsomme auditive hallusinasjoner i form av stemmer. Kognitiv adferdsterapi er dokumentert effektivt i behandlingen av stemmeplager ved schizofreni (Spenser et.al, 2020).

Hørselhallusinasjoner forstås som sanseopplevelser uten påvirkning av ytre stimulus. Hallusinasjoner kan oppleves fra alle sanseapparatene, følelse, syn, lukt, smak og hørsel. Adferdsmessige og følelsesmessige reaksjoner på hallusinasjoner har likhetstrekk med virkelig sansing siden. Personen som opplever hallusinasjonene kan se, lukte, høre eller bli berørt til tross for manglende ytre sansestimulering. Hørselhallusinasjoner i form av stemmer er mest utbredt blant mennesker med psykoselidelser, det betyr ikke at hørselhallusinasjoner er forbehold personer med psykoselidelser. Ellers friske mennesker kan oppleve hallusinatoriske stemmer. Det er ikke uvanlig å høre stemmen til sin avdøde ektefelle etter dennes død. Noen opplever dette som varsel om at de holder på å miste forstanden, mens andre opplever stemmen som svar på lengsel (Cullberg, 2005).

Pasienter utvikler ofte strategier for å dempe stemmene. Noen skriker at stemmene skal være stille, eller kjefter tilbake, andre spiller høy musikk eller synger. For de fleste vil stemmenes forstyrrende og negative tendenser bli mindre påtrengende med tiden. Det er imidlertid ikke kjent om stemmene avtar som følge av strategiene. Rapporter taler for at systematisk psykoterapi gir gode behandlingsresultater. Pasientene blir mindre avhengig av stemmene og opplever mer kontroll over dem (Cullberg, 2005)

3.0 Kognitiv adferdsterapi – KAT

Ifølge Berge og Repål (2015a) anses Albert Ellis (1962) og Aron T. Beck (1967) som fundamentale grunnleggere av kognitiv terapi. Sistnevnte fremstår som den mest innflyttingsrike bidragsyteren til kognitiv terapi slik det fremstilles i dag. Kognitiv adferdsterapi innebærer systematisk arbeid gjennom flere konsultasjoner for å hjelpe pasienten til å identifisere egne negative automatiske tanker og erfare hvordan egen adferd påvirker egne følelser og tanker gjensidig. Kognitiv terapi tar utgangspunkt i tankene som bare tanker, de er ikke fakta. Det innebærer å undersøke tankene ikke bare se gjennom dem å ta dem for gitt. Terapeuten søker å veilede pasienten til utforskning av tanker å sette spørsmålsteget ved fastlåste tankemønstre som en øvelse i indre dialog.

Berge og Repål (2015a) fremhever tre sentrale mål i kognitiv terapi, disse er:

1. Oppnå kontroll over problemet.
2. Forstå hva som bidrar til å opprettholde problemene.
3. Finne metoder for å forebygge nye problemer.

Ifølge Berge og Repål (2015) kan urealistisk positiv tenkning svekke pasientens muligheter til mestring av livsproblemer. Hensikten er derav å bidra til at pasienten ser betydningen av ulike måter å tenke på, videre til å få innblikk i hvordan ulike tenkning påvirker adferd og følelser. Sentralt er åpne spørsmål som inviterer til refleksjon kalt sokratiske spørsmål. Det eksisterer mange typer kognitiv terapi som er tilrettelagt for spesifikke psykiske lidelser, deriblant for hørselhallusinasjoner. Forskning dokumenterer gode resultater der flere opplever bedre kontroll på sine problemer. Flere betrakter kognitiv adferdsterapi som en jordnær og fornuftig måte å arbeide med psykiske lidelser på. (Berge og Repål, 2015a).

Sokratiske spørsmål: Ikke- ledende og åpne spørsmål der terapeuten fremstår uvitende for å fremme egenrefleksjon hos pasienten. Tanken er at pasienten selv utvikler nye problemløsende tenkemåter (Berge og Repål, 2015a).

Veiledet oppdagelse: Berge og Repål (2015a) beskriver veiledet oppdagelse som sokratiske spørsmål stilt på en systematisk måte for å bringe frem nyanser og alternative oppfatninger der pasienten hjelpes til å utvikle alternativt perspektiv, ikke basert på terapeutens refleksjoner, men informasjon vedkommende selv kommer med (Berge og Repål, 2015a:31)

Kjerneoppfatninger/Leveregler: Berge og Repål (2015a) beskriver kjerneoppfatninger som stabile oppfatninger om oss selv og omverdenen. Kjerneoppfatninger utvikles gjennom opplevelser tidlig i livet. Negative oppveksterfaringer der barnet opplever omsorgssvikt, manglende annerkjennelse fører gjerne til negative kjerneoppfatninger. Disse kan svekke selvfølelsen og troen på egen verdi som menneske. Eksempel på negative kjerneoppfatning er: «*Jeg er verdiløs, verden er farlig, andre mennesker er ikke til å stole på*» (Berge et.al, 2015a:22). For å kunne navigere i verden med sine negative kjerneoppfatninger danner mennesker leveregler. Eksempelvis kan kjerneoppfatningen «*Jeg er verdiløs*» føre til leveregelen: «*Hvis jeg gjør feil, vil andre skjønne at jeg er verdiløs, og jeg vil bli avslørt*» (ibid:23)

Negative automatiske tanker

Ifølge Berge og Repål (2015a) er negative automatiske er tanker, spontane forestillinger som stammer fra vårt indre som nærmest ubevisst flyver forbi. Vi er ikke bevisste disse tankene og aksepteres som sannheter i oss. De dukker opp i ulike situasjoner, sinnsstemninger og med spesifikt innhold. Tankene utvikles ofte av kjerneoppfatninger eller leveregler. De inneholder gjerne overvurderinger undervurderinger av egne mestringsmuligheter eller av viljen andre har til å vise forståelse eller hjelpe. Eksempler på negative automatiske tanker kan være: Ingen bryr seg, alt er min feil, jeg er teit (Berge og Repål, 2015).

3.1 ABC – modellen

A – Situasjon/ Aktiverende hendelse

B – Tanker knyttet til situasjon/aktiverende hendelse

C – Følelser/konsekvenser som følge av situasjon/aktiverende hendelse

(D) - Alternative tanker/tolkning til B (Bjørkly, 2021)

Kognitiv terapi tar sikte på å hjelpe pasienten til bevisstgjøring og endring av fastlåste negative tankemønstre, samt å bygge hypoteser om årsakene til opprettholdelse av disse. ABC- modellen i kognitiv terapi representerer et verktøy til hjelp for systematisering og bevisstgjøring av sammenhengen mellom handlinger/adferd, tanker/tolkninger og følelser/konsekvenser. Modellen kan benyttes for å bevisstgjøre pasienten på den indre samtalen som for de fleste av oss foregår ubevist. Med individuelle tilpasninger og justeringer kan denne modellen benyttes for en rekke problemer uavhengig av psykisk lidelse. Modellen benyttes også ved hallusinasjoner (Berge et.al 2015a, Grande og Jensen 2016).

En ABC- modell for hallusinasjoner

Formulert i ABC- modellen for hallusinasjoner/stemmer representerer hallusinasjonen den aktiverende hendelsen (A), tolkning/tanker om stemmen (B) og konsekvens knyttet til stemmen (B). Ved å benytte ABC-modellen sammen med pasienten kan pasienten bli bevist på sammenhengen mellom problematiske situasjoner, tanker og følelser/adferd knyttet til situasjonen. Samarbeidet kan styrke relasjonen og bidra til en felles forståelse av problemet (Grande og Jensen, 2016).

A – Hallusinasjon

B – Tanker knyttet til hallusinasjonen

C - Konsekvens knyttet til stemmen

4.0 Kognitiv modell ved hørselhallusinasjoner

Ifølge Grande og Jensen (2016) anses stemmer i den kognitive modellen som *eksternaliserte automatiske tanker* nærmest utilgjengelige for bevisstheten, som noe personen ikke gjenkjenner som egne tanker. Tankene kan oppfattes til å komme utenfra en selv i form av stemmer. Stemmene betraktes ikke som *feiltolkninger*, men faktiske opplevelser med potensiale for ulike tolkninger. Stemmene anses ikke som utløsende faktor for nedsatt mestring eller ubehag, disse tilskrives stemmehørerens *automatiske tanker/tolkninger* av stemmene. Målet er ikke å fjerne stemmene, men heller å redusere ubehaget og lidelsestrykket personen har som følge av *automatiske tanker/tolkninger* knyttet til stemmene (Grande og Jensen 2016).

Personer som hører stemmer tillegger dem ulik betydning og identitet, altså hvem de tilhører. Ofte forbindes stemmene med kjente mennesker i personens liv som venner eller familiemedlemmer. Andre ganger kan de tolkes til å tilhøre overnaturlige makter som djevelen eller gud. For de aller fleste er temaet i stemmene noe betydningsfullt for den enkelte, ofte av negativ karakter eller som nedsettende selvvurderinger (Repål et.al 2015:268).

Tre sentrale faktorer som kan knyttes til opplevelse av ubehag, følelsesmessige reaksjoner og risiko for etterlevelse (adferd) av stemmer er pasientens tanker om stemmens identitet, makt, og mening eller hensikt. Identiteten refererer til tanker om hvem stemmen tilhører, mens makten ifølge Repål et.al (2015c): «*Handler om hvorvidt pasientene mener de kan kontrollere stemmene eller ikke, og i hvilken grad de føler seg tvunget til å adlyde dem ...*». Videre beskriver de at meningen omhandler forestillingene pasientene har rundt stemmenes hensikt (Repål et.al, 2015c:269).

4.1 Terapeutisk allianse

Kjennetegnet ved terapeutisk allianse er når terapeut og pasient sammen finner et mål å jobbe mot ved hjelp av ulike teknikker og fremgangsmåter og et emosjonelt band preget av varme, gjensidig tillitt og fortrolighet som oppmuntrer til et målrettet samarbeid (Bordin,1994 i Berge et.al, 2015b)

Berge et.al (2015b) peker på en god terapeutisk allianse som grunnleggende for oppnåelse av gode resultater med kognitiv terapi. Å etablere en terapeutisk allianse bør ha førsteprioritet i terapiforløpet. Positive resultater i behandlingen avhenger av pasientens opplevelse av den terapeutiske alliansen, i mindre grad terapeutens opplevelse av denne. Terapeuten må kontinuerlig undersøke pasientens opplevelse av alliansen for å etterstrebe at den opprettholdes gjennom terapiforløpet. Ved mistanke om brist i alliansen er terapeuten ansvarlig for å gjenvinne tilliten å styrke alliansen før terapien kan fortsette.

Ifølge Grande og Jensen (2016) vil en svak terapeutisk relasjon nærmest umuliggjør arbeid med terapeutisk endring. Ansvar for å tilrettelegge for utvikling av god terapeutisk relasjon ligger hos terapeuten (Grande og Jensen, 2016).

Terapeuten innen kognitiv terapi skal søke å være empatisk og ubetinget aksepterende og ekte. Varme, nærhet og tålmodighet fremheves som viktige egenskaper hos terapeuten, samtidig som terapeuten bør vise seg kompetent til å avhjelpe problemene pasienten opplever å ha ved bruk av kognitiv terapi. Empati innebærer terapeutens søken etter å forstå pasientens perspektiv, syn på seg selv og sin verden. Deretter kommuniseres denne forståelsen tilbake til pasienten med spørsmål om bekreftelse om terapeuten oppfatter pasienten riktig. Denne prosessen kan oppleves empatisk hvis pasienten opplever seg sett og forstått (Berge et.al, 2015b)

Terapeutens ikke dømmende holdning og evne til å akseptere uvanlige opplevelser, eller temaer pasienten tar opp fra sin livsverden uten å avbryte knyttes til en empatisk holdning, motsatt hvis terapeuten avbryter ofte og presser igjennom sine opplevelser av situasjonen, eller argumenterer mot pasienten (Berge et.al 2015b).

Pasienter som plages med lav selvfølelse, mistenksomhet og devaluerende stemmer er ofte sensitive for å føle seg krenket, avvist eller å føle seg misforstått. Flere med psykose kan ha negative behandlingserfaringer der deres opplevelser ikke ble tatt alvorlig eller avfeid som psykosesyntomer og møtt med motargumenter/realitetsorientering (Berge og Repål, 2015b)

4.2 Kartlegge og utforske stemmer

Stemmehørere opplever det ofte som ubehagelig å fortelle om stemmene. Det er viktig å etablere en trygg behandlingsrelasjon før stemmer kartlegges. I forkant må pasienten selv ha trukket hallusinasjonene inn i samtalen, og samtykket til å jobbe mer systematisk og målrettet med dem. Under kartlegging bør pasienten være trygg på at samtalen kan avsluttes når ubehaget oppleves uhåndterlig. Det bør avtales på forhånd hvordan pasienten ønsker å si ifra, eller hvilke tegn terapeuten skal anse som tegn på behov for temaskifte/avledning (Grande og Jensen, 2016).

Parallelt med kartlegging av stemmer kan psykoedukasjon med normalisering av å høre stemmer være nyttig. Å linke plagsomme stemmer til problematiske hendelser og stress kan åpne opp for å se på stemmene som mer normale reaksjoner på stress og belastning, mindre som «galskap». Dette kan medføre mindre selvstigma, skam og bedre selvmedfølelse for pasienten. Nye perspektiver kan frigjøre motivasjon og ønske fra pasienten til å utforske sitt forhold til stemmene (Grande og Jensen, 2016:137).

Forståelse av hvilken funksjon og opplevelse pasienten har av stemmene er nyttige å utforske å kartlegge. Verktøy til arbeidet kan være kliniske intervju, stemmedagbok, ABC-modellen eller spørreskjema. Det finnes ulike måter å kartlegge stemmer, gjerne benyttes en kombinasjon av ulike metoder. Berge og Repål (2010) nevner eksempler på spørsmål som kan bidra til refleksjon rundt pasientens forestilling om stemmens makt: Kan det være at stemmen ikke har noe makt i seg selv, og at den er maktesløs når du velger å ikke adlyde den? (Berge et.al, 2015c)

Berge et.al (2015c) har beskrevet spørsmål og punkter som hjelpemiddel når stemmer skal kartlegges. Kråkvik et.al skriver i (2015c):

Stemmen: *Hvor mange stemmer hører du? Kommer stemmene innenfra eller utenfra hodet? Tilhører stemmen en kvinne eller en mann?*

Innhold: *Snakker stemmen til, eller om deg? Omtaler den deg med navn?*

Når høres stemmen: *Er det situasjoner eller tidspunkter der stemmen er mer aktiv? Er det perioder der den er helt fraværende?*

Affekt: *Hvordan føles det når stemmen er aktiv? Blir du redd? Føler du deg deprimert? Kan du føle deg oppstemt?*

Adferd: *Hva gjør du vanligvis når stemmen snakker til deg? Lytter du fordi du vil, eller fordi du må? Svarer du stemmen? Prøver du å stoppe den eller ignorere den? Adlyder du motvillig eller villig? Er det noe du kan gjøre for å få den bort for at den skal bli mindre intens?*

Stemmens identitet: *Vet du hvem stemmen tilhører? Hvordan vet du det?*

Meningen med stemmen: *Har du noen formening om hvorfor nettopp du hører denne stemmen? Hva tror du den vil deg? Har stemmen selv sagt hva den vil, eller er det noe du har funnet ut selv?*

Makt: *Har stemmen stor makt over deg? Hvorfor tror du det? Kan du irttesette den? (Repål et.al 2015c:270).*

4.3 Mestringsstrategier

Ifølge Grande og Jensen (2016) opplever flere avmakt i møte med sine stemmer. For personer som hører stemmer kan funksjonelle mestringsstrategier bidra til mestring og følelsen av kontroll. Dette kan skape håp og engasjement for terapien. Mestring bidrar til på sikt til å endre maktbalansen mellom stemmer og stemmehører gjennom utvikling av alternative tanker om stemmene. De fleste har utviklet mestringsstrategier for å håndtere stemmen på egenhånd. Imidlertid kan disse i verste fall bidra til forverring av problemet. Mestringsstrategiene bør tilpasses individuelt. Imidlertid går enkelte mestringsstrategier mot stemmeplager være nyttige for flere. Personen utvikler gjerne nye perspektiver på stemmene som følge av bedre mestring gjennom funksjonelle mestringsstrategier. Forfatterne (2016) refererer til en studie av Farhall (2010) som konkluderer med at mestringsstrategier som gir stemmene auditiv konkurranse (lytte til musikk), vokalisering (syngende, telle, nynne) og aktiviteter opplevdes mest effektive av stemmehørere (Grande og Jensen, 2016).

Grande og Jensen (2016) nevner *eksponering* som mestringsstrategi for å avkrefte dysfunksjonell tenkning. Ved eksponering utsetter pasienten seg på en systematisk og planlagt måte noe uten å benytte trygghetsadferd. Trygghetsadferd er handlinger som bidrar til å unngå aktivisering av stemmene, eksempelvis unngåelse. Disse forsterker ofte stemmeplagene når alternative måter å forholde seg til stemmene ikke blir testet ut.

Ifølge Kingdon og Turkington (2007) er følgende mestringsstrategier eksempler på strategier ved hørselhallusinasjoner:

Kognitiv kontroll: Avledning: Eksempelvis høre musikk, nynne for seg selv, spille dataspill, løse kryssord, se på TV.

Adferdsmessig kontroll: Eksempelvis gå en tur eller ta et badveller annen aktivitet.

Adferdseksperiment

Ifølge Grande og Jensen (2016) er *Adferdseksperiment* en metode for å undersøke grunnlaget for antagelser. Pasienten utfører bevisst handlinger for å høste erfaringer som ikke er forenelige med pasientens antagelser. Terapeuten er ansvarlig for å velge eksperimenter etter suksessprinsipper med høy sannsynlighet for avkreftelse av dysfunksjonelle tanker. Eksperimentene bygges opp på følgende måte. 1) Identifisere dysfunksjonell tenkning, 2) formulering av alternativt utfall, 3) Utforme eksperiment som understøtter alternativ hypotese, eller motbeviser dysfunksjonell tenkning. Målet er at pasienten opplever diskrepans dersom eksperimentet bryter med pasientens forventninger. Refleksjon rundt denne danner utgangspunkt for læring og endring av tenkning.

5.0 Empiri

Denne fortellingen handler om mitt gjensyn med Siri. Konteksten omfatter hjemmebesøk i forbindelse med praksis i videreutdanningen innen psykisk helsearbeid. Denne historien er anonymisert av etiske, juridiske og mellommenneskelige hensyn.

5.1 Fortellingen om Siri

Oppveksten til Siri var preget av omsorgssvikt, fravær av tillitspersoner og manglende emosjonell støtte. Psykisk lidelse blant foreldrene førte til at Siri ofte ble etterlatt med ansvar for ivaretagelse av lillebror når hun selv var barn. Siri er glad i musikk, både å lytte til og synge er hennes lidenskap. Hun har siden tidlig barndom strebet etter å være flink. Som ung voksen fullførte Siri utdanning på høyskolenivå og var i arbeidslivet frem til midten av 20 årene. En kollega ble utsatt for en arbeidsulykke. Siri var ikke involvert i ulykken. I denne perioden begynte Siri å oppleve hallusinatoriske stemmer for første gang, noe som raskt utviklet seg til psykosegjennombrudd.

Siri har diagnosen schizofreni med uttalte hørselhallusinasjoner. Hun har vært innlagt ved ulike døgnposter frivillig og ved tvang. Når hun er psykotisk, blir hun ifølge seg selv ute av stand til å ta vare på seg selv. Siri har ikke vært innlagt i døgnpost på flere år. Hun har ikke hatt psykose eller hallusinasjoner i den grad at hun ikke har mestret å bo i egen leilighet. Hun har gjennom flere år fått flere typer antipsykotiske og beroligende medisiner for å dempe symptomene hun lider av. Medikamentene har dempet vrangforestillingene og noe angst, men hatt svært liten innvirkning på stemmene hun opplever. Hun har ukentlig oppfølging av ambulerende team og fra kommunen. For 6 måneder siden sluttet Siri å dra på tilrettelagt arbeidsplass, selv om hun trivdes med både arbeid og kollegaer. Jeg ble kjent med Siri som hennes miljøkontakt ved flere anledninger over mange år. Med tiden har jeg oppfattet relasjonen mellom oss som god.

5.2 Vi har jo truffet hverandre flere ganger

I praksis under videreutdanningen møtte jeg Siri igjen for første gang på nesten 2 år. Siri åpnet døren, hun smilte til meg og takket for sist. Vi satte oss i sofaen og Siri fortalte og mimret tilbake til felles minner. Siri var i godt humør å sa med glimt i øyet: «*Tror ikke det*

er så mange som hadde turt og kommet hit etter å ha truffet meg når jeg er skikkelig psykotisk, men du har jo aldri vært lettskremt». Jeg husker at Siri var svært syk sist hun var innlagt. Jeg responderte med å fortelle at jeg husker hun sa det var vanskelig sist vi møttes. Siri nikket bekreftende og smilte. Jeg lyttet og prøvde å forstå hva Siri fortalte. Vi lo av situasjoner hun syntes var morsomme sett i ettertid.

Når vi skal til å gå spurte Siri: *«Kommer du tilbake neste uke eller?»*. Jeg så på henne og spurte: *«Hva tenker du om at jeg blir med neste gang da Siri?»* Hun svarer: *«Bare å komme, det kan være slitsomt med nye folk, men vi har jo truffet hverandre flere ganger, hvis du tørr da»*. Jeg så på henne, smilte og bekreftet at jeg gjerne ville komme neste gang.

Under andre besøk hadde Siri praktiske spørsmål til min veileder før hun henvendte seg til meg å ville vite om jeg ikke snart var ferdig med skole. Etter å ha forklart at det var videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Siri fortalte hva som hadde skjedd årene siden forrige innleggelse. Jeg lyttet aktivt og forsøkte å forstå opplevelsene til Siri, stilte oppfølgingsspørsmål underveis. Jeg spurte Siri hvordan hun opplever livet nå. Hun svarte: *«det går greit ... men det er slitsomt enkelte dager»*. Under besøket ringer det i min veileders telefon, noe Siri reagerte på. Når vi skulle til å gå sa Siri: *«neste uke kan du jo komme alene så slipper jeg alt maset fra den telefonen, da får han (veileder) litt fred fra deg også»*. Hvis det oppleves greit for deg kan jeg komme alene, Siri smilte og svarte at det selvfølgelig var greit.

Tredje besøk åpnet Siri døren med et smil når jeg banket på. Vi satt oss ned og snakket om ulike temaer som gangene før. Under samtalen observerer jeg at Siri falt litt ut av samtalen og stirret mot gangen og fremsto distraheret. Jeg sa forsiktig til Siri at forrige gang nevnte hun at: *«det var litt slitsomt enkelte dager»*. Jeg spurte henne om hun ønsket å fortelle hva fortelle hva det betydde for henne. Siri tok en slurk av kaffen og tenkte en stund før hun svarte: *«det går egentlig greit, men det er kaos i hodet innimellom»*. Jeg ser på henne og spør forsiktig om hun ønsker å utdype hva hun legger i *«kaoset i hodet»*. Siri ser på meg en stund før hun svarer: *«uff, jaa ... du husker kanskje den stemmen? den lar meg ikke få fred verken dag eller natt»*. Jeg husker du fortalte om stemmen. Når du ikke får fred fra stemmen hverken dag og natt, kanskje ikke får nok søvn er det ikke rart du er sliten svarte jeg. Siri så på meg og nikker bekreftende på min respons.

Under besøket prøvde jeg å forklare Siri prinsippene i kognitiv terapi, samt effekten forskning viser til for mennesker som hører stemmer. Siri fremsto interessert å spurte om jeg trodde det kunne hjelpe på hennes plager med stemmen. Jeg fortalte Siri om mine erfaringsmessige begrensede kunnskaper innen kognitiv terapi, viste deretter til resultatene fra forskning. Siri syntes kognitiv terapi i sin helhet fremsto uoverkommelig, spesielt hjemmeoppgaver grunnet dysleksi, men ønsket gjerne å prøve ut elementer fra kognitiv terapi, til tross for min uttalte uerfarenhet.

5.3 Det går egentlig greit

Jeg var kjent med livshistorien til Siri, både før og etter hun ble syk. Siri brakte stemmen inn i samtalene mellom oss. Jeg forsøkte å forklare Siri hensikten med å kartlegge stemmene og at flere kan oppleve forbigående forverring i starten. Siri så bekymret ut, jeg spurte henne om hun fortsatt ønsket å fortelle om stemmene. Siri svarte at «*stemmen kan nok ikke bli særlig verre uansett*».

Jeg spurte Siri om hun var klar for å svare på noen spørsmål om stemmene, noe hun bekreftet. Jeg stilte disse spørsmålene; Hvor mange stemmer hører du? Henvender stemmen seg til deg med navn? Vet du hvem stemmen tilhører? Er det perioder der stemmen er helt fraværende, mer aktiv eller mindre aktiv enn normalt? Hva gjør du når du hører stemmen? Hva føler du da? Adlyder du stemmen villig, eller motvillig? Har stemmen stor makt over deg? Har stemmen skadet deg fysisk noen gang? Hva skjer hvis du ikke gjør som stemmen sier? Siri svarer etter beste evne og uttrykker stolt: «*jeg klarte å svare og sitter her enda!*». Ja det gjør du Siri og det kan du være stolt av, å snakke om så vanskelige opplevelser er krevende for veldig mange. Mitt siste spørsmål om stemmene den dagen var; Hva oppleves som mest utfordrende for deg ved stemmene? «*Redselen ...*» svarer Siri, «*redselen for stemmene og at stemmene snakker sant, og at de skal ødelegge livet mitt enda mer, jeg går glipp av mye fordi jeg må adlyde stemmene*».

Siri fortalte om en vanlig situasjon med stemmen. Jeg foreslo å sette situasjonen inn i et ABC- skjema sammen med henne.

Siri: For noen dager siden når jeg skulle hente posten så stemmen at hun er farlig, hun skal ikke forlate leiligheten!

Jeg: Det hørtes trasig ut Siri, hvordan opplevdes det for deg?

Siri: Helt hjevlig!

Jeg: Det kan ikke ha vært noe god opplevelse Siri, vil du utdype hvordan det kjentes å ha det helt hjevlig?

Siri: Jeg ble redd og skamfull

Jeg: Redsel og skam er ikke gode følelser å ha. Hva gjorde du da Siri?

Siri: Jeg ble i leiligheten i tilfelle noen skulle bli skadet

Jeg: Kan du huske hva du tenkte når stemmen sa det til deg

Siri: Tenkte stemmen har rett, jeg er farlig og kan komme til å skade noen.

Jeg: For å oppsummere litt, når stemmen sa hun er farlig, så tenkte du stemmen hadde rett og at du er farlig og kan komme til å skade noen, så ble du inne i leiligheten istedenfor å hente post, har jeg forstått deg riktig?

Siri: Ja det stemmer.

A Utløsende hendelse/situasjon	B Tanker knyttet til Hendelse/situasjon	C Følelser/konsekvens knyttet til hendelse/situasjon	(D) Alternative tanker knyttet til hendelse/situasjon
Stemmen sa: «Hun er farlig, hun skal ikke forlate leiligheten!»	Stemmen har sikkert rett. Jeg er farlig. Kan komme til å skade noen.	Maktesløshet Redd Skamfull Sint Ble i leiligheten, hentet ikke post.	

Siri sier hun ønsker at behandlingen skal føre til mer makt og kontroll i eget liv. Hun knytter dette til bedre mestring av stemmene. Vi ble enige om å arbeide mot målet «*bedre mestring av stemmene*».

6.0 Diskusjon

6.1 Vi har jo truffet hverandre flere ganger

Barndommen til Siri var preget av omsorgssvikt, fravær av tillitspersoner og manglende emosjonell støtte, hun utviklet schizofreni i ung alder. Erfaringene kan tenkes å gjøre det utfordrende å opprette trygg allianse og tillitsfulle relasjoner for Siri. Ifølge Andreassen og Melle (2018) viser forskning at traumatiske barndomsopplevelser er felles for flere som utvikler schizofreni. Videre at typiske kjennetegn ved schizofreni er sosial funksjonssvikt, tilbaketrekning i kontakt, passivitet, emosjonelle vansker eller kognitive problemer. Siri har vært psykosefri over tid, det kan være nærliggende å tenke at erfaringer ved relasjonsbrudd og psykoselidelser fortsatt preger henne i relasjonene hun inngår. Grande og Jensen (2016) hevder at selv etter psykose kan evnen til å forstå andres og egne motiver, tanker og følelser ofte være redusert, noe som også kan tenkes å være tilfelle for Siri og som må hensyntas i alliansearbeidet.

Siri og jeg hadde etablert relasjon fra tidligere som jeg opplevde som god. Jeg lyttet med genuin interesse på historiene Siri fortalte fra våre tidligere møter før hun uttalte; *«Tror ikke det er mange som hadde turt og kommet hit etter å ha truffet meg når jeg er skikkelig psykotisk, men du har jo aldri vært lettskremt»*. Kanskje var dette uttrykk for selvfølelsen til Siri? På en annen side kan det tenkes at hun opplevde tillitt til meg, eller hadde positiv erfaring ved å bli møtt med en empatisk holdning tidligere. Ifølge Grande og Jensen (2016) kan pasienter som lider av lav selvfølelse, devaluerende stemmer og mistenksomhet ofte være sensitive for avvising, krenkelser, eller følelsen av å bli misforstått. Berge et.al (2015a) fremholder at flere pasienter med psykoselidelser har negative behandlingserfaringer der deres psykotiske symptomer ikke blir anerkjent som virkelige opplevelser, flere er møtt med motargumenter eller forsøk på realitetsorientering. Kanskje var utsagnet fra Siri uttrykk for hennes opplevelse av å bli møtt med aksept og respekt i vår relasjon, at jeg var interessert i, og aksepterte hennes opplevelse av verden og seg selv.

I møte med Siri ønsket jeg engasjere meg i hennes verden, forstå hennes opplevelse av fortellingene hun formidlet og vise interesse og respekt for hennes opplevelser. Berge et.al (2015b) fremhever terapeutens evne til å vise empati og akseptere uvanlige opplevelser som betydningsfull for den terapeutiske alliansen. Terapeutens ikke- dømmende holdning

og oppmerksomhet rundt detaljer i pasientens historie signaliserer aksept for å snakke om alle tema til pasienten. Pasienten opplever ofte uvanlige/psykotiske opplevelser mindre skremmende når disse møtes på en interessert, forståelsesfull og anerkjennende måte, samtidig åpner dette opp for refleksjon rundt egne opplevelser. Det kan tenkes at Siri sine opplevelser var svært skremmende for henne, noe ofte psykotiske opplevelser er. Ved at Siri forteller om vanskelige opplevelser kan det tenkes at hun opplever alliansen mellom oss som god.

Så lenge Siri også opplevde alliansen som god, ville det bedret hennes muligheter til mestring av hørselhallusinasjoner? Ifølge Berge et.al (2015a) er god allianse mellom terapeut og pasient grunnleggende i kognitiv terapi. Etablering og styrking av god terapeutisk allianse bør ha førsteprioritet før alle andre intervensjoner. Grande og Jensen (2016) skriver at det nærmest er umulig å arbeide terapeutisk uten grunnleggende god terapeutisk relasjon. Langt på vei er dette i tråd med hva Berge et.al (2015b) bemerker når de skriver at godt utfall av terapien knyttes til pasientens opplevelse av god allianse, i mindre grad terapeutens opplevelse av alliansen. Terapeutens og pasientens opplevelse av god allianse er ofte ulike (Berge et.al 2015b). Med dette tatt i betraktning er ikke den terapeutiske alliansen mellom oss bare grunnleggende avgjørende. Når Siri opplevde alliansen som god er det et bidrag til fremtidig mestring av hørselhallusinasjoner ved kognitiv terapi. Funn fra Lincoln og Peters (2017) belyser den terapeutiske alliansen som overordnet viktig for at pasientene skal nå sine mål. Å redusere ubehag og øke funksjonsnivå representerer det viktigste endringsarbeidet i kognitiv terapi til pasienter med psykosesymptomer.

6.2 Det går egentlig greit

Utforske stemmene, normalisering og psykoedukasjon

Siri opplevdes åpen, innsiktsfull og modig når hun fortalte om tidligere opplevelser fra psykose, noe som kan tolkes som en tillitserklæring. Hun brakte stemmene inn i våre samtaler tidlig og fremsto både engasjert, motivert og interessert til å dempe ubehaget som følge av stemmene. Å plages av stemmer dag og natt, slik som Siri uttrykker kan tenkes å senke hennes livskvalitet betraktelig. Siri har erfaringer med omsorgssvikt, hun ble ofte etterlatt til seg selv med ansvaret for lillebror som liten. I voksen alder utdannet hun seg, jobbet iherdig frem til sykdomsutbrudd. Psykosegjennombrudd, kontinuerlige innleggelses

og plagsomme hørselhallusinasjoner bidro til frafall fra arbeidslivet for Siri. Sett i sammenheng med hennes streben etter å strekke til kan det tenkes å medføre følelser av skam, lav selvfølelse og selvbebreidelse. Kingdon og Turkington (2007) omtaler schizofreni som en av de mest stigmatiserte psykiske lidelsene. Mennesker med schizofrenidiagnose tynges ofte av skam, dårlig selvtillit og selvbebreidelse. Slike følelser kan medvirke til at Siri uttrykker bekymring ved å prate om stemmene. Grande og Jensen (2016) beskriver det som vanlig blant stemmehørere å oppleve ubehag ved å prate om stemmene. De fremholder at psykoedukasjon og normalisering der plagsomme stemmer linkes til problematiske hendelser og stress kan åpne opp for alternative perspektiver når stemmene anses som normale reaksjoner, heller enn «galskap», noe som igjen kan skape motivasjon og ønske fra pasienten til å utforske forholdet til stemmene, samt redusere selvstigma, skam og bedre selvfølelsen (Grande og Jensen 2016:137). Normalisering av å høre stemmer og informasjon om årsaksforklaringer kan tenkes og bedret selvfølelsen, redusert selvstigma og skam av å snakke om stemmene hos Siri.

Siri beskriver redsel, skam og sinne som følge av stemmene. Hennes høyeste ønsker makt, kontroll og selvbestemmelse i eget liv. Vi ble enige om å arbeide mot målet «*bedre mestring av stemmene*». Ønskene indikerer at Siri opplever stemmen med høy grad av makt og kontroll, mens hun opplever seg i en avmaktssposisjon med begrenset selvbestemmelse i eget liv. Grande og Jensen (2016) fremholder at tankene personen har om stemmenes makt, identitet og mening i høy grad påvirker følelsesmessige reaksjoner og handlinger knyttet til å høre stemmer. Følelsene og ønskene til Siri kan derav indikere at stemmen tillegges høy grad av makt, mens hun opplever avmakt. Grande og Jensen (2016) beskriver at stemmens makt og gjennomslagskraft påvirkes når innholdet i stemmen gjenspeiler personens primære negative levereregler. Makten forsterker ubehaget ytterligere når den treffer personens negative automatiske tanker om seg selv. Omsorgssvikten Siri opplevde i barndommen kan ifølge Berge og Repål (2015a) ført til utviklingen av negative primære levereregler med opphav i opplevelser i barndommen der barnet opplever ulike typer omsorgssvikt. Ved å handle i tråd med tankene om stemmens instruksjoner, og ved å tro på tankene kan det bidra til at Siri opplever avmakt og manglende selvbestemmelse. Sett at Siri feiltolker stemmens identitet, makt og mening samtidig som innholdet er i tråd egne negative primære levereregler kan de emosjonelle konsekvensene være store, noe som samsvarer med skamfølelsen, redselen og sinnet hun selv beskriver.

Ifølge Grande og Jensen (2016) kan fokus og målrettet arbeid på stemmene starte først når pasienten bringer stemmene inn i samtalen og samtykker til å arbeide med dem. Når Siri fortalte om stemmene kunne jeg stilt sokratiske åpne spørsmål, heller enn ledende for å bedre favne Siri sine refleksjoner og opplevelser ved stemmene. Siri opplever stemmene som noe utenfor seg selv og som medfører ubehagelige følelser. Cullberg (2005) skriver at personer som hører stemmer oppfatter stemmene som ytre stimuli som sjeldent knyttes til egne tanker eller antagelser. Ifølge Grande og Jensen (2016) betraktes stemmer i kognitivt perspektiv som *eksternaliserte automatiske* tanker personen ikke vedkjenner seg, tanker nærmest utilgjengelige for bevisstheten som kan oppfattes å stamme fra en utenforstående kilde, i form av stemmer. Tankene betraktes som grunnlaget for den følelsesmessige reaksjoner på stemmene.

ABC- modellen

Empirien illustrerer en samtale der Siri forteller om stemmen der vi benytter ABC-modellen for å illustrere sammenhengen mellom stemmen, tankene og følelsene i situasjonen. Grande og Jensen (2016) påpeker at når ABC- modellen benyttes sammen med pasienter kan pasienten bevisstgjøres sammenhengen mellom tanker, følelser og adferd. Det kan i tillegg styrke samarbeidet mellom terapeuten og klient, som videre kan bidra til felles forståelse av problemet. En forutsetning er pasientens tilgjengelighet for denne typen behandling, samt at det er et opplevd problem pasienten ønsker løsning på. Sammenhengen mellom stemmen (A), tanker (B) og følelse/konsekvens (C) ble tydeligere for Siri fremstilt skjemaet. Det kan tenkes at Siri fra å anta at stemmen (A) førte til følelsen/konsekvensen (C) fikk perspektiv på sine tanker som del av situasjonen. Hun var fra før kjent med kognitivt perspektiv der tanker i situasjonene påvirker følelser som utløses. Ved å fremstille situasjonen i skjema kunne Siri distansere seg å observere situasjonen. Ifølge Berge og Repål (2015a) handler kognitiv terapi om å veilede pasienten til å observere tankene og ikke bare se igjennom dem, samt å veilede til utforskning av egne tanker å sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre.

Den kognitive modellen ser på følelsene/konsekvensene som utløses av stemmer som et resultat av antagelsene/tankene eller tolkningene personen har som følge av dem. For Siri medfører antagelsene/tankene knyttet til stemmene følelsene makteløshet, redsel, skam og sinne. Ifølge Berge. et.al (2015a) kan veiledet oppdagelse ved bruk systematiske sokratiske

spørsmål åpne opp for alternative antagelser hos pasienten. I situasjonen med Siri kunne jeg stilt følgende spørsmål:

Jeg: Tenker du noen gang annerledes om det stemmen sier?

Siri: Innimellom er jeg usikker på om stemmen har rett, at jeg ikke er farlig.

Jeg: Hva ville det bety for deg om dette stemte da?

Siri: Det ville bety at stemmen lyver og at jeg ikke er farlig.

Jeg: Sett at dette er tilfellet, har du eksempler på at du ikke er farlig?

Siri: Tja.. jeg har jo aldri tenkt på, ønsket eller skadet noen før.

Jeg: Sett at stemmen ikke snakker sant å eksempelet om at du ikke er farlig stemmer, har du tanker om alternative måter å se situasjonen på?

Siri: Jeg kunne tenkt at stemmen snakker ikke sant, jeg er ikke farlig.

Jeg: Hvis vi ser for oss at du tenkte dette i situasjonen i ABC-skjemaet, hvordan ville det føltes for deg?

Siri: Ville blitt lettet og glad for at stemmen ikke snakker sant.

Jeg: Hva hadde skjedd da Siri?

Siri: Tror ikke det hadde skjedd noe.. Ville sikkert ignorert stemmen og hentet posten.

Veiledet oppdagelse kunne bidratt til alternative tanker/antagelser i situasjonen til Siri, som vi kunne satt inn som alternativ tanke (D) i ABC-modellen (Bjørkly, 2021) modellen. Potensielt kunne det gitt overblikk over både sammenhengen mellom stemmene, antagelsene/tankene og følelsene/konsekvensene samt alternative tanker til stemmene. Ifølge Grande og Jensen (2016) må utforsking av alternative antagelser gjøres forsiktig og hensynsfullt slik at det ikke oppleves som motargumentering fra pasienten. På en annen side fremhever Kråkvik et.al (2015c) viktigheten ved at pasienten må ha god kjennskap til den kognitive modellen for gode resultat ved utforsking av alternative antagelser.

6.3 Mestringsstrategier

Siri har få mestringsstrategier for å håndtere negative automatiske tanker i forbindelse med stemmene. Grande og Jensen (2016) viser til at mestringsstrategier på sikt endrer maktbalansen mellom pasienten og stemmene ved at alternative tanker om stemmene utvikles, noe som er i tråd med ønsket utfall der Siri opplever makt og kontroll i eget liv. Det finnes en rekke mestringsstrategier innen kognitiv terapi, det er imidlertid sentralt at disse tilpasses individuelt. Siri er interessert i musikk og sang. Mestringsstrategier som innebærer kjente elementer, kan tenkes å øke både motivasjonen og lyst til å prøve dem ut. Grande og Jensen (2016) viser til en studie av Farhall (2010) der stemmehørere ble intervjuet om sine mestringsstrategier for stemmer. Konklusjonen var at deltagerne fremhevet de mest virksomme mestringsstrategiene som handlinger som ga stemmen auditiv konkurranse, vokalisering og aktiviteter. Siri innehar ressurser innen musikk og sang. Kingdon og Turkington (2007) nevner mestringsstrategien kognitiv kontroll som effektiv ved hørselhallusinasjoner. Den kan innebære avledning fra tankene som å lytte til musikk, ta et varmt bad eller annen aktivitet.

Siri ønsker makt og kontroll i eget liv, fred og ro, mindre kaos i hodet og selvbestemmelse. Hun benytter unnvikelse som *trygghetssøkendestrategier* for å unngå ytterligere aktivering av stemmen. Grande og Jensen (2016) fremholder at trygghetssøkende strategier kan bidra til å forsterke stemmeplagene ved at alternative, mer hensiktsmessige måter å forholde seg til stemmen på ikke blir testet ut. Med utgangspunkt i en trygg terapeutisk allianse og allerede tvil rundt antagelsenes gyldighet kunne vi realitetstestet antagelsene Siri har om stemmen. På den måten åpnet opp for alternative antagelser. Studien til Lincoln et.al (2017) viser at suksessfaktorer innen kognitiv terapi ved hørselhallusinasjoner vår å endre maktbalansen mellom stemmen og stemmehøreren gjennom å redusere *sikkerhetsadferd* og tilføre *mestringsstrategier* mot stemmene, samt å belyse hypoteser av hvilke leveregler stemmene speiler, eller er ment å beskytte. Adferdseksperiment med gradvis eksponering kunne bidratt til å avkrefte dysfunksjonell tenkning/ antagelsene Siri har om stemmen (*stemmen har rett, jeg er farlig, kan komme til å skade noen*)

Mål og forventning	Eksperiment	Utfall	Hva lærte jeg?
<p>Jeg tror stemmen har rett om at jeg er farlig å kan komme til å skade noen.</p> <p>Jeg skal undersøke om det stemmer ved å forlate leiligheten selv om stemmen sier som den gjør. Terapeuten skal være sammen med under eksperimentet.</p> <p>Jeg tror 80% på stemmen</p>	<p>Når stemmen sier «hun er farlig, skal ikke forlate leiligheten» så går jeg ut sammen med terapeuten og inn igjen etter 5 minutter.</p> <p>Jeg snakker med terapeuten om resultatene av opplevelsene etterpå.</p>	<p>Jeg forlot leiligheten og ingen kom til skade. Jeg fikk endelig hentet posten.</p>	<p>Jeg hører hva stemmen sier, men det trenger ikke å bety at den har rett om at jeg er farlig.</p> <p>Jeg tror 30% på at stemmen har rett om at jeg kan komme til å skade noen.</p>

Eksempelet viser at Siri var 80% sikker på sin antagelse der hun var farlig. Ved å støtte Siri til å redusere sikkerhetsadferd og realitets teste antagelsen kunne denne blitt avkreftet slik eksempelet viser i situasjonen til Siri. Hensikten med adferds eksperimenter er ifølge Grande og Jensen (2016) å skape tvil om dysfunksjonelle antagelser og resultatet kan være å skape alternative tanker om stemmen.

7.0 Konklusjon

Formålet med denne oppgaven var å undersøke hvordan kognitiv terapi kan bidra til mestring av hørselhallusinasjoner hos mennesker med schizofreni. Med utgangspunkt i samspillet med Siri, utvalgt teori, forskning og egen praksis har jeg diskutert utvalgt teori, utvalgte elementer innen kognitiv terapi opp mot situasjonen til Siri. Funn tyder på at god terapeutisk allianse er grunnleggende for å oppnå bedre mestring av hørselhallusinasjoner ved bruk av kognitiv adferdsterapi. Gjennom å møte Siri med empati, genuin interesse, og respekt for hennes fortellinger og ved å være ikke-dømmende i min holdning bidro det til at Siri lettere aksepterte sine psykotiske opplevelser. Når Siri opplevde alliansen mellom oss som god påvirket det hennes muligheter til mestring av hørselhallusinasjoner ved bruk av kognitiv terapi. Ved bruk av ABC-modellen fikk Siri systematisert tanker, stemmer og følelsene/konsekvensene. Det kunne skape overblikk og forståelse for sammenhengen mellom disse. Sokratiske dialoger bidro til å bringe frem alternative tanker hos Siri som at stemmene ikke er sanne og hun ikke er farlig. Dette kunne ført til en stor lettelse og glede for Siri.

Teoretiske funn tyder på at mestringsstrategier på sikt endrer maktbalansen mellom stemmehører og stemmen. I Siri sitt tilfelle ønsket hun fred og ro fra stemmene i hodet sitt. Ved hjelp av kognitive mestringsstrategier kan Siri lytte til musikk eller synge for å dempe ubehaget ved hørselhallusinasjonene. Musikk kan da være en god strategi for Siri som vil konkurrerer mot stemmene. Adferdstrategien kan føre til økt mestring av hørselhallusinasjoner og være en god strategi videre i hverdagen hennes. Flere funn i forskning tyder på at mestringsstrategien kognitiv kontroll er effektiv ved hørselhallusinasjoner og kan fungere som avledning fra egne tanker om stemmene. Siri benyttet unnvikelse som trygghetssøkende strategi. Denne strategien kan øke stemmeplagene ved at andre strategier ikke blir utprøvd. Det kunne vært hensiktsmessig å prøve ut adferdseksperiment med eksponering i allianse med terapeut for å tilføre mestringsstrategi ved å avkrefte antagelsen om at hun er farlig. Forskning viser at suksessfaktorer innen kognitiv terapi ved hørselhallusinasjoner var å endre maktbalansen mellom stemmen og stemmehører gjennom å redusere sikkerhetsadferd og tilføre mestringsstrategier.

Begrunnelse for valgt perspektiv var god dokumentert effekt på hørselhallusinasjoner. Dette kan til dels bekreftes i møte med Siri som nok trenger flere individuelle tilpasninger for å nyttiggjøre seg terapien. Ut ifra min erfaring med Siri kunne det vært interessant å undersøke om gruppeterapi ville gitt Siri mer mestring av hørselhallusinasjoner. Det at Siri bærer på mye skam knyttet til stemmene, ville gruppetilhørighet kunne tilført henne mer normalisering rundt opplevelsen av hørselhallusinasjoner. Det kunne vært interessant med konkret forskning på individuelle tilpasninger som er gunstige for ulike mennesker som opplever hørselhallusinasjoner. Problemstilling kan for eksempel være:

Hvilke individuelle tilpasninger i kognitiv terapi vil være hensiktsmessige for mennesker med hørselhallusinasjoner?

8.0 Litteraturliste

Berge, Torkil og Arne Repål. 2015a. «Introduksjon til kognitiv terapi». I: *Håndbok i kognitiv terapi*, redigert av Torkil Berge og Arne Repål, 19- 38. Oslo Gyldendal Norsk Forlag

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

Repål, Arne., Kråkvik, Bodil., Grande Marit og Jan I Røsseberg. 2015b. «Psykoselidelser». I: *Håndbok i kognitiv terapi*, redigert av Torkil Berge og Arne Repål, 259 - 273. Oslo Gyldendal Norsk Forlag.

Berge, Torkil., Repål, Arne., Ryum, Truls og Dimitrij Kielland Samoilow. 2015b. «Behandlingsalliansen i kognitiv terapi». I: *Håndbok i kognitiv terapi*, redigert av Torkil Berge og Arne Repål, 39 - 58. Oslo Gyldendal Norsk Forlag.

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

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

Kingdon, David G., Douglas Turkington, Reidar Kjær, Åsta Kravik, and Jacqueline B. Persons. *Kognitiv Terapi Ved Schizofreni*. 2007 Oslo: Universitetsforlag.

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

Malt, Ulrik Fredrik. 2018. *Lærebok I Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Shukla, Priyanka, Debasish Padhi, K. Sengar, Abha Singh, and Suprakash Chaudhury.
2020. "Efficacy and Durability of Cognitive Behavior Therapy in Managing Hallucination
in Patients with Schizophrenia." *Industrial Psychiatry Journal* 30, no. 2 (2021): 255-64.