



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Forståelse og behandling av negative symptomer, hos pasienter med Shizofreni i et kognitivt perspektiv.

Understanding and treatment of negative symptoms, of patients with schizophrenia in a cognitive perspective.

Marianne Kvamseng Aasen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 23.04.2014



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

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 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 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 type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input 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 type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

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

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 23.04.2014

Antall ord:10980

SAMMENDRAG

Oppgavens tema er negative symptomer hos pasienter med schizofreni. Og hvordan man med kognitiv terapi og bedre forståelse av de negative symptomene kan øke livskvaliteten hos pasienter med schizofreni.

Bedret forståelse og behandling av negative symptomer ved schizofreni er viktig ettersom pasienter i denne pasientgruppen forbindes med dårlig funksjonsevne. Når medikamentell behandling for positive symptomer viser seg å ikke ha virkning på negative symptomer, men heller forsterker dem, er det derfor nødvendig at pasientene får et tilbud om psykososial behandling.

Den nyeste forskningen har vist at kognitiv terapi kan ha god effekt på negative symptomer og global fungering generelt, i sammenligning med pasienter som fikk standard behandling. Kognitive modeller antar at de negative symptomene oppstår og vedlikeholdes av dysfunksjonelle tanker, antakelser og holdninger. Disse dysfunksjonelle antakelsene og holdningene er ofte reaksjoner på kognitive svekkelser og traumatiske livshendelser. Gjennom kognitiv terapi får pasientene mulighet til å finne alternative måter å forstå sine symptomer på.

Det er i kognitiv terapi tre sentrale mål man jobber mot, sammen med pasienten:

- Få kontroll over situasjonen.
- Forstå hva som har bidratt til og opprettholder problemene.
- Finne metoder som kan brukes for å forebygge nye problemer.

Jeg vil i oppgaven vil gjennom empiri belyse forståelsesmodeller i forhold til negative symptomer ved schizofreni, og hvordan kognitiv terapi kan være en betydelig faktor i behandlingen av de negative symptomene. Oppgaven belyser også viktigheten av de ulike fasene i kognitiv terapi kan ha for utfallet for behandlingen.

Innhold

1.0	INTRODUKSJON	1
2.0	TEORI.....	3
2.1	Schizofreni.....	3
2.2	Kognitiv terapi.....	5
3.0	EMPIRI.....	12
3.1	Fortellingen om Terje.....	13
4.0	DISKUSJON.....	18
4.1	Hvordan kan man forstå Terjes negative symptomer ut ifra et kognitivt perspektiv?	18
4.2	Hva fungerte bra og hva fungerte mindre bra i min egen tilnærming til Terje? ..	21
4.3	Hva kunne vært gjort annerledes?	24
5.0	Oppsummering og konklusjoner	25

1.0 INTRODUKSJON

Denne oppgaven tar utgangspunkt i en opplevd pasienthistorie, som har endret mitt syn på hvordan jeg som terapeut kan hjelpe pasienter med negative symptomer. Jeg har observert at pasienter med schizofreni tilsynelatende responderer godt på medisinering. De har dermed lange perioder uten vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner, men fortsatt strever mange med negative symptomer. Jeg har ofte undret meg over hva som kan bidra til bedring av de negative symptomene, hos denne pasientgruppen. Når de kan være minst like funksjonssvekkende for vedkommende, som positive symptomer.

Vi vet også at de negative symptomene i verste fall kan forsterkes av de medisinene som gis for de positive symptomene. Kingdon & Turkinton (2007) forklarer at antipsykotiske medikamenter hjelper på de psykotiske symptomene og kan forebygge nye psykoser, men at ikke alle responderer på medisiner, og de negative symptomene påvirkes i liten eller ingen grad av disse medikamentene. De kan til og med forsterke dem.

Da jeg var ute i praksis fikk jeg muligheten til å bruke kognitiv terapi sammen med en pasient med mange negative symptomer. Han hadde en fastlåst hverdag og opplevde nedsatt livskvalitet. Jeg erfarte at kognitiv terapi var noe som fungerte for han, det virket fort, og forandringer kom raskt. Jeg så hvor mye dette betydde for han personlig, og jeg kunne se håp i øynene hans. Det var en sterk opplevelse for meg.

Jeg ønsker å utforske hvordan kognitiv terapi kan bidra til å hjelpe en pasientgruppe med funksjonssvekkelse i form av negative symptomer. Og kanskje bidra til håp og bedret livskvalitet.

Jeg jobber til daglig i kommunens psykiatritjeneste, og har fått erfart hvordan enkelte mennesker med schizofreni fungerer i sitt hjem og i sin hverdag. Selvfølgelig ser jeg at de positive symptomene er en stor utfordring for personer med denne lidelsen. Men jeg har også lagt merke til hvordan negative symptomer som for eksempel sosial tilbaketrekning, følelsesmessig avflatning og noen ganger total isolasjon vanskeliggjør muligheten for en god hverdag og funksjonsevne. I tillegg viser de fleste jeg har møtt symptomer på depresjon. Jeg er derfor nysgjerrig på hva jeg som terapeut kan gjøre for å lette disse negative symptomene hos pasienter med schizofreni.

Problemstilling:

- **Hvordan kan jeg som terapeut forstå og behandle negative symptomer hos pasienter med schizofreni gjennom kognitiv terapi?**

Symptomene ved schizofreni deles opp i positive og negative symptomer. Jeg vil ikke i oppgaven gå inn på behandling av de positive symptomene. Beck (2009) beskriver at det er de negative symptomene ved schizofreni som gir størst funksjonssvekkelse på lang sikt. Jeg ønsker derfor å tilegne meg økt kunnskap om effektive terapeutiske metoder man kan benytte seg av i behandling for negative symptomer ved schizofreni.

Det er de siste tiårene utført en rekke nevrobiologiske studier på pasienter med negative symptomer. Hypotesene har gått ut på at patologiske hjernestrukturer er ansvarlige for utviklingen av de negative symptomene. Det finnes imidlertid ikke to studier som har funnet nøyaktig de samme strukturelle endringene i hjernen (Rosenberg 2009). Det blir spennende å følge med på hva forskere vil finne i nevrobiologien i årene som kommer. Jeg velger i min oppgave å kun fokusere på de de psykososiale forståelsesmodellene som prøver å forklare de negative symptomene ved schizofreni. Menneskene i fortellingen er blitt anonymisert på en slik måte at det ikke skal være mulig å gjenkjenne.

Delproblemstillinger:

- **Hvordan kan man forstå Terjes negative symptomer ut ifra et kognitivt perspektiv?**
- **Hva fungerte bra og hva fungerte mindre bra i min egen tilnærming til Terje?**
- **Hva kunne vært gjort annerledes?**

Litteratursøk. Som primærkilde til kognitiv terapi i forhold til schizofreni, har jeg brukt Aron T. Beck sin bok «Schizofreni kognitiv teori forskning og terapi». Jeg har også benyttet meg av Torkil Berge og Arne Repål sine to bøker om kognitiv terapi. For spesifikk litteratur rundt negative symptom er Kindon & Turkington de jeg har benyttet meg mest av. Jeg har hentet noe fra forelesninger fra skolen, blant annet Trygve A. Bøvre sine forelesninger om kognitiv terapi. Jeg søkte også etter litteratur på Bibsys, samt i utdanningens pensumliste. Jeg har også funnet tips til relevant litteratur i fagartikler og bøker. Jeg har valgt å gå direkte til primærkilde på noe av litteraturen, men har også benyttet meg av sekundærkilder. Jeg søkte også på Google med søkeord cognitive

therapy negative symptoms, jeg fant der et par artikler som belyser min problemstilling. På søkemotoren PSYK søkte jeg den 25.11.13 med søkeord: Cognitive therapy det ga 8411 treff. Negative symptoms ga 1210 treff. Schizophrenia ga 10511 treff. Når jeg kombinerte alle 3 fikk jeg 33 treff, av disse var det to artikler som jeg syntes var interessante.

2.0 TEORI

Valg av psykoterapeutisk perspektiv. Jeg valgte kognitiv terapi på grunn av at det var det jeg anvendte hos Terje i praksis. Terje opplever en vanskelig livssituasjon på grunn av mange negative symptomer. Kognitiv terapi er dokumentert med gode resultater på psykoser, og selv om det mangler forskning på effekten av kognitiv terapi i forhold til negative symptomer viser den forskningen som finnes at kognitiv terapi har god effekt på negative symptomer. Beck (2009) belyser at man anser psykologiske behandlingsmetoder, som for eksempel kognitiv terapi, som et viktig alternativ i behandlingen av pasienter som lider av schizofreni.

2.1 Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig og ofte livslang sykdom som i høy grad er arvelig, der det foreligger en utviklingsforstyrrelse i hjernen. Den første psykosen oppleves som regel i sen ungdomsalder, tidlig voksenliv (Malt 2003). Det er i dag vanlig å dele opp symptomgrupper ved schizofreni i positive og negative symptomer. En slik oppdeling er meget nyttig i den kliniske behandlingen. Med positive symptom menes aktive symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, bisarr eller merkelig adferd (Hagen et al.2007). De negative symptomene viser seg oftest som vansker med å uttrykke seg verbalt og nonverbalt, flat affekt, fattig og spontan talemåte, lite engasjement i sosiale aktiviteter, inaktivitet og isolasjon (Beck 2009).

Det er til enhver tid ca. 20000 personer med lidelsen schizofreni i Norge. Dette er et tall som har holdt seg stabilt i flere tiår, uavhengig av sosiale endringer. (Snoek & Engelstad 2005).

Konsekvenser og behovet for behandling: Schizofreni er en stigmatiserende lidelse som rammer unge mennesker. Kingdon & Turkington (2007) beskriver at mennesker med psykoser, og spesielt schizofreni kan ha opplevd eller kan oppleve å bli stigmatisert eller diskriminert av andre. Dette både fra fremmede, men også venner, arbeidskolleger og naboer. De kan også stigmatisere seg selv. Normalisering er derfor et viktig konsept som innflytelse på stigmatiseringen. Lidelsen gir en betydelig kognitiv svekkelse og er

forbundet med stor menneskelig smerte, for pasienten, pårørende og deres familie og samfunnet forøvrig.

Kostnadene forbundet med schizofreni er store. I 1995 var de årlige kostnadene i Norge kartlagt til 4 milliarder kroner. I 2005 ble den beregnet til å ha økt til 5 milliarder kroner. Det finnes ingen annen enkeltlidelse med sammenlignbare kostnader. Schizofreni alene koster samfunnet mer enn alle kreftsykdommer og mer enn alle hjertesykdommer. Årsaken til den store kostnaden er tidlig debutalder, i mange tilfeller er lidelsen livsvarig med behov for helsetjenester, både fra primær, spesialisthelsetjenesten i store perioder av sitt liv. Lengre sykehusopphold er ofte nødvendig. 10 % av landets uføretrygdede har en schizofreni diagnose (Johannesen 2005).

Ikke alle responderer på medikamentell behandling, og de negative symptomene påvirkes i liten grad av medisiner (Kingdon & Turkington 2007). Man anser derfor at psykologiske behandlingsmetoder, som for eksempel kognitiv terapi, som viktige behandlingsmetoder for personer som lider av schizofreni (Beck 2009).

Tidlig intervensjon anses som viktig, da man ser at det har stor betydning i forhold til prognosene. Det er også viktig for å begrense skadevirkningene på det sosiale livet slik, som tap av jobb og det å miste kontakten med det sosiale nettverket (Kingdon & Turkington 2007).

Negative symptomer: Allerede for 150 år siden ble de negative symptomene ved schizofreni identifisert, de var også sentrale ved de første definisjonene av schizofreni. De negative symptomene kan beskrives som fravær av følelser, uttrykk, fremdrift samt problemer i forhold til det å tenke (Beck 2009).

De viktigste negative symptomene og hva de innebærer kan beskrives slik:

- *Følelsesmessig avflating:* innebærer vansker med å kommunisere emosjoner og å uttrykke følelser gjennom ansiktsuttrykk og stemmeleie. Når det gjelder følelsesmessig avflatning er det viktig å være klar over en rekke andre mulige forklaringer, som for eksempel depresjon eller at personen er i sjakk. Følelsesmessig avflatning kan også være en direkte reaksjon på undertrykkende og nedsettende stemmer eller tanker (Kingdon & Turkington 2007).
- *Alogi:* Innskrenket taleevne beskrives som en treghet til å gi svar, samt et språk som er begrenset med innhold og mengde. Lange pauser i setninger er også vanlig, mangel på tanker eller vansker med å omsette tankene til språk kan være en mulig

forklaring. Angst og opplevelse av press kan forårsake avbrytelser og føre til fullstendig opphør av tanker (Kingdon & Turkington 2007).

- *Avolisjon*: Apati kan forklares som mangel på energi og motivasjon. Dette kan være det mest hemmende og frustrasjonsskapende negative symptomet som assosieres med schizofreni. Personer kan for andre fremstå som lat, doven og inaktiv mens virkeligheten er at stress hemmer både konsentrasjonen og oppmerksomhet for vedkommende (Beck 2009).
- *Anhedoni*: mangel på glede og lyst betegner følelsen av tomhet og redusert interesse i relasjoner og aktiviteter. Symptomet refererer til en primær mangel på følelse av glede og lyst. Det er vanskelig å skille fra depressive tilstander og kan ligne litt på følelsesmessig avflatning (Kingdon & Turkington 2007).
- *Sosial tilbaketrekning* kan være en måte å mestre overstimulering. Det kan være spesielt skadelig med sosial overstimulering, som kan bli en kilde til stress (Kingdon & Turkington 2007).
- *Oppmerksomhetssvikt* kan man ofte observere hos en person som lider av schizofreni. Det finnes belegg for å si at personer som lider av schizofreni gjør det dårligere på nevropsykologiene tester sammenlignet med en kontrollgruppe (Kingdon & Turkington 2007).

Den kognitive modellen for negative symptomer er tuftet på disse måtene å forstå negative symptomer på. Dette innbefatter en forståelse av de beskyttende funksjonene disse negative symptomene kan ha Kingdon & Turkington (2007).

2.2 Kognitiv terapi

«Kognitiv terapi er en øvelse i indre samtale, der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre» (Berge og Repål 2010, 9)

Ifølge Berge og Repål (2010) er det som former kognitiv terapi det som skjer mellom pasient og terapeut under samtale. Essensen i samarbeidet er å finne ut hvordan pasientens problemer fremtrer i hans hverdag her og nå. Pasientens behov og opplevelse av situasjonen her og nå. Det er også viktig at pasienten og terapeuten har en felles forståelse

som grunnmur i behandlingen og er enige om hvilke problemer de skal samarbeide om å løse.

Tre sentrale mål man jobber mot:

- Få kontroll over problemet.
- Forstå hva som har bidratt til å opprettholde det
- Finne metoder som kan brukes til å forebygge nye problemer.

«Kognitiv terapi er først og fremst hjelp til selvhjelp, der pasienten lærer å bli sin egen terapeut» (Berge og Repål 2010, 10).

Under Trygve Børves (2013) forelesning om kognitiv terapi. Beskriver han kognitive tilnærminger som en samarbeidsrelasjon, med fokus på nåtid. Man bruker egne modeller (empirisme) og rasjonalisme (det du opplever kommer fra tankene). Han forklarer også at grunnprinsipper er kognitive og atferds teoretiske og bygges på forskning. Terapeuten bidrar med kompetanse og teknikker. Og Klientens rolle er opplevelse og utvikling.

Terapeutisk holdning. I kognitiv terapi er terapeutisk holdning et viktig fokusområde, det legges stor vekt på at terapeuten skal være ekte, empatisk og ubetinget aksepterende ifølge Nielsen og Lippe (2002). Terapeuten skal vise tålmodighet varme og nærhet, men skal også vise at han er kompetent til å kunne hjelpe pasienten. Ærlighet og åpenhet er nødvendig. Selvavsløringer kan også være et godt hjelpemiddel, både for å bygge en allianse, men også for å korrigere overføringsreaksjoner. Empati er ifølge (Repål og Berge 2010) et sammensatt begrep. Det innebærer både kognitive, kommunikasjonsmessige og emosjonelle aspekter. Terapeuten må her prøve å forstå den andres perspektiv, føle pasientens følelser, for deretter å formidle sin forståelse tilbake til pasienten. Nielsen og Lippe (2002) forklarer at det som aller best kjennetegner en kognitiv terapeut, er den sokratiske spørreteknikken. Da man som terapeut ikke argumenterer, ikke kommer med tolkninger, men i stedet stiller relevante og konkrete spørsmål som får pasienten til å reflektere over egne opplevelser.

Terapeutisk relasjon. Kingdon & Turkington (2007) fremholder at den sentrale prosessen i terapien er hvordan man gjennom tillit og samarbeid bygger opp en terapeutisk relasjon for å skape engasjement. De skriver også at det ofte kan være nødvendig med en periode med smalltalk i starten av terapien. Der man kan snakke om noe som ikke er klinisk, og som kan opprettholde engasjement fra pasientens side. Slik som personlige interesser som fotball, tv, friluftsliv osv.

Engasjement for terapien varierer sterkt fra pasient til pasient, men er viktig for en vellykket terapi. Det kan ofte være utfordrende for en terapeut som jobber kognitivt, å akseptere at pasienter med schizofreni-diagnoser trenger mer individuell tilpasning. Terapeuten kan bli ivrig etter å avdekke kognitive modeller for sosialisering. I likhet med en hvilken som helst annen pasient er følgende elementer viktig i arbeidet med pasienten: ekthet, empati, åpenhet og uforbeholden positiv holdning, respekt for personen og hans

eller hennes symptomer. Varme og humor er også til god hjelp. Det bidrar til at terapitimene blir hyggeligere for både terapeut og pasient, og det blir lettere å ta opp vanskelige tema. Men det er selvfølgelig viktig at pasienten føler at man ler sammen med og ikke av pasienten. Kognitiv terapi ved schizofreni kan være en langsom prosess. Det kan være tilstrekkelig å sette bare et mål for hver time (Kingdon & Turkington 2007).

Stress sårbarhetshypotesen. I kognitiv terapi bruker man i behandlingen sårbarhetshypotesen, det er viktig å finne de individuelle stress sårbarhetsprofilene hos pasienten. Med sårbarhet menes de faktorer som skaper predisposisjon hos den enkelte for utviklingen av sykdommen. Stress viser til situasjoner der det stilles krav til den enkelte personens evne til tilpasning. Når personer opplever stress av betydelig størrelse, vil personens sårbarhet avgjøre om vedkommende reagerer på stresset han opplever med psykotiske symptomer (Hagen et al. 2007). Det vil danne grunnlaget for hypoteser for hvordan pasienten har utviklet psykotiske symptomer, og hvordan de opprettholdes (Kingdon og Turkington 2007).

Negative automatiske tanker: Berge et al. (2003) hevder at negative automatiske tanker er spontane forestillinger og tanker som kommer innen i fra vår bevissthet, og er helt uanmeldte. Disse negative automatiske tankene dukker opp ved ulike hendelser, eller ved spesielle sinnsstemninger og har det spesifikt innhold. Disse tankene blir ofte akseptert som sannheter i vår bevissthet. Vi er ikke vant til å være oppmerksomme på disse tankene som virker inn på oss både kroppslig følelsesmessig og atferdsmessig. Eksempler på slike negative automatiske tanker kan være «ingen bryr seg om meg». «Jeg er mislykket».

Kognitiv terapi ved schizofreni. Kognitiv terapi ved schizofreni har flere faser. Etter en innledende fase med relasjonsbygging, der det bør oppstå en terapeutisk allianse. Går terapien videre til å fokusere på å engasjere pasienten i behandlingen. For deretter å sosialisere pasienten til den kognitive modellen. Normalisering er også viktig. Etter denne innledningen er det naturlig å utforme en kognitiv kasusformulering. Berge & Repål (2010) beskriver kasusformulering som en samling hypoteser rundt hva som kan ha bidratt til, og som opprettholder psykiske problemer hos en person. Dette gir videre grunnlag for behandlingsplan, samt en pekepinn hvordan terapeuten skal samarbeide med pasienten. (Hagen et al.2007) forklarer at i samarbeid med terapeuten vil pasienten sette opp en problemliste og målsetninger for behandlingen. Disse utgjør fundamentet for den videre behandlingen. I avslutningsfasen blir behandlingen evaluert. Er målene nådd og problemene løst?

Kognitiv Modell for negative symptomer. Kognitive modeller har blitt et nytt paradigme innenfor forskningsbasert psykososial forståelsesmodell ved negative symptomer. Aaron T. Bech utviklet først en terapeutisk modell for behandling av depresjon. Dette ble en

foregangsmodell for andre terapeutiske modeller i kognitiv terapi, blant annet den kognitive terapimodellens forklaring på negative symptomer (Kingdon & Turkinton 2007). Dette er illustrert i figur 1 side 9.

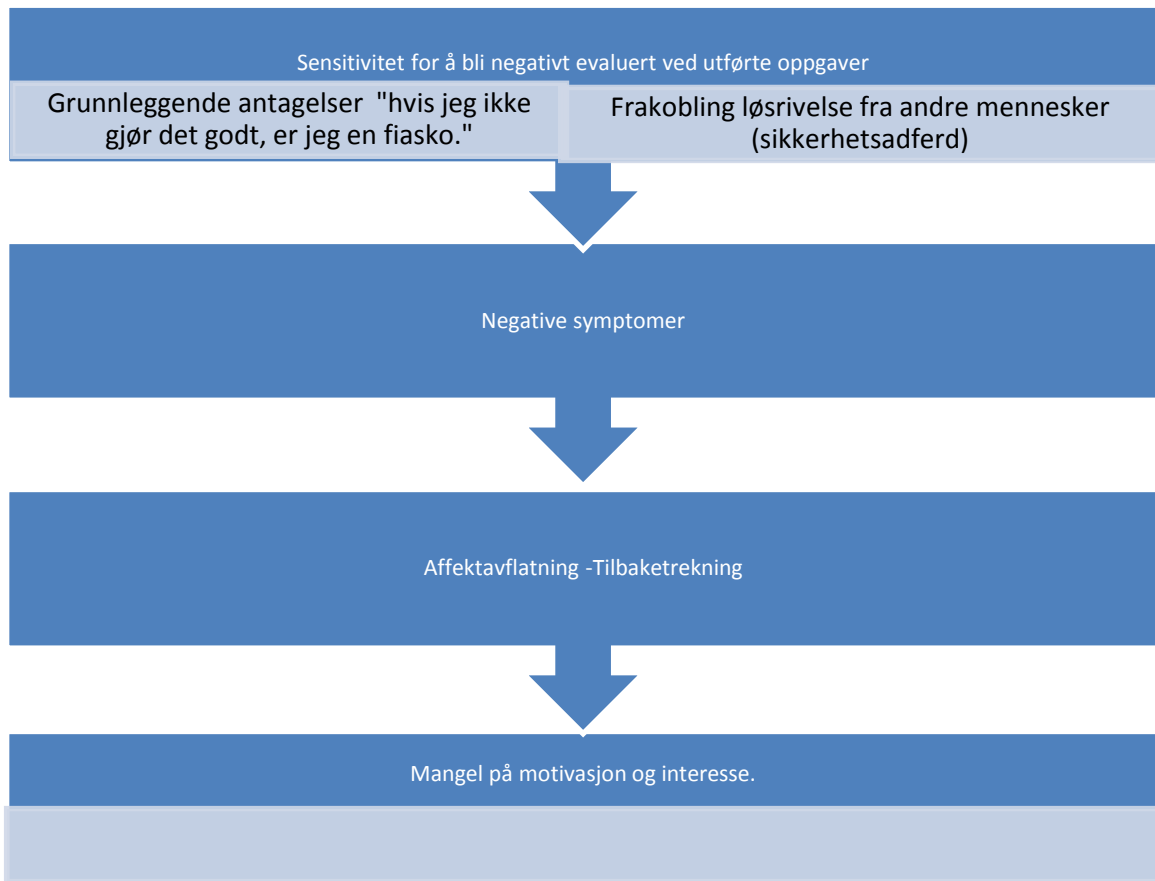
Hagen et al.(2007) forklarer at de negative symptomene ikke kan forklares med redusert intellektuell kapasitet. Beck (2009) antar i den kognitive modellen at sosial tilbaketrekning og fattig tale kan sees ut i fra en form for trygghetsstrategi og en unngåelse av ubehag, for eksempel det å bli negativt evaluert av andre. Slik kan negative symptomer utvikles etableres og forsterkes gjennom en lang historie med positive symptomer på schizofreni.

Kingdon & Turkington (2007) beskriver i sin bok kognitiv terapi ved schizofreni at deres kognitive modell i samsvar med arbeidet til (Blaler 1911) vurderer de negative symptomene ved schizofreni til også å være de mest vanlige symptomene hos mennesker med høy grad av sårbarhet og liten kapasitet til å mestre stress.

Kingdon & Turkington (2007) Den kognitive terapimodellens forklaring på negative symptomer:

- Følelsesmessig avflatning: Noen ganger tilsvarende som ved sjokk, kan være utviklet fra opplevelser av demoralisering, eller relatert til tidligere traumer og kan ha en karakter av forsvar.
- Alogi: kan det skyldes mangel på tanker eller vansker med å formidle dem? Reaksjon på kritikk?
- Anhedoni: Uten håp, nummen og demoralisert
- Sosial tilbaketrekning: En mekanisme for å redusere stress gjennom å minske overstimulering.
- Oppmerksomhetssvikt: Overstimulering, forårsaker svekkelse av konsentrasjon og oppmerksomhet.

Figur 1. Kognitiv modell utviklet av Beck (2004) viser hvordan negative symptomer utvikles som en trygghetsstrategi og unngåelse av ubehag i forbindelse med positive symptomer.



Kingdon & Turkington (2007) beskriver at det lenge har vært kjent at pasienter med negative symptomer gradvis kan varmes opp gjennom en forsiktig, støttende psykoterapi. De mener at kognitiv terapi kan være nyttig der aktivitetsplanlegging introduseres gjennom en vennlig, rolig og konverserende stil. Målsetningene hos denne pasientgruppen bør være meget lav, slik at presset lettes. Pasienten kan bruke tid på å identifisere seg med disse problemene og arbeide mot å mestre stress. Når pasienten begynner å utvikle tillit til terapeut og terapien, vil hun eller han etter hvert begynne å ta avgjørelser som fører til mindre tilbaketrekning. Og pasienten vil engasjere seg mer i sosiale og yrkesmessige sammenhenger. Denne modellen gir et fundament for å bygge på terapeutiske strategier.

Hvordan oppstår de negative symptomene? Kognitiv terapi antar at emosjonelle og atferdsmessige responser oppstår som produkter av tanker, tolkninger og antakelser. I kognitiv terapi er prinsippet at dysfunksjonelle tanker kan modifiseres og erstattes med mer rasjonelle tanker. Behandlingen av negative symptomer baserer seg derfor på

antakelsen om at negative symptomer kan ha et kognitivt grunnlag, samt at negative symptomer blir opprettholdt av pasientens dysfunksjonell tankestil. (Rector et al.2005). De kognitive elementene som kan antas å trigge negative symptomer er:

Negative antakelser om utførelse. Pasienter med negative symptomer bruker ofte sosial isolasjon som en nyttig strategi for å beskytte seg selv mot avvísninger og sosiale feiltrinn. Mange har antakelser om at «isolasjon er det beste for meg» Slike dysfunksjonelle forventninger kan derfor være med på å opprettholde negative symptomer. Pasienten kan tro at isolasjon beskytter individet fra ytterligere stress (Rector et al.2005).

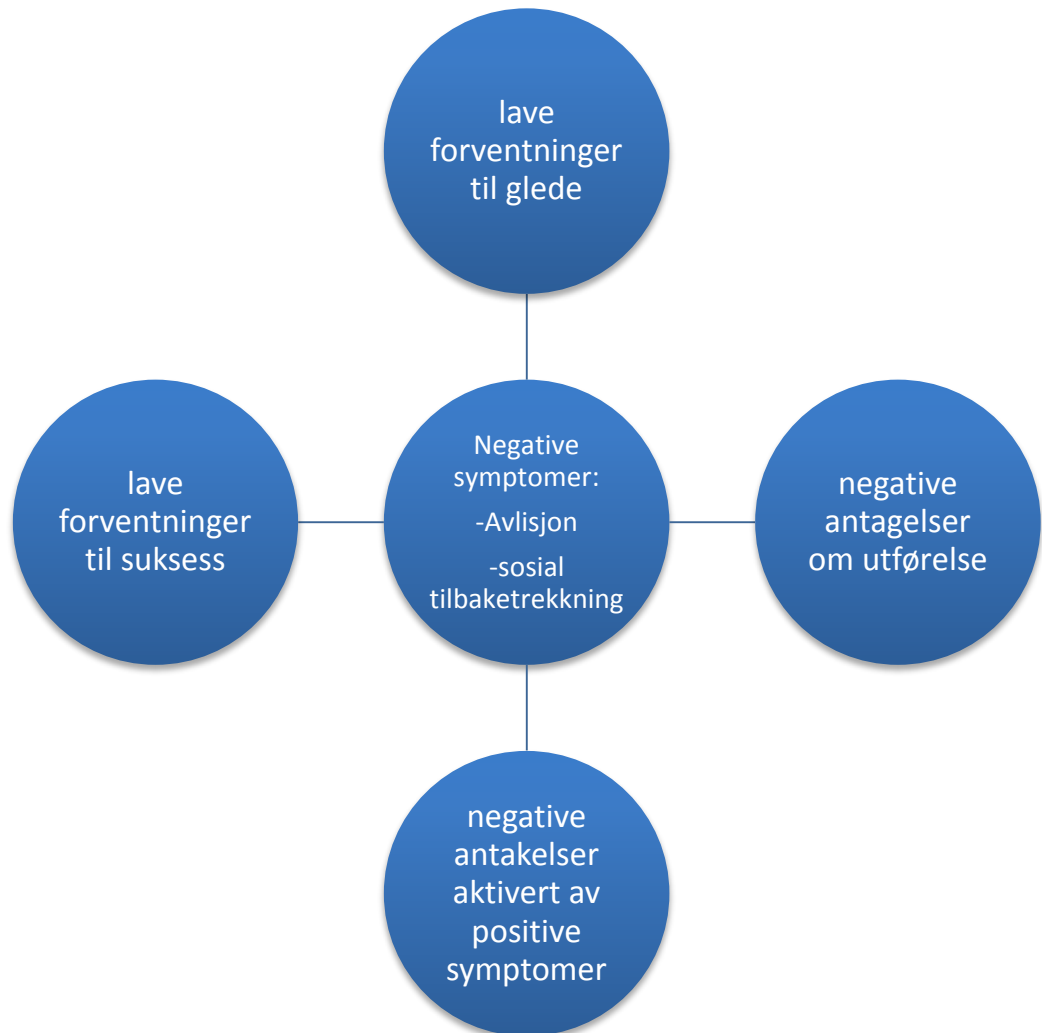
Negative antakelser aktivert av positive symptom. Pasienter med tydelige hallusinasjoner og vrangforestillinger begrenser ofte sin egenaktivitet for å klare å holde styr på tankene sine. Sosial aktivitet trigger ofte stemmene, og kan derfor øke sjansen for at pasienten ønsker å skjerme seg fra de positive symptomene (Rector et al. 2005).

Lave forventninger til glede og velbehag. Personer med negative symptomer over en viss grad uttrykker færre positive og negative ansiktsuttrykk i forbindelse med emosjonelle stimuli, sammenlignet med friske eller pasienter med mindre grad av negative symptomer (Rector et al. 2005). Gjennom dybdeintervju med personer som opplever et stort symptomtrykk på de negative symptomene har man imidlertid avslørt at disse menneskene kan føle glede i like stor grad som andre, men at de ikke forventer å føle glede. Og derfor avstår fra aktiviteter som potensielt kan frembringe glede (Beck et al. 2009).

Lave forventninger på grunn av stigmatisering. Et menneske som opplever å få en schizofreni-diagnose kan oppleve stigmatisering. Det gir ofte mange konsekvenser for den som er syk. Målene som individet hadde for livet sitt er langt unna. Det å se hva andre har oppnådd kan utløse tanker som «jeg kommer ikke til å nå så langt, jeg er verdiløs» (Beck et al. 2009).

Disse kognitive elementene som man antar forsterker utviklingen og opprettholdelsen av de negative symptomer er illustrert i figur 2 side 11.

Figur 2. Diagram over negative symptom og kognitive faktorer:



De viktigste faktorene som fremheves er lave forventninger til glede, negative antagelser om egen utførelse og lave forventninger til suksess (Rector et al.2005).

Effekten av kognitiv adferdsterapi ved negative symptomer. Personer som mottar kognitiv terapi får mulighet til å finne alternative måter å forstå sine symptomer på. Kognitiv terapi er med sine metoder med på å skape håp, motivasjon og kan bidra til at vedkommende lærer seg hvordan man kan løse sine problemer. Kognitiv terapi kan derfor være en terapiform som er med på å forandre måten man tenker på, og stimulerer til refleksjon omkring seg selv. Som behandling sammen med medisiner og andre

psykososiale behandlingsformer kan derfor kognitiv terapi virke positivt inn på pasientenes fungering i hverdagen (Hagen, R i Rishovd Rund(red) 2008).

Sensky,T et al (2000) har foretatt en studie over 9 måneder der det kommer frem av resultatet at man med kognitiv terapi kan oppnå et varig og vesentlig bedring av både de negative og positive symptomene hos pasienter som ikke responderer på ordinær medikamentell behandling.

En ny studie av Grant P.M., Huh, G.A., Perivoliotis, D., Stolar, N.M., & Beck A.T (2011) vurderte hvilken effekt et 18 måneders terapiprogram hadde på den psykososiale funksjonsevnen og på negative symptomer, hos pasienter med schizofreni og lav funksjonsevne. Pasientgruppen som mottok kognitiv terapi opplevde en signifikant bedring i global fungering, sammenlignet med gruppen som bare fikk standard behandling. Forfatterne oppsummerer resultatene av studien med at kognitiv terapi kan være et vellykket tiltak for å fremme betydningsfulle forbedringer i funksjonsevne, motivasjon og positive symptomer hos schizofreni-pasienter med betydelig nedsatt kognitiv evne.

3.0 EMPIRI

Kontekst I forbindelse med videreutdanning i psykisk helsearbeid har jeg hatt praksis i et ACT team. Jeg jobber til daglig i den kommunale psykiatritjenesten. Både i ACT team og i kommunal psykiatritjeneste møter vi pasientene hjemme, på samtalerom ved tjenesten eller vi kan gå eller kjøre turer sammen med pasientene. Vi har også mulighet til å bistå ved handling timer hos lege, tannlege osv. Denne unike friheten i jobben gir en god mulighet til å skape gode relasjoner med pasientene tidligere i prosessen. Å jobbe i et ACT team gir også en unik mulighet til et tverrfaglig samarbeid med de ulike instansene pasienten berører. Tjenesten har blant annet egen psykolog og egen lege. Brukermedvirkning er et tema det jobbes med å ha fokus på i hver eneste relasjon. Vi har mulighet til å følge pasienten over lang tid, og det er stor fleksibilitet med tanke på antall besøk i uka.

Jeg vil i denne oppgaven fortelle om en bruker jeg møtte i praksis. Personene og opplysningene i fortellingen er anonymisert så de ikke kan gjenkjennes. Jeg velger å benytte Terje som navn på pasienten. Terje møter jeg på samtalerom, i bilen samt at vi går tur sammen under en samtale. Vi har av ulike grunner ikke mulighet til å møte han i hjemmet.

3.1 Fortellingen om Terje.

Denne fortellingen handler om flere møter jeg hadde med en mann i midten av 30-åra. Disse møtene fikk meg til å reflektere over hvor effektivt kognitiv terapi kan være, når forutsetningene er tilstede.

Terje har diagnosen schizofreni, er godt medisinert, men har negative symptomer som blant annet fører til at han isolerer seg sosialt.

Terje bor sammen med sin mor. Han benytter rommet han hadde som gutt, men deler også resten av huset med sin mor.

Terje sitter mye inne, og har liten sosial kontakt. Han har i det siste snakket om at han føler seg deprimert.

Jeg har møtt Terje noen ganger tidligere, sammen med en terapeut som kjenner Terje godt. Jeg fikk muligheten til å prate med Terje, og i en av samtalene spurte jeg han om han hadde noe kjennskap til kognitiv terapi, noe han avkrefter. Jeg forklarte han litt hva det er og at jeg godt kunne tenke meg å forsøke kognitiv terapi sammen med han. Jeg forklarte hva jeg håpet å oppnå med det, og hva han kunne få ut av det. Jeg sa også at han ikke behøvde å svare med en gang, men at jeg kunne sende han en sms i slutten av uka. Han svarer ok på den meldinga jeg sendte han.

Det har vært et gjentakende problem i behandlingen at Terje ikke har møtt til samtalene. Jeg forklarer han at det er viktig at han møter på så mange av samtalene som mulig, da kognitiv terapi fungerer best med jevne møter i starten.

Det første møtet. Jeg møter Terje på dagsenteret i et lyst og fint samtalerom.

«Kommer du alene...?» Spør Terje. Jeg bekrefter det. Terje ser litt spørrende på meg. «*Det har alltid kommet to før..*» Han smiler litt. Jeg spør om det er greit for han at det bare blir oss to. «*Ja.... det setter jeg faktisk pris på, blir så stresset når det kommer to.*» Han smiler igjen. Jeg sier at jeg også synes det er lettere å snakke sammen når man er bare to. Jeg sier at jeg synes det er flott at han møtte i dag. Han ser forsiktig bort på meg, smiler sjenert og nikker. Det virker som jeg har fanget hans interesse noe. Jeg forteller Terje at jeg vet litt om han via journal og de som jobber i ACT, men at jeg gjerne vil høre han fortelle litt om hverdagen sin.

«*Jeg sover mye... Har ikke så mye å stå opp for...*» Har det alltid vært sånn spør jeg. *Nei... Jeg hadde en gang et liv..*». Terje forteller så om tiden da han hadde samboer og at de fikk tvilling-jenter sammen. «*Da hadde vi venner... vi gjorde ting sammen med andre...vi var på turer ute i skog og mark. Vi var på fester og møttes hjemme hos hverandre på mat. Jeg hadde faktisk mange venner på den tiden...*» Men så forandret det seg? «*ja... jeg ble innlagt.. ble inne lenge...*». Var det noe som skjedde i forkant? «*ja.. Nei.. det var egentlig*

at jeg tenkte mye på hva søsteren min hadde gjort. Du har vel fått høre det av de du jobber med? Hva som skjedde..» Jeg sier at jeg regner med at han tenker på at søsteren begikk en alvorlig kriminell handling mot en nær slektning av dem. «*ja..»* Hadde du mye tanker rundt det den tiden før du ble innlagt? «*Ja.. Alle tenkte nok sitt når de møtte meg på butikken...*» Jeg spør hva han tror de tenkte. «*De tenkte sikkert at jeg var like ille som søsteren min... At jeg også har det i meg..»*

Terje forteller hvordan selve innleggelsen virket inn på han. Han forteller også at det ble slutt mellom han og samboeren like etter at han ble skrevet ut. Han ble dårligere igjen, og innlagt på nytt. Etter flere år inn og ut av sykehus, forteller Terje at han ble mer stabil på medisiner. Da han kom hjem hadde han mistet jobben. Samboer og barna hadde flyttet ut fra deres felles leilighet. Terje valgte da å flytte tilbake til sin mor.

Jeg kjenner at jeg blir meget berørt av det Terje forteller meg, det begynner å gå opp for meg hvor mye tap Terje har måttet tåle. Fra å være far og samboer med fast jobb og med et nettverk av arbeidskollegaer og venner, til der han er i dag. Han opplever stigmatisering både fra andre og seg selv, ikke bare om hva søsteren gjorde, men også den diagnosen han har fått. Det er vondt å kjenne på, og se på sorgen og tapene hos Terje. For å vise han at jeg kjenner hans tap og smerte, sier jeg: «det må være utrolig vondt for deg å ha opplevd alt du forteller meg her». Vi snakker litt om at det ble naturlig for han å isolere seg etter alt som skjedde.

Å finne mål for terapien. Under det andre møtet kommer vi inn på at Terje for tiden ikke har hørselshallusinasjoner eller vrangforestillinger nå, noe som er ganske vanlig med hans diagnose. «*Nei, det har jeg ikke hatt på flere år, siste gang jeg hadde det var jeg så syk... de sier jeg holdt min mor som gissel... politiet kom for å hente meg..»* Terje blir stille og er tom i blikket. Jeg sier til Terje at det måtte være vanskelig for deg å tenke på etterpå. «*ja... det kan aldri skje igjen.. Jeg kan derfor aldri slutte med medisiner mer.. Det var det som skjedde... jeg sluttet med medisinene..!*» «*Men nå er det ikke sånn lengre, hører ingenting.»* Han smiler litt forsiktig, og ser meg inn i øynene for første gang på lenge. Det virker som han leter etter bekreftelse. Jeg bekrefter for han at jeg ser en helt vanlig mann, at han ikke har noen unormal måte å være på. At han ser ut som, og virker som, en hvilken som helst ung kjekk mann i sin beste alder. Det virker som han stusser litt på det jeg sier. Han blir sittende stille. Faller litt bort. Vi lar det være stille. «*du er lett å prate med, sier han så etter en stund. Du dømmes meg ikke heller» «det virker som du.. nei.. det var ingenting.»*

Underveis i den andre samtalen kommer Terje frem til hva som er det viktigste for han å få hjelp til nå:

1. Å kunne kjenne glede igjen
2. Å kunne dra på butikken handle ferdig.
3. Å ta opp kontakt med venner
4. Å kunne bo i egen leilighet.

Disse fire punktene ønsker Terje å få på plass før han gjenopptar kontakten med sine barn. Noe som er hans høyeste ønske.

Jeg tenker at det er nok for i dag, og spør han om vi kan møtes til samme tid om en uke. Til neste gang får han en hjemmelektse av meg. Han skal gå en liten tur bort fra huset, og etter 15 min skal han snu å gå hjem igjen. Han får også med en liten bok der han skal skrive ned tanker han får før under og etter turene.

Hvem eier prosjektet? Når jeg møter Terje uken etter er han stille når han kommer inn, sier ikke noe. Setter seg ned i stolen, tar frem blokka han fikk av meg sist og rekker den til meg. «*Har ikke skrevet noe her til i dag... Vet ikke hva jeg skal skrive.*» Er det vanskelig å vite hva som er tanker? Terje nikker til det. Forklarer han at det er ganske vanskelig å få tak på tankene.

Jeg skjønnte nå at jeg hadde blitt for ivrig på å komme i gang med hjemmelekse, jeg ville så gjerne at Terje raskt skulle begynne å bli bevisst sine egne tanker. Her kunne jeg ha risikert at Terje hadde mistet troen på meg som terapeut, eller at han skulle tenke negative tanker om seg selv for at han ikke mestret oppgaven. Men jeg merket på han at han fremdeles var motivert til å fortsette.

Jeg brukte timen til å forklare Terje hvordan man kan trene seg på å kjenne igjen tankene sine. Jeg gir han noen eksempler. Jeg forklarer han også om automatiske negative tanker. Jeg gir han også her eksempler, denne gangen om meg selv. Hvordan jeg kan få negative automatiske tanker hvis jeg skubber borti noe som velter, at jeg ser på meg selv som tykk, og at det var grunnen til at jeg veltet noe ned. Forklarer han hvilke tanker som kan komme etter, og hvordan det får meg til å føle meg. Jeg kommer også med konkrete eksempler på hva jeg i gitte situasjoner tenker at andre tenker om meg, og hvilke følelser det gir meg. Terje er tydelig med på hva jeg forklarer, og bekrefter at han kjenner det igjen.

Terje har et ønske om å kunne gå på butikken å handle ferdig. Når Terje føler at andre tenker negativt om han, begrenser det han såpass at han nesten hver gang må dra hjem uten å handle. Vi snakker om tankene Terje får i forbindelse med å gå på butikken.

Negative automatiske tanker. Jeg stiller Terje refleksive spørsmål slik at han kan bli oppmerksom på hvordan han skal kjenne igjen tanker og følelser forbundet med det å gå

på butikken. Du forteller at når du er på butikken opplever du at andre tenker dårlige tanker om deg. «Ja, det stemmer» Hvordan hadde du merket det dersom de ikke hadde tenkt slike tanker om deg? «Nei... det vet jeg ikke..» Husker du tilbake på tiden før du ble syk, hvordan det var å komme inn på butikken da? Hvordan oppførte de seg, og hvordan var ansiktene deres? «Jeg husker de smilte og nikkete for det meste. Jeg pratet jo sammen med dem også» -Hender det at noen nikker og smiler til deg når du er på butikken nå? «Det vet jeg ikke, for jeg unngår å se på dem..» Tror du at hvis du hadde tittet opp, kan det være en mulighet for at noen smiler til deg?

Jeg forklarer Terje at vi nå skal jobbe litt med å se på om de tankene nyttige logiske tanker å tenke. Når du får en følelse av at andre tenker negative tanker om deg, hvordan kan du vite at de faktisk gjør det? «Det kan jeg jo ikke vite.» Hvis de som er på butikken skulle ha tenkt noe annet en tanker, hva tror du at de ville tenke på da? «Hm.. Hva de skal kjøpe kanskje, eller at noe er utsolgt.» hvis de andre tenker det i stedet for å tenke tanker om deg, hva får det deg til å føle? «Da blir jeg lettet»

Vi bruker resten av timen til å snakke om hvordan man kan kjenne igjen slike negative automatiske tanker, og hvordan man kan realitetsteste dem, hvordan man kan stille seg selv kontrollspørsmål om det kan være andre måter å se dette på. Vi snakker også om hvordan man skille tanker fra følelser. Terje skal til neste gang prøve på nytt å gå to korte turer i uken samt skrive ned tanker han får.

Kjenne glede igjen? Vi starter den fjerde terapitimen med å gå gjennom hjemmeleksa fra sist. Han sier at han har gått to turer som avtalt og notert både følelser og tanker i boka. I fellesskap sorterer vi hva som er tanker og hva som er følelser. Bruker timen på dette samt at vi går en tur.

På den femte terapitimen forteller Terje at han har kjent en god følelse i kroppen når han var ute å gikk sist. Og at han får lyst til å gå lengre. Vi blir enige om at han kan øke til en dag til pr uke hvis det føles greit.

Vi går litt videre i dag, og snakker om det som sto øverst på listen over det Terje ønsket å gjøre noe med. Å oppleve glede. Terje snakker i dag litt om hva han savner av følelser. Han husker tilbake på den tiden før alt gikk galt. Da han hadde familie jobb og venner. «Jeg husker at jeg kunne kjenne lukta av nyslått gress, vårsola som varmet i ansiktet, jeg husker hvordan barnelatter fikk hele meg til å boble av glede. Men i mange år nå har alt bare en grå masse. Ingenting trengte igjennom. Jeg kunne ønske å kjenne vårsola varme ansiktet igjen og at varmen hadde bredd seg rundt i kroppen slik som den gang. Jeg kom på denne følelsen da jeg var ute å gikk nå denne uken. Vi snakker litt om at han nå kjenner igjen litt glede, men at han også kjenner på savnet. Jeg bekrefter han med at det er helt naturlig å kjenne en tristhet og et savn etter den følelsen. Jeg forklarer han som tidligere, hva meningen med disse gåturene er. Og stiller han noen sokratiske spørsmål: Hvordan ville du merke det om gleden kom tilbake til livet ditt? Hva var det første du ville ha lagt

merke til? «Jeg hadde kanskje fått lyst til å stå opp om morgenen». «Jeg hadde muligens hørt at fuglene kvitret, for det hørte jeg i går for første gang på lenge». Vi snakker om at det er tegn på at glede er på tur tilbake i livet hans, selv om veien kan være lang.

På slutten av terapitimen forklarer jeg at ACT arrangerer bowling for noen få pasienter. Og hvis han har lyst til å bli med, kan vi dra sammen. Han sier at det tror han ikke han klarer, og jeg sier at det er helt greit. Jeg sier også at hvis han ombestemmer seg, så kan vi ta det på sparket, og at vi kan finne strategier for å dra der ifra igjen hvis det blir vanskelig.

På sjette terapitime rekker ikke Terje å sette seg før han sier at han vil bli med på bowling. «Jeg fikk sånne tanker vet du.. *Sånne negative som vi snakket om.*» Men jeg fant ut at jeg vil prøve å dra på bowling.» «Kjenner jo at de turene ut som jeg ikke maktet før, gir meg litt glede, så det virker jo». Selve bowlingen gikk bra, det virket som Terje hadde det hyggelig. Han var best i bowling av oss som var med, og det var tydelig at han likte det. Vi spilte en hel serie før Terje brukte signalet om at han ville tilbake. På tur hjem snakket om hvordan han opplevde bowlingen. Terje sier han syntes det var gøy, men at han etter hvert kjente at han ble sliten og fikk da en del angst. Han kjente også igjen noen av de negative tankene som vi hadde snakket om tidligere. Jeg forklarer Terje at det er helt naturlig at han ble sliten etter en tur ut med mye stimuli, og at tankene ofte eskalerer når man blir sliten. Jeg sier også at jeg er glad for å høre at han allerede kjenner igjen de negative tankene når de kommer.

Veien videre. Etter hvert som ukene går, har Terje klart å gå på butikken uten å måtte snu. Han er oppmerksom på tankene sine og realitetstester dem. Han har som siste utvei hvis det blir for vanskelig, at han later som han har glemt pengeboka hjemme og derfor må gå hjem etter den.

Her slutter min reise med Terje, men jeg vet at han fortsatt jobber med seg selv gjennom kognitiv terapi og at ACT fremdeles har ukentlige samtaler der de jobber kognitivt. Terje har begynt å snakke med folk han møter på butikken, og tatt opp kontakten med en av sine tidligere venner. Terje har ikke tatt opp kontakten med sine barn enda, da han ønsker et eget sted å bo først. Han har søknad inne på kommunal bolig.

4.0 DISKUSJON

4.1 *Hvordan kan man forstå Terjes negative symptomer ut ifra et kognitivt perspektiv?*

I det kognitive perspektivet er det utviklet en kognitiv forståelsesmodell rundt de negative symptomene hos pasienter med schizofreni (Kingdon & Turkington 2007). Negative symptomer som sosial tilbaketrekning og fattig tale kan sees som en form for trygghetsstrategi og en unngåelse av ubehag. For eksempel det å bli negativt evaluert av andre. Følelsesmessig avflating kan forklares å komme etter et sjokk og kan være relatert til tidligere traumatiske hendelser og kan ha karakter av forsvar (Kingdon & Turkington 2007).

Så hvordan kan jeg som terapeut forstå Terjes negative symptom ut i fra denne forklaringsmodellen? Når det gjelder Terje og hans historie kan det være flere årsaker som ligger til grunn for utvikling av negative symptomer. Da Terje ble innlagt første gang med sterke vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner, var de negative symptomene hans lite synlige. Hos Terje kan starten på de negative symptomene ha begynt da søsteren begikk en grov kriminell handling mot en nær slektning. Det kom selvfølgelig uventet på, og Terje opplevde det som et sjokk. Terje ga uttrykk for at han opplevde skam og sorg i forhold til det som skjedde med søsteren.

Kingdon & Turkington (2007) forklarer at negative symptomer kan være mer vanlige hos mennesker med høy grad av sårbarhet og liten kapasitet til å mestre stress. Terje hadde med seg fra barndommen en økt sårbarhet, da han hadde en mor som var mye psykisk syk. Han opplevde sjokk to ganger i et lite tidsperspektiv. Samt at han en periode på to år hadde mye hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger. Kingdon & Turkington (2007) forklarer at sosial tilbaketrekning kan redusere stress og minke de positive symptomene. Terje ga uttrykk for at han opplevde å bli stigmatisert både fra seg selv og andre. Alt dette har nok bidratt til Terjes utvikling av negative symptom.

Manglende glede og lyst. (anhedoni) Terje har i mange år unngått å delta på noe som tidligere ga han følelsen av glede. «Jeg husker at jeg kunne kjenne lukta av nyslått gress, vårsola som varmet i ansiktet, jeg husker hvordan barnelatter fikk hele meg til å boble av glede. Men nå er alt bare en grå masse. Ingenting trenger igjennom. Jeg kunne ønske å kjenne vårsola varme ansiktet igjen og at varmen hadde bredd seg rundt i kroppen slik som den gang.» Han forteller at han unngår å oppsøke slike situasjoner der han tidligere følte glede. Han sier at han uansett ikke føler noen glede, og at det derfor ikke er noen hensikt.

Rector et al. (2005) forklarer at pasienter som er preget av anhedoni ofte unngår å delta i stimulerende og morsomme aktiviteter, fordi de ikke forventer å oppleve glede under aktiviteten. Problemet ligger i at personen ikke husker eller får med seg den positive opplevelsen ved situasjonen, heller enn at evnen mangler til å føle glede.

Anhedoni kan være vanskelig å skille fra depressive tilstander. Det kan jo hos Terje, handle om overlappende tilstander. Det er mulig at Terje er deprimert, at Terje har utviklet en depresjon etter han fikk diagnosen. Det ville ikke være unaturlig om Terje utviklet en depresjon etter tap av samboer, kontakten med barna, tap av jobben og personer i nettverket sitt.

Som kognitiv terapeut blir det viktig å se helheten av Terje, og hans situasjon. Det er viktig at jeg ikke blir for ivrig, og hiver meg ut i den kognitive modellen med å behandle depresjon. Man må bruke god tid til å bygge en terapeutisk allianse med han. La han få den tid han trenger for å bearbeide alt han har gjennomgått. Det er selvfølgelig store muligheter for at Terje har depresjon som en sekundærdiagnose.

Under samtalen med Terje kommer det frem at han tidligere fant mye glede i å være ute i naturen. Det ble et tiltak vi brukte tid på, vi gikk tur under samtale og Terje fikk i hjemmelekse å gå en liten tur to ganger i uken der han registrerte sine tanker og følelser. Hensikten med dette var at de små gåturene skulle kunne bli kilde til glede og velbehag hos Terje. Samt at han skulle oppleve mestring. Terje hadde selv satt det å kjenne glede igjen som en målsetning.

Sosial tilbaketrekning Sosial isolasjon fungerer ofte som en mestringsstrategi der målet er å redusere stress, å mestre overstimulering. Før ACT hadde startet oppfølgingen av Terje, hadde han i lang tid isolert seg fra omverdenen. Han satt bare inne, mor handlet for han og Terje var stort sett ikke ute på flere år. Nå er Terje på dagsenter en gang i uken, og prøver seg på butikken selv om han ofte må snu på grunn av mange negative automatiske tanker. Vi brukte tid på hvordan Terje skulle bli bevisst sine tanker, og hvordan han skulle skille tanker fra følelser (Berge & Repål 2010) forklarer at for å endre negative tankemønstre er det ofte nødvendig med systematisk arbeid, der man øver på å bli bevisst sine tanker.

Når jeg første gang ga Terje i hjemmelekse å registrere tankene sine tok jeg for gitt at den terapeutiske alliansen allerede var på plass. Jeg kjente ikke tilstrekkelig etter om Terje var klar for og oppfattet hva han skulle gjøre til neste gang. I tillegg hadde jeg ikke snakket tilstrekkelig om hvordan man kjenner igjen tankene sine. Det tar tid å øve seg opp på å kjenne igjen sine tanker, å skille mellom tanker og følelser samt å omforme tanker til ord.

Jeg kunne her risikert å mistet Terje sin interesse. Han kunne ha mistet tilliten til meg som terapeut. Eller at han hadde fått bekreftelse på at egne negative tanker om seg selv stemte. Jeg burde ha startet med en liten overkommelig oppgave slik at Terje opplevde at han mestret. Berge & Repål (2010) beskriver at i kognitiv terapi er det viktig å først presentere noe for pasienten som han lett kan mestre og se at virker. Samtidig som at oppgaven må

komme fra noe pasienten selv ønsker. Dette for å øke pasientens interesse og tro på at terapien kan hjelpe han. Det også er viktig å forklare hva som er hensikten med oppgaven, og knytte dem opp mot målene som blir satt for terapien.

Vi snakket om negative automatiske tanker, og hvordan vi kan realitetsteste dem. Kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer, samt hjelpe han eller hun til å endre uhensiktsmessige tankemønstre som er forbundet med problemene de opplever, og kanskje har bidratt til dem (Berge & Repål 2010). Terje hadde godt utbytte av å tilegne seg denne kunnskapen.

Hvis jeg hadde merket motstand hos Terje, eller at Terje ikke hadde klart å tilegne seg kunnskapen, hadde vi gått tilbake for å finne ut om det kanskje var for tidlig i prosessen hans. Når man har vært gjennom en periode med psykose er symptomene forvirrende i seg selv, og bedring krever tid til å prøve å forstå. Det kan ta tid å akseptere et bilde av seg selv som en psykisk syk person. Kingdon & Turkington (2007) forklarer at hos mennesker med schizofreni som prøver å bli bedre, er det beste å ikke streve for hardt med å hjelpe dem i å eksponere seg. Bare å være tilgjengelig kan være den beste måten å hjelpe dem på. Det er veldig viktig at de får den tiden de trenger til å følge sitt eget tempo i bedringsprosessen.

Grenser opp til en depresjon? Noen av tilbaketreknings symptomene hos Terje er nok knyttet til hans livsendringer. Han har muligens benyttet de som en mestringsstrategi for å unngå eksponering. Det vil være naturlig at Terje opplever å bli deprimert med tanke på alle tap han har opplevd. Alle hans roller er forsvunnet. Rollen som far, rollen som samboer, rollen som yrkesaktiv, rollen som forsørger, rollen som kamerat. Det Terje sitter igjen med slik han selv har gitt uttrykk for, er rollen som syk, og rollen som sønn. Han har også mistet det meste av nettverket, og ser på det som umulig å ta opp igjen kontakten med tidligere venner.

Hvis man ikke tar i betraktning hva som har skjedd i livet til Terje, kan man gå for fort frem å tenke at det viktigste for han er å få endret tankene i forhold at han er deprimert. Depresjon er noe som har hengt seg opp i livet, når livet egentlig skulle tilsies å være greit. I Terjes tilfelle er ikke livet greit. Han har mistet så mye. Sitter igjen med så mye tap og sorg. Man må respektere og vise at han har all grunn til å sørge. Man kan fort feilvurdere og trekke feilslutninger hvis man ikke tar seg tid til å se hele mennesket, og hva de har vært gjennom av belastninger og traumer.

I starten av terapien med Terje var det viktig å bygge en terapeutisk allianse. Han beskriver for meg hvordan han opplevde å bli syk, og alt annet som skjedde rundt han i disse årene. Jeg kjenner at jeg blir meget berørt av det Terje forteller meg, det begynner å gå opp for meg hvor mye tap Terje har måttet tåle. Fra å være far og samboer med fast jobb med et nettverk, til der han er i dag. Han opplever stigmatisering både fra andre og seg selv, ikke bare om hva søsteren gjorde, men også den diagnosen han har fått. Det er vondt å kjenne

på, og se på sorgen og tapene Terje har opplevd. For å vise Terje at jeg kjenner hans tap og smerte, sier jeg at det må være utrolig vondt for deg å ha opplevd alt du forteller meg her. Empati er ifølge Repål og Berge (2010) et sammensatt begrep. Det innebærer både kognitive, kommunikasjonsmessige og emosjonelle aspekter. Terapeuten må her prøve å forstå den andres perspektiv, føle pasientens følelser, for deretter å formidle sin forståelse tilbake til pasienten.

4.2 Hva fungerte bra og hva fungerte mindre bra i min egen tilnærming til Terje?

Kognitiv terapeutisk behandling ved schizofreni består av flere faser. Den første fasen er å engasjere pasienten i behandlingen (Hagen et al.2007). Det var tydelig at Terje hadde fått tid til å bearbeide, for han var motivert for endringer. Vi brukte godt tid på å samarbeide om å kartlegge Terjes problemer i hverdagen. Han fikk snakket om sine behov og problemer slik han opplever det pr i dag. Jeg brukte god tid til å forklare hva kognitiv terapi går ut på, og hva han kan oppnå med å lære seg kognitiv terapi. Jeg forklarte han de tre sentrale målene man jobber mot i kognitiv terapi.

- Få kontroll over situasjonen
- Forstå hva som har bidratt til å opprettholde problemene.
- Finne metoder som kan brukes for å forebygge nye problemer.

I følge Berge & Repål (2008) består den terapeutiske alliansen av enighet om hvilke mål man arbeider mot, hvilke metoder man benytter og et emosjonelt bånd preget av varme gjensidig tillit og fortrolighet som oppmuntrer til målrettet samarbeid. Jeg forklarte Terje hvorfor det var så viktig at han lærte seg å kjenne igjen tankene sine og kunne teste ut om de var sannheter, for at han selv kunne benytte seg av det når han for eksempel skulle på butikken. I følge Berge & Repål (2010) er kognitiv terapi først og fremst er hjelp til selvhjelp, der pasienten lærer å bli sin egen terapeut.

Hagen et al.(2007) beskriver at man som terapeut prøver å normaliserer de psykotiske eller negative symptomene pasienten har. Når det gjelder de første samtalene sammen med Terje, bekreftet jeg hans tanker og opplevelser som normale. At det er normalt å føle skam og skyld, på grunn av det søsteren gjorde. At det også er normalt å føle seg deprimert etter alt han har gått gjennom og alt han har tapt. Vi snakket også om at sosial isolasjon er en nyttig strategi for å beskytte seg selv mot avvísninger og sosiale feiltrinn. Jeg mener denne delen av samtalene våre var meget viktig for at Terje skulle få bekreftelse på at måten han hadde taklet dette på var normalt.

Hvem eier prosjektet? Underveis i samtalen med Terje var jeg oppmerksom på å bekrefte han, både med kroppsspråk og måten jeg snakket med han. Det er en hårfin balanse det å snakke med noen terapeutisk, det er umulig å følge en oppskrift på hvordan man snakker og hva man sender ut av signaler. Det kan være nok å skakke på hodet, heve et øyenbryn, gå litt lysere opp i stemmeleie, vinkelen man setter seg i forhold til den man skal snakke med.

Man kan fort bli for ivrig, å ikke la terapien få den tiden den trenger. Under tredje terapitime med Terje gikk jeg direkte på hjemmelekse for at Terje skulle bli oppmerksom på sine tanker. Hjemmeoppgaver kan øke pasientens motivasjon og innsats, samt styrke den terapeutiske alliansen. Hjemmeoppgaver er et av verktøyene ved kognitiv terapi, og brukes for eksempel ved kartlegging (Berge & Repål 2010). Da Terje fikk i oppgave å registrere sine tanker, oppdaget at jeg vi ikke hadde snakket nok om hva tanker er, og hvordan man identifiserer dem. Jeg ga heller ikke Terje nok tid. Han har opplevd så mye, har vært gjennom store omveltninger i livet sitt, mistet alt opplevd mye sorg og smerte. Det er her jeg som terapeut bør ta meg god tid, ta den tiden det trenger. Alliere meg med han hele veien, skape noe sammen. Det må for Terje komme innenfra, slik at han etter hvert kan hjelpe seg selv. Dette er noe man ikke kan presse frem, det må utvikle seg gradvis.

Man må hele tiden være oppmerksom på hvem sitt prosjekt det er, er det pasientens eller terapeutens? Jeg som terapeut skal ikke fortelle Terje hvordan han kan få det i fremtiden, det er noe som må komme innenfra hos Terje selv, gjennom for eksempel «mirakelspørsmål».

Hvis du hadde våknet i morgen og alle dine problemer hadde vært borte hva var det første du ville ha lagt merke til? Hva var det første du ville ha gjort? Hvem hadde du tatt kontakt med? Dette ville kanskje gitt Terje den motivasjonen han behøver for å få andre tanker og ønsker om sin fremtid. Mirakelspørsmål kan åpne opp diskusjonen om hvordan livet kan se ut i fremtiden om problemene blir borte Berge et al. (2008). Jeg kjenner at det utfordrer meg, jeg har lett for å gå for fort frem og anta at Terje har de samme ønskene for han som det jeg har. Berge et al. (2008) beskriver at motivasjon for endring først og fremst må hentes ut fra pasienten selv. Det å overtale og argumentere gir ofte økt motvilje, mens det å oppleve å ha frihet til å velge kan styrke innsatsviljen. Jeg merket at jeg ofte var på tur til å argumentere og overbevise. Men som oftest klarte jeg å være informativ i stedet, samt stille spørsmål som fikk Terje til å reflektere over hva han likte å gjøre før, samt hva han savner å gjøre. Jeg tror årsaken til at Terje valgte å delta på bowling var at han gjennom spørsmål hadde kommet fram til at bowling var noe han syntes var moro før, noe han var god på og noe han savnet.

Manglende glede og lyst (anhedoni) For å endre negative antakelser og forventninger i forhold til suksess og glede i eget liv kan det være effektivt å bruke hjemmelekse, der pasienten blir bedt om å legge merke til hva som skjer, både tankemessig, følelsesmessig

og atferdsmessig (Beck 2009). Som nevnt tidligere i oppgaven hadde Terje som hjemmeoppgave å gå seg en tur, samt registrere og skrive ned tanker og følelser. Terje forventet i utgangspunktet ikke å kjenne glede ved å gå seg en tur. Men allerede etter den femte uka, sier han at han opplever velbehag etter turen, og at han er fristet til å gå lengre enn de 15 minutter som er avtalt. Beck et al. (2009) belyser gjennom et dybdeintervju med personer som opplever et stort symptomtrykk på de negative symptomene at de kan føle glede i like stor grad som andre, men at de ikke forventer å føle glede. Og derfor avstår fra de aktiviteter som potensielt kan frembringe glede.

Hvis det hadde vært for tidlig i bearbeidelsesprosessen hos Terje, og han ikke hadde vært motivert for endring, hadde vi ventet med hjemmelekse. Da hadde vi brukt samtalen til å bli bedre kjent, og bygge allianse gjennom for eksempel felles interesser. Det har også vært en mulighet for at Terje opplevde sterk angst selv om han var klar for endringer. Da hadde visualisering vært en mulig løsning, og videre gått til eksponeringstrening sammen. Berge & Repål (2010) beskriver at eksponeringstrening handler om å utsette seg for situasjoner eller kroppsfornemmelser som man har lært å frykte for at det fremkaller angst. Under eksponeringstrening skjer det gradvis under trygge omgivelser.

Sosial isolasjon Dette var et symptom som var meget fremtredende hos Terje, han hadde før jeg møtte han fått hjelp til å klare å komme seg på dagsenteret en gang pr uke. Terje synes dette er slitsomt, men at han klarer det. Han sier også noe om at han har det bedre etterpå. Butikken er noe Terje synes er vanskelig på grunn av mye negative tanker som kommer, og at han derfor opplever angst i forbindelse med å handle i butikken. Han føler seg mislykket når han må gå hjem når angsten tar overhånd. Det som vi snakket om i terapitimene angående dette var negative automatiske tanker. Jeg ga Terje eksempel på hvordan man kan kjenne igjen negative tanker som kommer, og hvordan man kan realitetsteste dem. Slik at man etterhvert kan skaffe seg kontroll over situasjonen. Det jeg kunne ha gjort sammen med Terje er å la han øve seg på sosial interaksjon i rollespill sammen med meg. Eller visualisert en tur på butikken under samtalen. Jeg kunne også ha lært han pusteteknikker der man fokuserer på inn og ut-pust for å skifte fokus. Terje takket ja til utfordring om å bli med på bowling etter fem samtaler, dette etter at han hadde gjenkjent sine negative tanker som kom med det samme jeg spurte. «Nå får jeg disse negative tankene igjen» sier Terje, men jeg har lyst til å bli med». Det bekreftet for meg at Terje hadde tilegnet seg måten å tenke på om sine negative automatiske tanker.

Underveis til bowlingen snakket vi om hvilke tanker han kunne få når vi skulle inn i lokalet, hvis det var mye folk der, vi hadde en plan om hva Terje kunne gi til signal til meg om han ville ta en prat alene med meg, eller om han ville dra. Terje sa i ettertid at selv om han kjente på en del angst når han var med på bowlingen, klarte han seg. Han opplevde det som trygt at han bare kunne gi et signal til meg for at han ville dra. Å delta i sosiale sammenhenger er viktig for at pasienten skal erfare at de opprinnelige antagelsene og forventningene nødvendigvis ikke stemmer med virkeligheten (Perivoliotis & Cather 2009).

4.3 Hva kunne vært gjort annerledes?

Jeg ser nå i ettertid at det er noe jeg kunne ha gjort annerledes i mitt møte med Terje. Et av verktøyene som kunne ha vært til god hjelp til å forstå relasjoner mellom Terje og hans problemer er kasusformulering. (Berge & Repål 2008) beskriver at man lettere kan se forbindelsen mellom automatiske tanker og kompenserende strategier hvis man jobber med å utarbeide en kasusformulering.

Kasusformulering. Etter innledningsfasen forsøker man å lage en kognitiv kasusformulering, som en hypotese som tar fatt i pasientens opplevelser av hva som var årsaken til symptomene, og hva som opprettholder dem (Hagen et al.2007). Jeg utarbeidet ikke en kasusformulering sammen med Terje, på grunn av at jeg er urutinert med terapiformen. Hvis jeg hadde brukt kasusformulering som arbeidsverktøy i møte med Terje ville den kanskje sett slik ut:

Predisponerende faktorer: Terje kommer fra en familie med mye psykiske problemer, Terje kan derfor være genetisk disponert. Terje hadde en sårbarhet med seg fra barndommen der han ble utsatt for omsorgssvikt av en mor som også var mye psykisk syk.

Forutgående faktorer: Da Terje var i midten av 20 åra, opplevde han at hans søster begikk en grov kriminell handling mot en nær slektning. Terje hadde da et stabilt liv med samboer, barn og fast jobb. Da søsteren ble dømt og måtte sone i fengsel, hadde Terje fra barndommen en sårbarhet for stress, og utviklet etter hvert en psykose. Terje ble nå innlagt på institusjon, han var over flere år inn og ut av institusjon. Da Terje ble frisk nok til å komme hjem over en lengre periode, hadde samboeren bestemt seg for å flytte fra han og ta med seg barna.

Vedlikeholdende faktorer: Terje har ved gjentatte ganger tidligere seponert sine medisiner. Han har da blitt så syk at han har blitt tvangsinnlagt.

Beskyttende faktorer: Terje har god kontakt med sin mor, han har også kontakt med sin søster. Terje er på dagsenter en gang i uken og har samtaler med ACT en gang pr uke.

Nåværende bekymringer: Terje er bekymret for hva andre tenker om han. Han er bekymret for at han ikke skal komme seg videre i livet.

Tanker: Mange negative tanker om seg selv, og hva andre tenker om han. Han tenker at han er verdiløs, og at han er venneløs. Ingen vil ønske å ta opp kontakten med han. Terje tenker tanker om at andre ser at han er syk, at han ser veldig annerledes ut enn folk flest.

Følelser: Terje har tanker om å ikke være noe vært, han kan ikke brukes til noe. Det er ikke noe vits å prøve, for han vil ikke lykkes i det han prøver på. Det har gått for lang tid. Det er for sent.

Adferd: Terje holder seg stort sett inne. Det hender han går på butikken, men ofte må han snu på grunn av negative automatiske tanker som fører til angst. Terje snur ofte døgnnet, synes det er enklere å være våken når andre sover

Underliggende bekymringer og antagelser: Terje tenker at livet vil forbli slik det er nå. At det har vært sånn så lenge at det er for sent å endre noe.

En kasusformulering er også viktig i forhold til tilbakefall (Gumley 2007). Dersom man forlater terapien og føler seg bedre, men ikke vet hvorfor, kan man neppe snakke om en suksessfull behandling. For dersom man ikke har en modell for å forstå vanskelighetene, hvordan de oppstod og hvordan de blir vedlikeholdt, hvordan kan man da forhindre dem fra å oppstå igjen? Videre er det vanskelig å se hvordan man kan bli motivert for terapi hvis man ikke klarer å se hvordan dette arbeidet er direkte forbundet med vanskelighetene.

5.0 Oppsummering og konklusjoner

Hvilke elementer fra kognitiv terapi er sentrale når det gjelder negative symptomer?

Før man starter opp med behandling i kognitiv terapi er det viktig å bruke god tid på å bygge opp den terapeutiske alliansen, den er helt grunnleggende for at man i hele tatt skal oppnå et positivt resultat. Dette er viktig for å bygge tillit til det du skal jobbe med, samt for at pasienten skal ønske å involvere seg og delta i behandlingen. Personlig opplevde jeg at alliansen mellom meg og Terje vokste for hvert møte. Berge og Repål (2010) hevder at forutsetningen for en vellykket terapi er en god allianse, og at årsaken til at terapien ikke gir gode resultater ofte henger sammen med et ikke tilfredsstillende samarbeid mellom behandler og pasient.

I oppgaven har jeg redegjort forståelse og behandlingsmodeller ved negative symptomer ved schizofreni. Disse modellene har for meg vært viktig for å forstå de negative symptomene. Jeg har gjennom arbeidet med oppgaven forstått at når man skal hjelpe pasienter med negative symptomer må man først ha en innsikt av hvordan negative symptom oppstår, og hva som opprettholder dem.

Selv om kognitiv terapi var riktig å starte med nå til Terje, er det viktig å ikke generalisere det til alle pasienter med schizofreni. Man kan ikke starte med behandling kort tid etter en

psykose for eksempel, dette på grunn av at de negative symptomene har en beskyttende funksjon. Kingdon & Turkington (2007) visualiserer det som et brukket bein. Tar man bort gipsen for tidlig skaper det store problemer for framtiden. En slik skade trenger ro, beskyttelse og tid for å gro, vanligvis mindre tid enn etter en akutt psykose.

De siste årenes har man sett en økning i bruk av kognitiv terapi for pasienter med schizofreni. Det viser seg at mennesker med negative symptomer ofte har en karakteristisk måte å tenke på, de kan ha en lav forventning til glede og suksess. Når man ikke forventer suksess, føler man mindre motivasjon for å delta på stimulerende aktiviteter. Dette fører igjen til et begrenset aktivitetsnivå. Negative tanker og forventninger er faktorer som er med på å utvikle og opprettholde negative symptomer. Kognitive teknikker der man jobber med negative automatiske tanker, normalisering og utforsker tankenes sannhetsverdi kan derfor være effektive tiltak når målet er å redusere negative symptomer.

Jeg fikk i møtet med Terje muligheten til å benytte meg av kognitiv terapi, og fikk jeg se at Terje ble bevisst på sine tanker. Han lærte seg gjennom enkle teknikker å se på tankene sine og realitetsteste dem. Han fikk øynene opp for at hans tanker ikke var sannheter og at de begrenset han mye i hverdagen. Dette merket jeg at han reflekterte over, og tok valg som han tidligere ikke ville ha tatt. Terje begrenset seg mindre enn før. Hensikten med kognitiv terapi er å balansere måten man tenker på gjennom å stille spørsmål. En må da lære seg å se på tankene, ikke gjennom dem. Tanker er kun tanker, ikke fakta (Berge og Repål 2010).

Beck (2009) beskriver at målet med denne arbeidsmetoden ikke nødvendigvis er å ta bort alle symptomene, men å hjelpe pasienten slik at han kan fungere bedre i samfunnet, og kjenne seg mere personlig tilfreds. Skjer dette, kan man også forvente at de negative symptomene etter hvert kan bli svekket.

Man vet at de negative symptomene ved schizofreni er det som er mest funksjonsnedsettende for pasientene. Det blir derfor viktig i det videre arbeidet og forskningen rundt dette å finne gode behandlingsmetoder som fungerer. Negative symptomer gir stor personlig lidelse for pasientene det gjelder, og medfører store økonomiske og samfunnsmessige omkostninger. Det er også en stor belastning for pårørende. Utfallet av den behandlingen vi gir til pasienter med negative symptomer, vil derfor ha stor samfunnsmessig og menneskelig betydning.

Hvis jeg skal være kritisk til kognitiv terapi i forhold til pasienter med negative symptomer, måtte det bli at pasienter med langvarige psykoser kan oppleve reduserte kognitive evner. Om dette er negative effekter av psykosen eller manglende stimulering av hjernefunksjonen på grunn av en passiv livsstil er ikke godt å si. Men den mentale kognisjon kan bli så lav, at man dermed ikke har mulighet til å oppnå Meta kognisjon (kognisjon om vår kognisjon). Klarer man ikke å gå på metanivå, blir det også vanskelig å tilegne seg den kognitive måten å forstå sine tanker på. Men som terapeut må man være oppmerksom på om en pasient responderer intersubjektivt på det du snakker om eller ikke.

Referanseliste

- Beck, A.T, Rector, N.A, Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia. Cognitive Theory, research and therapy*. The Guilford Press
- Berge,T; Axelsen, E.D; Nielsen, G.H; Nordhus, I.H; Ommundsen, R (2003). *Samtaler som forandrer, psykologisk teori i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Berge, T; Repål, A (2010). *Den indre samtalen, lær deg kognitiv terapi*. Utgave 3 Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Børve, T. (2013) Pers. Komm. I forelesingen: kognitiv terapi. 23.01.2013, Høgskolen i Molde.
- Grant, M. P., Huh, A.G., Perivoliotis,D. Stolar,N.M, & Beck,A.T.(2011). Randomized Trial to Evaluate the Efficacy of Cognitive Therapy for Low-Functioning Patients With Schizophrenia *Arch Gen Psychiatry*
- Gumley, A. (2007). Staying well after psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 667–676.
- Hagen,R., Kråkevik,B., & Gråwe.W.R. (2007). Kognitiv terapi ved schizofreni. T.C.Stiles(Red.) *Lidelsesspesifikk kognitiv terapi*. (1.utgave, 15-32). Trondheim:Tapir Akademisk Forlag.
- Johannesen, O.J (2005) schizofreni- klinisk bilde og utbredelse. I: Rund Bjørn Rishovd(red.) *schizofreni*. (1.utgave), 29-45.Stavanger: Hertervig forlag
- Kingdon, G.D. & Turkington, D (2007). Kognitiv terapi ved schizofreni. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nielsen, G.H; Von der Lippe, A.L (2003) *Psykotterapi med voksne, fem perspektiver på teori og praksis*. Pensumtjeneste A/S
- Perivoliotis, D. & Cather, C (2009). Cognitive Behavioral Therapy of negative symptoms. *Jornal of Clinical Psychology*, 65, 815-830.
- Rector,N.A., Beck, A.T & Stolar,N (2005). The negative symptoms of Schizophrenia: A cognitive perspective. *Can J Psychiatry*,50, 247-257.
- Rishovd Rund, B. (2008). *Schizofreni*. Hertervig Forlag
- Rosenberg,R., Jørgensen, P., & Videbech,P. (2009). *Klinisk neuropsykiatri- Fra molekyle til sykdom*. FADL`s forlag. Kap 16.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon,D., Scott, J.L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M.,& Barnes, T.R. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *JAMA Psychiatry*,57, (nr 2), 165-172.

Snoek, J.E; Engedal, K (2005). *Psykatri, kunnskap – forståelse – utfordringer*. Utgave 2
Akribe

Stolar, N., & Grant,P. (2007). Negative symptoms and formal throught disorder; cognitive
characterization and therapy. *Tidskrift for Norsk Psykologiforening*, 44, 555-561.