



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

**Kognitive Terapi til en pasient som har
vrangforestillinger.**

Lynn Anderson

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 20.4.16



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng:

Veileder:

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: 20.4.16

Antall ord: 10963

Sammendrag

Oppgaven min handler om Olav, en ung mann med diagnosen paranoide Schizofreni. Han har paranoide vrangforestillinger og lever i en verden der han tror at «alle er ute etter han». Han har stadig opplevelser som bekrefter disse antagelsene og er redd og har mye angst. Han holder seg hjemme for der er han trygg. Olav forteller at han er deprimert og vil ha hjelp.

Olav er ikke alene og jeg har møt flere som har det slik som Olav. Jeg erfarer at det ikke er så enkelt å hjelpe disse pasientene. Blant annet har de ofte dårlig erfaring fra helsevesenet og er skeptisk til alt former av medisin og behandling. Jeg må bruke langt tid til å bygge allianser med de og må «tre» forsiktig. På grunn av de «skjøre» alliansene er jeg veldig forsiktig med å tilnærme meg pasientens vrangforestillinger. Jeg er redd for å si eller gjøre noe feil som kan ødelegge alliansen. Jeg føler at jeg mangler kunnskap om hvordan jeg kan tilnærme pasientens vrangforestillinger på en god måte.

Kognitiv terapi har visst seg å være en god tilnærming til pasienter med vrangforestillinger Berge og Repål (2011). Terapien tar for seg noe jeg har savnet i andre tilnærminger, nemlig «verktøy», i form av teknikker og metoder som kan brukes sammen med pasienten. Terapien vektlegger den terapeutisk alliansen samtidig som det hjelper pasienten til innsikt og endring Berge og Repål (2004).

Det kognitiv forståelse tar utgangspunkt i at det er kognisjon (hvordan vi tenker) som skaper problemer. Ubehag, negative følelser og negative atferd stemmer fra tankene våre. Tankene våre er påvirket av erfaringer og det er tidligere opplevde negative erfaringer som kan føre til dannelse av negative leveregler om vår selv, andre og verden rundt. I visse situasjoner blir disse levereglene aktivert. Når de er aktiverte feiltolker vi situasjoner og negative automatiske tanker kommer strømmende til bevisstheten Berge og Repål (2011).

Kognitiv terapi er et samarbeide med pasienten. Terapeuten har fokus på pasientens opplevelser og sammen med pasienten identifiseres de uhensiktsmessige antagelser som kan ha skapt og som vedlikeholder pasientens problemene. I et samarbeide finner de fram til mer hensiktsmessige og helsefremmende antagelser som kan redusere pasientens

problemer. Kognitiv terapi handler om å hjelpe pasienten mestre sine problemer slik at livskvaliteten deres blir bedre.

I oppgaven ønsker jeg å tilegne meg kunnskap om kognitiv terapi til pasienter med vrangforestillinger. Målet er at jeg kan bruke denne kunnskapen til å hjelpe Olav og de andre pasienter med lignende problemer. Kunnskapen om kognitiv terapi og Schizofreni har jeg tatt for meg i teori delen og i diskusjons delen forsøker jeg å anvende den nye kunnskapen. I del en prøver jeg å få en kognitiv forståelse for Olavs problemer og i del to forsøker jeg å illustrere hvordan jeg kan hjelpe han ved bruk av kognitiv terapi.

Innhold

1.0 INTRODUKSJON.....	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Litteratursøk.....	2
2.0 TEORI.....	3
2.1 Schizofreni.....	4
2.2 Kognitiv terapi.....	5
2.3 Kognitive mestrings teknikker.....	11
2.4 Kognitive terapi har gode resultater.....	13
3.0 EMPIRI.....	15
4.0 DISKUSJON.....	18
4.1 Hvordan kan jeg forstå Olav og hans vrangforestillinger ut ifra et kognitive perspektiv?.....	18
4.2 Hvordan jeg kan bruke kognitiv terapi til å hjelpe Olav?.....	23
4.3 Kognitive teknikker.....	24
4.4 Oppsummering av del 2.....	28
4.5 Kritikk til kognitiv terapi.....	29
5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER.....	30
5.1 Forslag til videre forskning og fagutvikling.....	30
5.2 Konklusjon.....	31

1.0 INTRODUKSJON

Paranoide Schizofreni er en alvorlig sykdom som rammer mange mennesker. Det er en sykdom med store belastninger for pasienten og for familien rundt den.

Samfunnskostnadene relaterte til sykdommen er store;

«Schizofreni er antakelig dyrere for det norske samfunnet enn både hjertesykdom, kreftsykdom og revmatiske lidelser» og «to og en halv prosent av landets uføretrygdede har en schizofrenidiagnose». (Rishovd Rund 2008, s39)

Jeg jobber som sykepleier i en ambulant team knyttet til en Distrikts Psykiatrisk Senter. Jeg er behandler og har ansvar for oppfølging av pasienter med diagnosen paranoide schizofreni. Behandlingen skjer hjemme hos pasientene og jeg har et tett samarbeid med de psykiske helseteamene ut i kommunene.

På tross av godt samarbeide med først linje tjenesten og tett oppfølging av pasienter så opplever jeg at det er vanskelig å hjelpe disse pasientene. Det er mange faktorer som gjør at behandlingen er utfordrende og vanskelig.

Blant annet er det pasienter som ikke vil ha oppfølging men som er under tvunget helsevern og må ta imot besøk og behandling. De er ofte skeptisk til «behandlere» og alt former av behandling. Det tar tid å bygge en allianse med de og denne er ofte «skjør».

For det andre er det en del pasienter som ikke vil bruke medisin. «*Rates of medication non-compliance in schizophrenia can be as high as 40% to 50%*» (Morrisson et al 2012 s1050). I tillegg til vrangforestillinger har disse pasienter ofte andre symptomer av Schizofreni som kan påvirke og vanskeliggjøre behandlingen.

Psykotiske symptomer er tilstede både hos de som bruker medisin og de som ikke bruker medisin. Berge og Repål (2011) skriver at opptil 10-18 prosent av pasienter opplever psykotiske symptomer tross medikamentell behandling.

Tross utfordringene så klarer jeg å danne gode relasjoner med disse pasienter. Vi kan sitte og drikke kaffe sammen og prate om livet. De kan fortelle at de «har kjøpt seg en ny bukse» og at de «har vært på tur» for å så fortelle at «naboen prøver å forgifte meg». Når en pasienten forteller at «naboen prøver å forgifte meg» eller «Helge er ute for å drepe meg» så blir jeg usikker på hvordan jeg skal møte de. Jeg nikker og jeg bekrefte deres

opplevelse men så føler jeg at det stopper litt opp der. Jeg mangler «verktøy» og en god tilnærming til vrangforestillinger. Hvordan kan jeg hjelpe de videre? Jeg er redd for å si noe feil for da kan alliansen bli ødelagt. Men når jeg ikke sier noe så får ikke pasienten avkrefte vrangforestillingene. Pasientene har av den grunn like mye redsel og angst etter samtalene. Den følelse av hjelpeløshet er jeg nok ikke alene med å kjenne;

«Det snarere er regelen enn unntaket av vi som profesjonelle hjelpere føler oss hjelpeløse i forhold til å føre samtaler omkring psykotiske symptomer» (Berge og Repål 2004 s183).

Vrangforestillinger har en direkte virkning på pasientens atferd og følelser.

Vrangforestillinger som for eksempel «andre kan skader meg» gjør pasienten redd og for å beskytte seg selv så holder de seg hjemme (trygghetssøkende atferd). Men isolasjon fra andre og verden rundt seg kan føre til at vrangforestillinger øker. Samtidig fører isolasjon til at pasienten går glipp av opplevelser som kan avkrefte disse vrangforestillinger. Det hele kan bli en ond sirkel hvor den ene faktor forsterker den andre. En tilnærming som tar tak i den «onde sirkel» og som fokuserer på tanker, følelser og atferd er kognitiv terapi.

Kognitiv terapi er en tilnærings metode Berge og Repål (2011) som har visst seg å være virksomme i behandling av pasienter med vrangforestillinger. Det kognitiv forståelse av vrangforestillinger er at det er «normale tanker» som «ligge på den ekstreme enden av et antagelseskontinuum» (Klausen og Hagen 2008 s3) og «*dysfunksjonelle antagelser og negative leveregler har en sentral rolle*» (Berge og Repål 2011 s457).

1.1 Problemstilling

Hvordan jeg kan bruke kognitiv terapi til å hjelpe en pasient med vrangforestillinger?

Jeg ønsker i oppgaven å belyse hvordan jeg kan forstå pasientens problemer fra et kognitiv perspektiv og med utgangspunkt i den nye forståelsen drøfte hvordan jeg kan bruke kognitiv terapi til å hjelpe han.

1.2 Litteratursøk. Jeg gikk inn i Høgskolen i Molde sin hovedside på biblioteket. Så gikk jeg inn på PUBMED. Først søk «schizofreni» gav 119811 treff. Søkt da «schizofrenia kognitiv therapy» som gav 4721 treff. Forkortet treff videre ved å søke «antipsychotic medication schizofrenia kognitiv therapy» og fikk 667 treff. Så krysset jeg av for publisjoner som var skrevet i det siste 5 årene, da fikk jeg 191 treff. Neste søk «antipsychotic medication schizofrenia cognitive therapy psychosis» gav 85 treff. Jeg fant

min artikkel «Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication» som nr 75 på siden med artikkene nr 61-80.

Hovedartikkelen «Kognitiv atferdsterapi ved psykose» hadde jeg lest før. Jeg husket at jeg hadde lest den på jobb og på i tidsskriftet «Norsk Psykolog Forening». Så da gikk jeg inn på oria.no og søkt tidsskrift for norsk psykolog forening. Da fikk jeg 3198 treff. Så søkt jeg «norsk psykologforening kognitiv atferdsterapi og fikk 34 treff. Når jeg søkt «norsk psykologforening kognitiv atferdsterapi psykose fikk jeg 2 treff og artikkelen var den første.

2.0 TEORI

Begrunnelse for valg av psykoterapeutisk perspektiv. Det er vanskelig å finne gode tilnæringsmetoder til pasienter med vrangforestillinger og jeg har valgt kognitiv terapi fordi forskning Klausen og Hagen (2008), Morrison et al (2011) viser at kognitiv terapi har god effekt på pasienter som har vrangforestillinger. Kognitiv terapi består av faser, hvorav det første fas er den terapeutiske alliansen. Alliansen må på plass før terapien forløper videre. Jeg har en god terapeutiske alliansen med min pasient og derfor er det grunnleggende i kognitiv terapi på plass. Vi har en god fundament å starte på. Når pasienten min liker å reflektere fra før så blir de kognitiv mestrings teknikker en videreføring av pasientens egne teknikker.

Forståelser av psykoser og vrangforestillinger. I oppgaven velger jeg å forstå psykose fra den «symptomparadigme» der det er symptomene og ikke sykdommen som er i fokus. Når det gjelder vrangforestillinger tar jeg utgangspunkt i at de er innenfor det «kontinuumet» av normal atferd Chadwick (2009). Chadwick (2009) går et skritt videre fra den symptoms forståelse og skriver at det ikke er symptomene i seg selv som gir pasienter problemer men at pasientens problemer og ubehaget kommer fra den mening som de legger i symptomene. Kognitiv terapi har en fenomenologisk perspektiv som setter pasientens opplevelse i sentrum. Fokus er på pasientens ubehag og lidelse Chadwick (2009). Terapien er et samarbeidsprosess med et felles fokus for å oppnå endring, den fokus er på følelser og atferd Chadwick (2009). Intervensjoner i kognitiv terapi er basert på den symptoms paradigme mens i forståelsen av hvordan problemene har oppstått går vi ut fra den stress-sårbarhetsparadigme Klausen og Hagen (2008).

2.1 Schizofreni

Ordet Schizofreni betyr «sprukket sinn» og sier noen om at de «*vanligste tankeprosessene og følelsesmessige opplevelsene vi har, ikke henger sammen slik de gjør når vi er i en normal tilstand*» (Thorsen og Johannessen 2008 s8). Det blir vanskelig å skille mellom seg selv og omgivelsene og pasienter mister den «realitetstestende evnen». Hoved symptomene ifølge Thorsen og Johannessen (2008) er; «*tankeekko, vrangforestillinger, stemmer, hallusinasjoner, usammenhengende tale, merkelig kroppslige bevegelses mønstre, negative symptomer som for eksempel tilbaketrekning og mangel/tap av interesser*». (Thorsen og Johannessen 2008 s9)

Paranoide schizofreni og vrangforestillinger. Paranoide schizofreni kjennetegnes av tilstedeværelsen av vrangforestillinger eller hallusinasjoner (positive symptomer). Vrangforestillinger er "unormale" virkelighets oppfatninger og de blir unormale fordi innholdet eller oppfatning "*avviker fra det omgivelsene anser som normale*". (Cullberg 2009, s40).

Paranoia. Min pasient har vrangforestillinger av type «paranoia». Paranoia er en symptom Chadwick (2009) som handler om en tanke at «andre er ute etter å skade en» og den henger tett sammen med følelsen frykt Chadwick (2009). Det kognitive perspektivet legger vekt på at paranoia er knyttet til de «skjemaene» vi tenker ut ifra. (Skjema vil bli omtalt litt senere i oppgaven).

Skjemadrevet paranoia. Pasienten kan oppleve «forfølgelse» som forkjent eller ufortjent alt ettersom hvilke skjema er aktiverte hos dem Chadwick (2009). Dersom pasienten føler at det er fortjent er det «negative selv skjema» aktiv og pasienten kan tenke at det er fortjent fordi for eksempel «de er slem». Når pasienten opplever forfølgelsen som ufortjent er det «negative skjema for andre» aktiverte. Uavhengig av aktiverte skjema så har pasienten en underliggende primær leveregel av at andre kan skader Chadwick (2009). Dette kan være «*en tillært respons på hendelser i livet, vanligvis traumatiske*» (Chadwick 2009 s77). Når vrangforestillinger henger sammen med ubehag så kan det «*reflekterer det underliggende negative selv skjema*» (Chadwick 2009 s21).

2.2 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi er en psykoterapi form basert på Ellis teorier om atferd og læring og var utviklet av Aaron Beck. Kognitiv terapi handler om kognisjon (hvordan vi tenker/tolker) og om at hvordan vi tenker henger sammen med hvordan vi føler og hvordan vi har det. Berge og Repål (2004) skriver følgende;

"Kognisjon er betegnelsen på menneskets kontinuerlige bearbeidelse av informasjon, for eksempel hvordan vi tenker på, forestiller oss eller minnes en bestemt hendelse. Gjennom en stadig pågående indre samtale tenker vi over og ser for oss hva vi opplever, vi kommenterer våre handlinger og forestiller oss hva som kan komme til å skje. Vanligvis skjer dette uten av vi selv er helt klar over det". (Berge og Repål 2004, s 9).

Vi «tolker» verden. Vi tolker gjennom forskjellige «skjema». Skjemaene blir aktiverte i forskjellige situasjoner og når de er aktiverte har de en direkte innvirkning på hvordan vi tolker situasjoner.

(Nielsen og Von der Lippe 2002 s94) skriver;

«Når en hendelse inntreffer, vil skjema som har relevans for den aktuelle hendelsen, bli brukt til å fortolke, klassifisere og analysere hendelsen. Skjema fungerer som et filter som vi opplever verden gjennom. Innholdet i de spesifikke skjemaene har en direkte innvirkning på personens persepsjon, tenkning og hukommelse og de vil i tillegg også påvirke våre følelser og handlinger»

Nielsen og Von der Lippe (2002) bruker begrepet «leveregler» for disse skjemaene og det vil jeg også bruke i min oppgave. Levereglene er «stabil og latent» (Nielsen og Von der Lippe 2002 s94). Men de kan bli aktiverte i forskjellige situasjoner. Når en negativ leveregel er aktivert vil en strøm av negativ automatisk tanker kommer inn i bevisstheten og vi vil begynne å feiltolke situasjoner. Det er 2 typer leveregler, primær leveregler og sekundær leveregler. Jeg tar for meg kun teori om de primære negative leveregler fordi de vil bli refererte til i diskusjons del av oppgaven.

Primære leveregler. Primær leveregler er det indre, kjerne tanker som sitter langt i oss og representere kjerne oppfatninger vi har om vår selv, andre og verden rundt oss. De dannes over mange år og som et resultat av samspill i de relasjonene vi har hatt rundt oss. De kan være positive og de kan være negative. Det er de negative som skaper problemer for oss. Negative leveregler kan for eksempel være: jeg er dum, andre er ute etter meg, verden er

utrygg. Negative levereregler blir dannet som et resultat av negative erfaringer. Omsorgssvikt for eksempel i barndommen eller mobbing kan gi opphav til negative primære levereregler. Negative primære levereregler gir opphav til negative sekundær levereregler Nielsen og Von Der Lippe (2002). De primære levereregler dekker fire hovedområder. «Autonomi («jeg klarer meg ikke alene»), tilknytning («jeg er isolert og forlatt»), egenverdi («jeg er mislykket») og krav («jeg er dum»). Nielsen og Von Der Lippe (2002).

Negative Automatiske tanker. De er lynraske, kortvarige, ureflekterte tanker. De kommer når en negative primær leveregel er aktiverte. De er vanskelig å få tak i og vi akseptere de som gyldige Berge og Repål (2011). NAT også har en direkte negative innvirkning på den negative primær leveregel. De kan bidra til nye levereregler samtidig som de opprettholde de eksisterende. Det er de negative automatiske tanker som ofte skaper problemer for oss. Thingnæs (2007).

Feiltolkninger. Feiltolkninger gjør at vi feiltolker vår selv, andre og verden rundt oss. Feiltolkninger bidrar til opprettholdelse av NAT, negative primære og sekundær levereregler Thingnæs (2007). Vrangforestillinger er Berge og Repål (2011) feiltolkninger på lik linje med andre feil tolkninger og er derfor sterk påvirket av de negative primære og sekundære levereregler pasienten har av seg selv. Vrangforestillinger er *«nå ansett som å ligge på den ekstreme enden av et antagelseskontinuum, heller enn å representere kategoriske abnormiteter»*. (Klausen og Hagen 2008, s2).

Spesifikke feiltolknings typer hos psykose pasienter. Feiltolknings typer som er assosierte med vrangforestillinger Klausen og Hagen (2008) er *«skjevheter i resonnering, selektiv oppmerksomhet, attribusjon og metakognisjon»* (Klausen og Hagen 2008, s2). Andre feiltolknings typer hos pasienter med vrangforestillinger kan være Klausen og Hagen (2008) *«egosentriske skjevheter», «eksternaliserende skjevheter» og «intensjonaliserende skjevheter»*. *«Theory of mind»* har også innvirkning om vrangforestillinger (Klausen og Hagen 2008 s4 545-554).

(Berge og Repål 2011 s457) nevner «overgeneralisering» og «personliggjøring» som feilfortolknings typer ofte sett hos pasienter med psykose.

4 Faser i Kognitiv Terapi. Det er 4 forskjellige faser i kognitiv terapi. Jeg vil ta utgangspunkt i de fasene som Klausen og Hagen (2008) har brukt. *«Etablering av*

terapeutisk allianse, innhenting av informasjon og vurdering av de psykotiske symptomene, Kasus formulering og Intervensjons fasen». I behandling av pasienter med vrangforestillinger Berge og Repål (2011) skal de brukes mer tid i de fasene enn det vi hadde brukt til pasienter med andre lidelser. De forskjellige fasene kan «overlappe hverandre» og noen ganger vil det være nødvendig å gå tilbake til de «forutgående stadier» (Berge og Repål 2011 s459).

Etablering av behandlingsallianse. Den terapeutiske alliansen er grunnleggende i kognitiv terapi Berge og Repål (2011) og særlig er styrken av allianse tidlig i behandling av stor betydning. I alliansebygging med pasienter som har paranoide schizofreni skal terapeuten gå saktere fram og bruke god tid. Faktorer som spiller en roll her er «*symptomutforming og sykdomsinnsikt*» (Berge og Repål 2011 s459). Uansett hvilke stadiet terapien er i skal terapeuten alltid jobbe aktivt for at den alliansen skal bli god Berge og Repål (2011).

Den innledende kontakt handler om "*å bli akseptert av pasienten som en samtale partner*" (Berge og Repål 2011, s460). Til å begynne med skal samtaler være kort og "støttende" Berge og Repål (2011). Terapeuten skal ha "*evne til å tåle, romme og akseptere avvikende opplevelser*", og skal "*lytter til pasientens opplevelse og problemforståelse*". (Berge og Repål 2011 s461). Terapeuten skal ha en ikke konfronterende holdning og vi skal legge vekt på å være konkret og tydelig Berge og Repål (2011). En genuin interesse for pasienten og hans opplevelse vil ifølge Berge og Repål (2011) bidra til at vi formidle håp og øker interesse og motivasjon for behandling. Det er også viktig at vi kan vise pasienten at vi vil dem vel i form av handlinger, f.eks. vi kan kjøre de ned til butikken osv.

Pasientens opplevelse av relasjonen som betyr noe. Det som avgjøre om alliansen er god er pasientens opplevelsen av den Berge og Repål (2011). Egenskaper som pasienten mener terapeuten skal ha for å bygge den gode alliansen er: «*empati, forståelse, respekt, engasjement og positive anerkjennelse samt ekthet/kongruens*» (Berge og Repål 2011 s25). Terapeutene som får gode resultater beskrives av pasienter som «*varme, oppmerksomme, forståelsesfulle og kompetente*» (Berge og Repål 2011 s23).

Empati. Empati innebærer å plassere seg i skoene til et annet menneske. Det er ikke lett å sette seg inn i hvordan det er å ha vrangforestillinger dersom man ikke har hatt de selv. Men vi kan kjenne til hvordan det er å ha sterk angst, være redd og være lei seg og derfor

kan vi sette oss inn i pasientens følelsesmessige opplevelse. Vi møter pasienten på sin følelsesmessige opplevelse og anerkjenne de med en empatisk og omsorgsfull holdning Berge og Repål (2011). Empati stimulere pasientens evne til selvempati Berge og Repål (2011) og når pasienten har selvempati vil det virker inn på sin evne til «*selvmedfølelse, selvbekreftelse og egenstøtte*» (Berge og Repål 2011 s36).

Positiv anerkjennelse og ekthet. Terapeuten ifølge Berge og Repål (2011) skal vise en holdning som er omsorgsfull, positiv og som formidler respekt og bekreftelsen på pasientens «*grunnleggende verdi og selvfølelse*» (Berge og Repål 2011 s 37). Når terapeuten anerkjenne pasienten og er samtidig ekte så kan det Berge og Repål (2011) bidrar til å fremkalle positiv affekt og tilknytning hos pasienten. Anerkjennelsen av pasienten er basert på at terapeuten formidler forståelse av de ubehagelig følelsene som pasienten får av sine psykotiske opplevelse Klausen og Hagen (2008).

Utfordringer i den terapeutiske allianse. Det kan være utfordringer i allianse bygging. Blant annet kan det dreier seg om terapeutens holdning/meninger om psykoser og behandlingen. Dersom terapeuten ikke tror på behandling vil dette ifølge Klausen og Hagen (2008) gjenspilles i møte med pasienten i form av mindre empati og forståelse. Det vil også ha en innvirkning om terapeutens tro på endring hos pasienten. Pasienter kan også ha holdninger og erfaringer som kan skape utfordringer for den alliansen Klausen og Hagen (2008). Noen for eksempel kan være redd for at terapeuten vil misbruke makten sin ved for eksempel å øke medisin dersom de åpner seg om sine vrangforestillinger. Og noen kan være redd for terapeutens reaksjoner når de åpner seg. At terapeuten vil for eksempel avvise pasienten.

Sokratiske spørsmål åpner opp for refleksjon. I kognitiv terapi bruker vi den sokratiske teknikk med sokratiske spørsmål. Terapeuten inntar en «ikke vitende ståsted» og stiller spørsmål som bidrar til refleksjon og undring rundt pasientens opplevelser samt tenkemåter. Den gode terapeutiske samtalen skal stimulere «*til konstruktive og støttende indre samtaler*» (Berge og Repål 2011 s23). Sokratisk dialog brukes for å hjelpe pasienten til å se alternative måter å forstå situasjonen på Berge og Repål (2011).

«*Gjennom sokratisk dialog gis pasienten mulighet til å undersøke; bevisene for sine tanker og antagelser, følgene av disse opplevelsene og fordeler og ulemper ved å se situasjonen på en alternativ måte*». (Berge og Repål 2011 s465).

Denne tilnærmingen er åpne og spørrende i motsetning til konfronterende. Et vanlig spørsmål som blir brukt er: «*hva er det verste som kan skje?*» I følge (Berge og Repål 2011 s465) kan dette være et spørsmål som ingen har stilt pasienten før og den er et godt spørsmål for å få åpnet opp for refleksjon.

Eksempler av sokratiske spørsmål

- 1 Hva gikk gjennom hodet ditt akkurat nå?
- 2 Hva slags følelser hadde du? Hva kjente du da?
- 3 Hva er beviset på at det er 100% sant?
- 4 Har du bevis for at det er slik som du sier?
- 5 Hvorfor tror du at det er slik?
- 6 Hvilke holdepunkter har du for at det er riktig?

Innhenting av informasjon og vurdering av de psykotiske symptomer. I den fasen samarbeider pasienten og terapeuten for å få en felles forståelse av pasientens problemer. Informasjon samlet her blir brukt i den kasus formulering Klausen og Hagen (2008). Vi ser på pasientens problemer «her og nå» og det innebærer «*å se på de kognitive, atferdsmessige, emosjonell og fysiologiske prosesser fra en integrert synsvinkel*» (Klausen og Hagen 2008 s7). Her kan vi bruke den A, B, C modellen for å kartlegge pasientens problemer Berge og Repål (2011). I tillegg ser vi på pasientens livs historie. "*Det er viktig å ha en historisk kontekst som grunnlag for å analysere nåværende vanskeligheter*" (Klausen og Hagen 2008 s7). Pasientens negative livserfaringer skaper negative primære leveregler. I nåtidige situasjoner blir de aktiverte og fører til at pasienten feiltolker eller har vrangforestillingene og negative automatiske tanker.

Kasusformulering. Informasjon innhentet fra den forrige fasen brukes til å lage en kasus formulering sammen med pasienten. Kasus formulering gir en overordnet oversikt over hvorfor problemet har utviklet seg, hva som opprettholder problemet og om hva slags intervensjoner som kan hjelpe Klausen og Hagen (2008). En kasus formulering må være på plass før det kan settes i gang med kognitiv terapi Klausen og Hagen (2008). Formuleringen tar for seg og viser de følgende aspekter; sammenheng mellom pasientens opplevelser og tolkninger, spesifikke symptomer pasienten er opptatt av, hvorfor problemene har oppstått og hendelser fra pasientens fortid som kan ha vært med på

dannelsen av negative primær leveregler Klausen og Hagen (2008). En kasus formulering kan ta utgangspunkt i det følgende modell (Thingnæs 2007 s12-13).

SITUASJON:
AUTOMATISKE TANKE:
HVILKE GRUNNANTAKESE ELLER LEVEREGLER «TRIGGER DE AUTOMATISKE TANKENE:
FØLELSER:
HANDLING/ATFERD:
RELEVANTE BAKGRUNNSDATA: Opplysninger om barndom og oppvekst eller senere erfaring som kan ha betydning for den aktuelle situasjon:
UHENSIKTSMESSIGE GRUNNANTAKELSER: Følelsesmessige negative antagelser, overbevisninger og oppfatninger om deg selv, verden og framtiden som du har dannet deg på grunnlag av erfaringer
LEVEREGLER Avledede antakelser, overbevisninger og oppfatninger som kan være negative eller positive. «Hvis jeg er dum, så er jeg mislykket»:
KOMPENSATORISKE STRATEGIER: Kompensatoriske strategier eller atferd som vi foreta for å takle de uhensiktsmessige antakelsene og levereglene.

Intervensjonsfase. Når pasienten og terapeuten har en kognitiv forståelse av problemene går veien videre til intervensjons fase. Klausen og Hagen (2008) skriver at målet i den intervensjons fasen er å redusere det ubehag og begrensninger som vrangforestillingerene medfører.

Mestring og Mestrings Strategier. Vi kan hjelpe pasienten til å mestre sine problemer ved å bruke forskjellige mestrings teknikker/strategier. I kognitiv terapi finnes det 4 typer mestrings strategier: kognitiv, atferdsmessige, sensoriske og fysiologisk. I oppgaven skal jeg bruke kognitiv mestrings strategier til å hjelpe min pasient. I valg av mestrings strategi skal vi se på pasientens egne mestrings strategier Bjørkly (2015). Har pasienten virksomme strategier fra før kan vi ta utgangspunkt i dem og bygge videre på dem. Drøfting og undring er eksempler av kognitive teknikker brukt i kognitiv terapi Berge og Repål (2011). Som i alle de andre faser er «normalisering» viktig Berge og Repål (2011).

2.3 Kognitive mestrings teknikker

A, B, C modellen. Den A, B, C modellen kan brukes for å kartlegge pasientens opplevelse og for å få til en refleksjon rundt pasientens følelser og negative automatiske tanker. Modellen var opprinnelig utviklet av Beck i behandling av depresjoner og angst. Chadwick (2009) har videreutviklet den til å tilpasse den til pasienter med vrangforestillinger men i oppgaven tar jeg utgangspunkt i Becks modell.

I modellen står A står for activating event (situasjon), B står for believing about (tanker) og C står for consequencer (atferd, følelser, handlinger).

Det kognitiv forståelsen av problemer tar utgangspunkt i at det er ikke (A) hendelsen som skaper problemer men at det er tanken rundt hendelsene (B) som skaper ubehaget Chadwick (2009). Mellom B og C er det spesifikk forbindelser. F.eks.: gode tanker gir gode følelser, tanker om trusler er knyttet til angst osv. Chadwick (2009) skriver at vår tanker/antagelser (B) stemmer ofte fra grunnleggende negative primær leveregler som vi har om vår selv og er resultatet av tidligere negative erfaringer fra f.eks. barndom.

Det er et kjennetegn Klausen og Hagen (2008) at psykotiske pasienter går fra A til C uten å reflektere noe særlig over B. De kommer raskt til sine konklusjoner uten å resonere noe særlig. Av den grunn er den A, B, C modellen et godt verktøy for å hjelpe pasienten å se at det ubehaget de opplever kan være knyttet til måten de tenker på. Pasientens ubehag kan komme Chadwick (2009) av meningen som han legger i vrangforestillingene. Slik at det ikke er selv vrangforestillingene men det er den meningen som pasienten legger i det som medfører ubehaget. Dette ser vi i filmen, "Tankenes kraft" der pasienten tenkte at "hun kom fra en annen planet". Det gav hun mening. Det var ingen som forstår henne fordi hun

kom fra en annen planet. Men det var det som var ubehagelig, at hun ikke tilhørte denne planeten.

Bruk av A, B, C modellen. Før vi begynner med modellen er det viktig at vi «selge» den til pasienten. Vi må også sikre oss at pasienten forstår den Bjørkly (2015). Det kan gjøres ved at vi starter modellen ved å ta utgangspunkt i en situasjon som gav pasienten positive følelser. Da blir ikke den så konfronterende samtidig som pasienten kan se sammenheng mellom tanker og følelser. Når vi skal bruke modellen til å ta opp en ubehagelig opplevelsen så starter vi på ubehaget (C) og vi skriver ned de følelsene eller og atferden pasienten hadde i situasjonen (A). Vi møter pasienten på hans ubehag, anerkjenne den og viser forståelse for det. Vi bruker åpne, reflekterende sokratiske spørsmål for eksempel;

«Hvordan kjennes det ut for deg? Hvordan opplever du det? Hvordan er det å ha det slik?»

I bearbeiding av emosjonelt ubehag er det viktig Bjørkly (2015) med affektinntoning, utlufting og utredning. Vi skal «inntone» oss i pasientens opplevelse, anerkjenne og viser empati. Pasienten må få «lufte affektene» uten at vi bryter inn, at de kan beskrive og snakke fritt om sine opplevelser. Utredning kommer etter hvert og vi kan spørre f.eks. *«hva hadde din drømme situasjonen vært?» «Hva hadde du gjort dersom han ikke var ute etter deg?»*

Etter å ha brukt god tid på undring og refleksjon rundt ubehaget så glir samtalen ofte naturlig over til de tankene pasienten hadde. En undrende og ikke vitende ståsted hos terapeuten samt åpne spørsmål kan hjelpe pasienten til å identifisere tankene han hadde.

Terapeuten må hele tiden anerkjenne pasienten og prøve å sette seg inn i hans sin verden. Spørsmål som *"er det riktig at jeg forstår det slik at" "Så når du tenker at.....så kjennes det ubehagelig...er det det du mener, har jeg forstått deg riktig?"*

Ved å reflektere sammen med pasienten over disse tankene kan vi hjelpe pasienten til å se at det er en forbindelse mellom tankene han har og følelsene som kommer.

Utforske vrangforestillinger. Utforskning av vrangforestillinger kan bidra til at de mister litt av sin negative effekt på pasientene. Klausen og Hagen (2008) foreslår at det er greit å starte med vrangforestillingene som pasienten holder fast i med minst overbevisning.

Terapeuten skal være nysgjerrige og undrende over hva det er som gjør at pasienten tror på de. Fokus skal ikke dreie seg om selve vrangforestillingen men om evidens og informasjon som pasienten har som får han til å tenke slikt Berge og Repål (2011). Vi skal hjelpe

pasienten samler bevis for vrangforestillingen og skal ta med oss alt informasjon som støtter den. Det kan virke unaturlig å samle bevis på en vrangforestilling men som Klausen og Hagen (2008) skriver så har de ikke opplevde at en samtale rundt de har ført til at pasientens symptomer har blitt verre.

Når beviset er samlet for vrangforestillingen kan terapeuten og pasienten «undersøke den interne konsistensen og riktigheten av forestillingssystemet». (Klausen og Hagen 2008 s11 545-554). Sokratiske spørsmål som for eksempel «hva betyr det for deg?» kan være med på å få i gang en refleksjon over betydningen av vrangforestillingen for pasienten. Vi prøver å finne ut av meningen som pasienten legger i de.

Etter å ha undersøkte holdepunktene som veier for og imot vrangforestillingene kan vi hjelpe pasienten til å finne alternative måter å forstå situasjonen på. Klausen og Hagen (2008) skriver at her er det viktig å lande på en forståelse som pasienten kan være fornøyd med og som ikke gir de like mye ubehag som de opprinnelige fortolkninger.

2.4 Kognitiv terapi har gode resultater

Jeg avslutter teori delen med å ta for meg forsknings resultater fra artiklene som viser at kognitiv terapi er en god terapi for pasienter med vrangforestillinger.

Studier viser at psykose pasienter har gode effekt av Kognitiv Terapi. Klausen og Hagen (2008) skriver;

«Effektstørrelse på 1.31 ved KAT kombinert med «vanlig behandling» («routine care»), mens den gjennomsnittlige effektstørrelsen for støtteterapi kombinert med «vanlig behandling» var 0.63. Den kliniske bedringen i forhold til positive symptomer ble også opprettholdt gjennom en oppfølgingsperiode, der effektstørrelsen var 1.48 for kognitiv atferdsterapi kombinert med «vanlig behandling» og 0.64 for støtteterapi kombinert med «vanlig behandling»» (Klausen og Hagen 2008 s13).

Pasienten som oppgaver handler om bruker ikke medisin og av den grunn var det viktig for meg å finne forskning som kunne vise gode effekter av terapien hos pasienter som ikke bruker medisin. Artikkelen «Cognitive therapy for people with a schizofrenia spectrum diagnosis nto taking antipsychotic medication» av Morrison et al (2012) skriver om de følgende positive resultater av kognitiv terapi hos pasienter som ikke bruker medisin.

«T tests and Wilcoxon's signed ranks tests revealed significant beneficial effects on all primary and secondary outcomes at end of treatment and follow up.....Cohen's d effect sizes were moderate to large (for PANSS total, $d=0,85$, 95% confidence interval (CI) 0.32-1.35 at end of treatment; $d=1.26$, 95% CI 0.66-1.84 at follow up».

(Morrison et al, 2008 s1049).

Berge og Repål (2011) skriver at kognitiv terapi har god effekt særlig med de pasienter som har psykotiske symptomer på tross av medikamentell behandling.

3.0 EMPIRI

Min oppgave tar utgangspunkt i en pasient situasjon fra virkelighet. Jeg har anonymisert informasjon slik at det ikke skal kjennbart til noen.

Olav. Olav er en ung mann med diagnosen paranoid schizofreni. Han har vokste opp i en liten bygd og er mellomste barn i en søskenflokk på 3. Foreldre er skilt men han har kontakt med begge 2. Olav har sagt at skilsmissen var vanskelig. Det var mye kranling og faren flyttet ut og langt vekk fra Olav. Det var noen år de ikke hadde kontakt. Olav var en «vanlig» gutt på skolen men hadde ikke så mye venner. Han var mobbet på skolen. Olav har gode kunstnerisk evner og gikk på kunstscole. Han sier at problemene hans startet der fordi han begynte å røyke hasj. Han gjør det for å dempe angst men han fikk fort problemer. Problemer med å omgås og forholde seg til andre og til skolen. Han røykt hasj i en flere år før han fikk sin første psykose.

De siste årene har Olav vært innlagt både på tvang og i senere tid frivillige. Han har hatt noen perioder med tvangsmedisinering. Han er imot medisin. Det er 2 år siden han sluttet med medisin. Han bor i en kommunal leilighet og holder seg for det meste der. Han er kun ute for å handle mat eller besøke mor. Han har ikke noe venner, ingen jobb og deltar heller ikke i noen aktiviteter. Olav opplever «at alle er ute etter han» og han forteller meg stadig om opplevelser han har som bekrefter antagelsen. I disse opplevelsene er han redd og har angst. Hjemme føler han seg trygg men han sier at livet er meningsløs og kjedelig. Han føler seg deprimert og sier at han ønsker seg et bedre liv, et liv der han kan dyrke sine interesser.

Jeg har kjent Olav i 4 år nå og de siste 2 årene har jeg besøkte han en gang i uke. Vi er godt kjent og har en god terapeutisk allianse. Olav er åpen med meg om sine opplevelser. Narrativ tar utgangspunkt i en samtale mellom Olav og meg.

Den knust el sigaretten. Jeg er hjemme hos pasienten. Han sitter i god stolen sin og røyker på el sigaretten sin. Jeg spør «*hvordan går det med deg?*» «*Jo, sier han, det går greit*» så ser han ned. Han ser litt oppgitt ut så forteller han; «*Jeg måtte kjøpe meg en ny el sigarett fordi min andre ble knust av en fyr i butikken*» så blir han litt mer opphisset og fortsetter «*det var helt utrolig, han dro det ut av lomma mi og knust den i tusen stykker med føttene sine*». «*Kan du si noe mer om det?*» spør jeg «*hvordan skjedde det?*»

Pasienten forteller, «*jeg skulle inn på butikken og idet jeg skulle inn gjennom døren så kom han, skubbet bort i meg, tok el sigaretten fra lomma mi og knust den med vilje*», så ser han ned som om han er lei seg. «*Oi det var jo ikke bra*» sier jeg «*Tror du at han gjør det med vilje?*» spør jeg. «*Jo, klart han gjorde det, det er slik folk er her skjønner du*» sier han. «*Hvorfor er folk slik her?*» spør jeg. «*Det er bare slik, folk er bare ut etter å gjøre andre vondt, jeg vet ikke hvorfor men det er bare sann.*» svarer han.

Jeg ser at pasienten begynner å bli irritert på spørsmålene mine så jeg la det ligge. Men jeg føler at han sitter igjen med en grunnleggende opplevelse av at «alle er ute etter han» og at jeg har ikke hjulpet han med å avkrefte det. Jeg vet ikke hvordan jeg skal tilnærme meg. Jeg har ikke lyst å si at det ikke er sånt fordi jeg vet at for han så er det slik det var og det kan jo være sant. Jeg har tenkt en stund nå at siden Olav liker å snakke og fortelle om sine opplevelser at kognitiv terapi kunne ha hjulpet han.

En innføring i kognitiv terapi. I samtaler med Olav så forteller han om ubehagelig opplevelser. Han konkludere at de ubehagelige opplevelser er fordi «alle er ute etter han» og at «andre vil ødelegger for han». Jeg bestemmer meg for å fortelle Olav om kognitiv terapi.

«*Olav jeg har lyst å fortelle deg litt om kognitiv terapi, er det greit?* Olav svarer med: «*Har du lært noe nytt på skolen?*» og smiler. Jeg ler og spør han om jeg kan si litt om det. «*Jo*» sier han.

Jeg tok det enkelt og forklarte han om at terapien dreier seg om kognisjon, også på måten vi tenker på og at det har en sammenheng med våre følelser og atferd. Jeg fortalt at måten vi tenker på stemmer fra og er forankret i måten vi opplever vår selv og verden på og at det er påvirket av tidligere erfaringer. Han følger med. For å illustrere at følelser henger sammen med tanker fortalt jeg han at når jeg hører noe morsomt så blir jeg glad. Når jeg ser trist ting på nyheter så blir jeg lei meg. Olav lyttet og nikket når jeg spurt han om han skjønnte det jeg snakket om.

Jeg brukte meg selv som et eksempel når jeg skulle forklare han om hvordan vi fortolker verden rundt oss og fortalt han om en situasjon. «*En dag vinket jeg til ei venninne og hun vinket ikke tilbake. Jeg ble lei meg og tenkte at hun ikke likte meg lengre og da begynte jeg å lure på hvorfor*». Jeg fortalte han at jeg var lei meg men så når jeg brukt kognitiv terapi på meg selv og prøvde å finne andre forklaringer til hvorfor hun ikke vinket tilbake så kom

jeg på at en grunn kunne være at hun ikke hadde på seg briller. Når jeg tenkte slik så var ikke jeg så lei meg lengre. Det lærte meg at jeg kunne hoppe fort til konklusjoner og at det var lurt å tenke litt mer før jeg konkluderte noe. Jeg sa til Olav at dette er noe som alle gjør og at det er normalt. Men at det kan være greit å reflektere litt mer over måten vi tolker hendelser på fordi det påvirker våre følelser og dersom vi er lei oss eller føler deprimert så kan det være greit å reflektere over de tanker vi har. Pasienten svarer *«er det meg du snakker om?»* «Nei» svarer jeg, *«jeg snakket om meg selv for å illustrere at måten vi tenker på påvirke hvordan vi har det. Og at noen ganger kan vi tolker feil»*. «Hmm» svarer pasienten. Det er litt slik vi jobber når vi jobber kognitiv. At vi reflektere litt rundt de tankene vi har. *«Kunne du ha tenkte å ha jobbet litt kognitiv?»* spør jeg. *«Det går an»* svarer han. Før vi drar denne dagen så spør jeg han om hvem han stoler på i denne verden. Han sier familien (mor, far og søsken), Tom fra psykiske helseteam samt min kollega og meg.

4.0 DISKUSJON

Diskusjons delen har jeg delt i to. I den første delen vil jeg prøve å forstå narrativt fra et kognitiv perspektiv. Det er nødvendig å få en forståelse av faktorene som kan ha ført til problemene, som opprettholder problemene og om hva slags intervensjoner som kan hjelpe Olav. Den andre delen av diskusjonen vil dreie seg om hvordan jeg kan bruke kognitiv terapi i de forskjellige fasene til å hjelpe Olav.

4.1 Hvordan kan jeg forstå Olav og hans vrangforestillinger ut ifra et kognitiv perspektiv?

«Kognitiv atferdsterapi ved psykoser innebærer å samtale med pasienter om symptomene og deres vanskelige livssituasjon, og å forsøke å forstå denne type problemer ved hjelp av en kognitiv formulering av psykosen» (Klausen og Hagen 2008 s2).

Del en: En kognitive forståelse av narrativt.

Kognitiv komponenter - Skjevheter i kognisjon. Jeg kjenner Olav godt og vi har en god terapeutisk allianse. Gjennom samtaler har det vært tydelig for meg at Olav har en del feiltolkninger. Hans hoved tanke/opplevelse er at «alle er ute etter meg». Jeg skal drøfte de andre typer feiltolkninger som kommer ut fra narrativt.

Resonnering. I denne situasjon Olav forteller om (a) kom en mann og knust hans el sigarett med vilje (c) han ble sint og lei seg fordi (B) alle er ute etter han. Det kan tyder på at Olav resonnerer lite før han kommer til sin konklusjoner. Det er et kjennetegn hos pasienter med vrangforestillinger, at de hopper fra A til C uten å reflektere noe særlig over B. En som resonnerer mer ville ha kanskje ha tenkte at (a) den mannen kom bort i meg og el sigaretten knust men de ville kanskje tenke (b) det var en uhell, eller mannen var blind, eller at det var jo min feil, jeg stå i veien. Følelsene hadde vært annerledes (C) dersom du hadde trodde at mannen var blind, da hadde det ikke vært naturlig å være sint.

Selektiv oppmerksomhet. Det kunne ha skjedd hyggelige ting denne dagen Olav hadde den ubehagelig opplevelsen i butikken men Olav har sin fokus/oppmerksomhet på det som er negative. Alt som er negativ blir veiet hans oppmerksomhet og det blir på en måte en slags bekreftelse på hans grunnleggende oppfattelse (negative leveregel) om at «alle er ute etter han». Erfaringer som tyder på det motsatt veies ikke oppmerksomhet fra han.

Attribusjon. Olav har lett å attribuere hendelser som «andres sin feil». F.eks. Det var mannen som tok fra han en sigarett og knust den (med vilje). En som ikke attribuerte hendelser slik ville ha kanskje tenkt at: «jeg hadde den ikke ordentlig ned i lomma mi så det var i grunn ikke så rart at det datt ut».

Egosentriske skjevheter (irrelevante hendelser blir gjort selvrelevante)

/personliggjøring. Når jeg prøvde å fortelle Olav om en situasjon som dreide seg om min opplevelse så tenkte han at det gjaldt han, det er en personliggjøring. Og når mannen kom bort i Olav fordi han var ute for å ta han er også en personliggjøring. En annen som ikke hadde slike feiltolkning kunne ha tenkt at det var tilfeldig at mannen kom bort i meg.

Intensjonaliserende skjevheter (pasienten attribuerer onde og fiendtlige intensjoner til andre menneskers handlinger). Denne type feilfortolkning er veldig fremtredende hos pasienten. Uansett hendelser så attribuere han de til at andre ikke vil han vel og at de har fiendtlige intensjoner mot han.

Overgeneralisering. Det at Olav har en general oppfatning av «at alle er slik» er en overgeneralisering. Uten å resonnerer kommer han fort til beslutning i at «alle er ute etter han». Etter at han ble tvangsinnlagt av politiet så sier han at «alle politiet er korrupt». Han overgeneraliserer også når det kommer til medisin og sier at alt medisin er «gift» for kroppen.

Kognitiv, atferdsmessig, emosjonell og fysiologisk komponenter i Olavs problemer

Atferdsmessige komponenter. Pasienten isolere seg, har ingen kontakt med venner og lite kontakt med familien. Han er kun ute for å handle.

Affektiv komponenter. Pasienten han har en overordnet følelse av å være deprimert. I situasjonen som han forteller om så var han, redd, lei seg og irritert.

Når vi setter disse sammen i en A, B, C modellen er det lettere å se.

SITUASJON (A)	TANKER (B)	FØLELSER (C)
Mannen tar fra meg el sigaretten og knuser den med vilje	Han var ute etter meg Alle er ute etter meg Jeg er utrygg Det er farlig å være ute	Lei seg, irritert, redd, angst, deprimert ATFERD Holder seg inne. Minst mulig kontakt med andre.

Ut i fra en kognitiv forståelse av hans nåværende problemer kan vi se at det er en sammenheng mellom hans tanker, følelser og atferd. Han tenker at hele verden er ute etter han, det gjør at han er deprimert, engstelig og redd og for å beskytte seg selv så holder han seg inne (trygghetssøkende strategi). Men denne atferden opprettholder den negative sirkelen. Når han holder seg inne så er han trygg men så blir han deprimert fordi han er ensom og ikke har noe hyggelige å gjøre. Når han holder seg inne kan han også gå glipp av erfaringer som kan motbevise hans negative oppfatninger av andre.

Negative primære leveregler. Pasienten hadde få venner på skolen, han var mobbet og han opplevde foreldres skilsmisse som vanskelig. Faren som han hadde et godt forhold til flyttet ut av huset og langt vekk til en annen del av landet. Disse negative hendelser kan ha ført til at det har blitt dannet negative primære leveregler hos pasienten. Mobbingen kan ha ført til at han har negative primær leveregler om seg selv, for eksempel «jeg er ikke verdt noe», eller om andre «du kan ikke stole på andre» og om verden «verden er utrygg». Når Olav svarer at han «ikke vet hvorfor folk er slik» og «slik er folk bare» så kan det tyder på at han opplever hendelsene som «ufortjent». Chadwick (2009) skriver at når pasienten opplever hendelser som «ufortjent» så er den «negative andre skjema» aktiverte. I butikken så kan det være at «den negative andre skjema» var aktiverte og det førte til at han feiltolket situasjonen og ga opphav til en strøm av NAT i bevisstheten hans.

Negative Automatiske tanker. Den A, B, C modellen kan jeg bruke sammen med pasienten for å kartlegge hans NAT i denne bestemte situasjon. I modellen har jeg skrevet de NAT som han kunne ha hatt i situasjonen. Jeg skal skrive i del to hvordan jeg vil spørre han om de tankene han hadde.

Vrangforestillinger. Denne grunnleggende antagelse av at «alle er ute etter meg» kan ha mening for pasienten. Det kan hende at Olav er redd for å forholde seg til andre, han var mobbet i barndommen, hadde få venner og opplevde muligens en relasjons brudd da faren flyttet ut når foreldrene skilte seg. Kanskje det å unngå andre kan være en slags trygghetsstrategi, slik at ved å unngå andre så beskytter han seg fra å bli såret eller utnyttet. Vrangforestilling kan ha en mening i at den beskytter han. Igjen viser jeg i del to om hva slags spørsmål jeg kan bruke for å få mer klarhet i meningen vrangforestillingene har for han.

Kasus formulering. Jeg og Olav i samarbeid kan lage en kasus formulering for å få en oversikt over problemene hans, om hvordan de har oppstått, hva som opprettholde de og om hva slags intervensjoner som kan hjelpe. Jeg har tatt utgangspunkt i en modell brukt av (Thingnæs 2007 s12-13) og fylte det ut med opplysninger jeg har fra narrativt.

SITUASJON: <i>Går i butikken, mannen tar fra meg el sigaretten og knuser den med vilje</i>
AUTOMATISKE TANKE: <i>alle er ute etter meg, han skal drepe meg,</i>
HVILKE GRUNNANTAKESE ELLER LEVEREGLER «TRIGGER DE AUTOMATISKE TANKENE: <i>verden er farlig, alle er ute etter å såre meg, kan ikke stole på andre, jeg er ikke normal</i>
FØLELSER: <i>redd, angst, lei seg, irriterte</i>
HANDLING/ATFERD: <i>dro hjem så fort jeg kunne, avbrøt handlingen</i>
RELEVANTE BAKGRUNNSDATA: <i>mobbing, skilsmisse, hasj røyking, få venner</i> Opplysninger om barndom og oppvekst eller senere erfaring som kan ha betydning for den aktuelle situasjon:
UHENSIKTSMESSIGE GRUNNANTAKELSER: <i>Følelsesmessige negative antagelser, overbevisninger og oppfatninger om deg selv, verden og framtiden som du har dannet deg på grunnlag av erfaringer jeg er rar, jeg er mislykket, jeg er ikke normal, andre er ute etter meg, andre vil såre meg, verden er ikke trygg</i>
LEVEREGLER: <i>dersom jeg åpne meg for andre vil jeg bli såret, derfor må jeg holder meg for meg selv</i>

Avlede antakelser, overbevisninger og oppfatninger som kan være negative eller positive. «Hvis jeg er dum, så er jeg mislykket»:

KOMPENSATORISKE STRATEGIER: når jeg holder meg hjemme vil ikke noen ta meg, jeg vil ikke bli skadet, når jeg har på meg hodetelefoner når jeg er ute vil ingen ta meg og ingen snakke til meg, jeg slipper å forholde meg til noen

Kompensatoriske strategier eller atferd som vi foreta for å takle de uhensiktsmessige antakelsene og levereglene.

Oppsummering av del en: Når har jeg prøvde å få en forståelse av det narrative fra en kognitiv perspektiv. Dette gjøres i tett samarbeide med pasienten. Jeg presisere at det kognitiv forståelse er bare en av flere mulig tilnæringsmåter til pasienten. Jeg har valgt å bruke kognitiv terapi fordi jeg tror det passer Olav. Det er en konkret, tydelig og strukturert terapi som ifølge studier er velegnet for psykose pasienter. Det er ikke sikkert at Olav kan nytte seg av denne terapien, det kan hende at Olav er så preget av de andre symptomer av schizofreni at han ikke har kapasitet for å kunne jobbe kognitiv. Andre hindringer kan være at hans manglende sykdoms innsikt samt tidligere negative erfaringer fra andre behandling kan gjør han skeptisk slik at det blir vanskelig for meg å få hans tillit til terapien og vanskelig for meg å få han engasjerte i den. Jeg måtte ha introduserte kognitiv terapi veldig sakte og trådd veldig varsom dersom denne terapien skulle få mulighet til å lykkes med Olav. Men uansett så tenker jeg at det er verdt å prøve og når pasienten viser interesse for det så kan det være lovende.

Nå har jeg prøvde å forstå det narrativt fra et kognitiv perspektiv og jeg har brukt kasus formulering til å få en oversikt og forståelse av Olavs problemer og hvordan de henger sammen. Klausen og Hagen (2008) skriver at en slik forståelse er nødvendig før vi kan ta i bruk verktøyet og teknikker som er i kognitiv terapi Klausen og Hagen (2008).

4.2 Del 2: Hvordan jeg kan bruke kognitiv terapi til å hjelpe Olav

I del to skal jeg med utgangspunkt i den kognitiv forståelse av Olavs problemer belyse hvordan jeg kan hjelpe han ved bruk av metoder og teknikker fra kognitiv terapi. Men før jeg si noe om det vil jeg skrive om hvordan jeg har brukt holdninger som er i tråd med kognitiv terapi til å danne en god terapeutisk allianse med Olav.

Holdninger jeg har hatt i bygging av den terapeutisk allianse med Olav

Behandlings allianse. Det er ikke lett å danne allianser med pasienter som har paranoide schizofreni. Jeg har brukt 4 år til å bli kjent med Olav. De siste 2 årene har jeg besøkte han en gang i uken. Kontinuitet og regelmessighet i besøkene tror jeg har bidratt til at Olav har tillit til meg og at han stoler på meg. Han vet at jeg kommer. Samtidig vet han at når jeg kommer så lytter jeg, det er ikke noe krav til han. Jeg akseptere han for den han er. Han åpner alltid døra til meg selv om han har en dårlig dag. Selv om han stoler på meg så er det allikevel dager der han er mistenksom på meg. Da kan han være mer tilbaketrukket og stille. Når det er slik så er jeg forsiktig med å stille for mange spørsmål og jeg tenker litt mer over det jeg sier. Jeg prøver å tilpasse meg dagsformen hans slik at noen ganger er jeg hos han en time og noen ganger 10 minutter, alt ettersom det Olav vil eller orker. Jeg har aldri hatt en agenda eller konfronterte Olav men jeg har stilte han spørsmål. Når han foreller om sine opplevelser har jeg prøvde å være empatisk, anerkjenne han og viste forståelse for hans ubehag. Jeg kan si for eksempel; «*hvordan opplevde du det?*» «*Kan du si mer om det?*» «*Jeg forstår at du har det slik.*» "*Det kan ikke være lett at det er slik.*" Når Olav innleder samtaler med å fortelle om sine opplevelser så føler jeg at han invitere meg til en dialog rundt de. Det kan være fordi de er så ubehagelig men også fordi han selv er usikker på sine egne tolkninger, om hva som er virkeligheten og hva som ikke er det og at han trenger hjelpe til å sortere det. Han har sagt at han er «lei av å ha det slik som han har det nå» og vil «ha et liv hvor han kan dyrke sine interesser». Det tolker jeg som at han har motivasjon til å endre livet sitt og når jeg spør han om han vil jobbe kognitiv så svarer han «ja».

Min holdning til Olav. Jeg vil si litt om hvordan jeg har brukt og bruker holdninger fra kognitiv terapi til å møte Olav når han forteller om sine opplevelser. Når Olav forteller meg om en opplevelse er ofte det første som kommer inn i hodet mitt, «det kan ikke være sant» men i tråd med kognitiv terapi så akseptere og anerkjenne jeg hans opplevelse. Det er sånn det er for Olav. Terapien har en humanistisk, fenomenologisk perspektiv som

vektlegger pasientens opplevelse. Jeg må akseptere at for Olav så er det slik. Det er viktig at jeg fokusere på hans ubehag og får tak i følelsene hans og at han får «utluffer» følelsene sine. Prøver å få en forståelse av hvordan det er for han. «*Hvordan kjennes det ut for deg?*» «*Hvor ubehagelig er det, kan du si mer om det?*» Jeg skal bruke god tid, lytte til han, forstå han og bekrefte hans opplevelse. "*Jeg kan skjønne at du har det slik*". Jeg kan også bruke en situasjon fra mitt eget liv der jeg har «mistolket» en hendelse. Dette for å «normalisere» vrangforestillinger og for å vise likeverdighet. Vi kan bruke vår selv dersom det er relevant i behandling. Vise at det er "normal" å tenke litt feil eller at vi kan lett tenke slik på grunn av våre tidligere erfaringer. En stadig aksepterende og bekræftende holdning bidrar til at Olav åpner seg. Jeg nikker, lytter og bekrefter han med å si "*Hmm*" "*Jeg Forstå*" "*kan du si mer om det?*" Når jeg ikke konfrontere han og ikke avbryte han er det sannsynligvis lettere for han å være åpen. Ved å lytte til han fortelle om livet sitt så vil jeg få viktig informasjon som kan hjelpe meg forstå de mulige negative primære leveregler som ligger under pasientens opplevelser.

4.3 Kognitiv teknikker

Jeg vil nå skrive litt om de teknikker og metoder som jeg kan bruke sammen med Olav til å hjelpe han få mindre ubehag av hans vrangforestillinger. Det er mange typer mestring strategier men på grunn av begrensinger i oppgavens størrelsen velger jeg å belyse hvordan jeg kan bruke kognitiv metoder til å hjelpe Olav.

Den A,B,C modellen. Den A, B, C modell kan jeg bruke sammen med Olav for å få tak i hans negative automatiske tanker. Ved å bruke denne modellen vil jeg kunne hjelpe han bli mer bevisst over hvordan han fortolker hendelser og at det kan være hensiktsmessige til å bruke mer tid på å reflektere mer rundt B. Det kognitiv forståelse av vrangforestillinger vektlegger at det er feiltolkninger (B) som forårsake problemer i pasientens følelser og atferd. Dersom jeg kan hjelpe Olav med å endre/modifisere de fortolkningene han har vil det ifølge Berge og Repål (2011) fører til en endring i symptomer.

Jeg kan starter modellen ved å ta utgangspunkt i en opplevelse Olav har hatt. Til å begynne med må jeg fokusere på hans ubehag og de følelser han hadde. Dette for at han skal bli møt, forstått og anerkjent. Det er også viktig at jeg bruker litt tid her på (c) for å vise han at jeg forstå han og at han kan oppleve meg som varm og omsorgsfull.

Får tak i pasientens opplevelse og ubehag

En samtale der jeg bruker A, B, C modellen kunne ha vært slik:

«Olav, kan du forteller meg om den opplevelsen du hadde på butikken da din el sigarett ble knust?»

«Jo, jeg var på vei inn i butikken og idet jeg åpnet døren til butikken så kom en fyr bort i meg, dro ut el sigaretten og knust den»

Å gjenta Olav kan være en måte å bekrefte han på og for å anerkjenne han opplevelse samtidig som det bidrar til en presisering av detaljene.

«Så når du skulle forbi han i inngangen så kom han bort i deg, tok el sigaretten ut av lomma di og knust den med vilje, har jeg forstått deg rett?»

Så kan jeg bruke spørsmål som fokusere på hans opplevelse.

«Hvordan var dette for deg? Hvordan opplevde du det?»

«Først ble jeg redd og fikk panikk, så måtte bare komme meg ut derifra så fort jeg kunne»

Så fokusere jeg mer på følelsene hans og opplevelsen.

«Du ble redd og fikk panikk, kan du si noe mer om det?»

«Jeg var jo redd og tenkte at nå tar han meg, nå blir jeg drept»

«Hvor sterke var de følelsene, kan du si noe mer om de?»

«De var veldig sterke, jeg var kvalm og skjelven og fikk hjertebank»

«Jeg skjønner at du var veldig redd, kan du si mer om det?»

«Jeg var redd, trodde jeg kom til å bli drept»

«Du var redd og du tenkte at nå kom du til å bli drept, har jeg forstått deg riktig?»

Det er viktig at jeg sjekker at jeg har forstått han riktig.

«Ja»

«Jeg forstår at du var redd, var du mer redd når det skjedde eller mer redd etterpå?»

Dette for å få fram variasjon i intensiteten av følelsene.

«Jeg var ikke redd til å begynne med men når jeg skjønnte at han var en av de som var etter meg så ble jeg livredd»

«Ok, så du ble mest redd når du skjønnte at han var ute etter deg, har jeg forstått deg riktig? Hvordan opplever du det?»

«Det er ikke noe særlig, sånn er det alltid».

«Sånn er det alltid, kan du si noe mer om det, hvordan er det å være deg når det er slik?»

«Det har alltid være slik, jeg må passe meg for alle, folk er bare ute etter å være stygg mot meg».

Dette er en relativt lang samtale og det er viktig i møte med de med vrangforestillinger med kort samtaler. Jeg kunne oppsummerte samtalen med.

«Nå har du fortalte om det som skjedde på butikken og jeg kan forstå at du var redd, har jeg forstått deg riktig når du sier at du var redd og at du tenkte at han var ute etter deg, er det rett?»

«Ja»

Tankene

Nå kan jeg illustrere med spørsmål om hvordan jeg kan prøve å fa fram tankene han hadde i situasjonen.

«Du har sagt at du var redd når han kom bort til deg og tok el sigaretten vekk fra deg, hva tenkte du? Hva slags tanker hadde du når det skjedde?»

«Jeg tenkte at han skulle ta meg, at nå ble jeg drept»

«Du tenkte at nå kom han til å drepe meg, var det slik du tenkte? Kan du si mer om det?»

«Det er sånn det er, alle er ute etter meg»

«Hvordan kjennes det ut? Kan du si noe mer om det?»

«Det er grusomt, jeg må passe meg hele tiden»

Deretter kunne vi sammen ha reflekterte over hans tanker og forestillinger.

«Så når du tenkte at han var ute etter deg så ble du redd? Kan det være riktig at du tenkte slik? At det var denne tanken som gjør at du ble redd?»

«Ja, tanken at han og andre er ute etter meg, ja det gjør meg redd»

Andre tanker

Så kunne jeg ha undersøkte andre tanker han hadde.

«Er det andre tanker du hadde?»

«Jo at det var typisk at slik skjer, folk er bare ut etter å plage meg, politiet gjør livet mitt vanskelig, Helge er ute etter meg, det viser seg at jeg ikke kan stole på andre».

«Så du har tanker at det er mange som er ute etter deg og det er vanskelig å stole på noen, har jeg forstått deg riktig?»

«Ja»

Innholdet i vrangforestilling

Så kan jeg utforske innholdet i vrangforestilling «alle er ute etter meg».

«Ok Olav, du forteller at alle er ute etter deg, kan du si litt om hvordan du legger merke til det, hva slags ting det er som gjør at du tenker slik?»

«Helge ringte politiet, han fyr knuste sigaretten min, politiet har tatt stereo anlegget mitt, per fikk meg tvangsinnlagt»

Her er det viktig at jeg er «åpen for alle typer tilleggs informasjon som kan fungere som støttende bevis for vrangforestillingen» (Klausen og Hagen 2008 s11)

«Ok, så du har en del bevis for det, hva betyr det for deg at det er slik?»

«Det betyr at jeg må passe meg, jeg må holde meg hjemme og dersom jeg er ute må jeg holde meg selv til meg selv slik at ingen kan plage meg eller slik at ingen legger merke til meg»

Alternative tanker

Er det noen alternative måter å forstå det på? Kan vi ser det på en annen måte?

«Ved å søke etter alternative forklaringer på pasientens forestillinger er håpet på at ubehaget som er knyttet til dem kan svekkes» (Knausen og Hagen 2008 s 11)

«Olav nå har vi pratet litt og du har en del bevis på at han er ute etter deg, men jeg lurer på om det er andre måter å forstå situasjonen på, hva tror du noen andre hadde tenkte i denne situasjonen? »

«Det vet jeg ikke, jeg tror de hadde tenkte de samme»

«Du tror de hadde tenkte det samme? Men om du skulle prøve å finne andre måter å forstå det på hva tror du denne kunne være?»

«hmm vet ikke, kanskje jeg ikke hadde den el sigaretten i lomma mi skikkelig, og at det datt ut når han kom bort i meg.»

«Ok, så en annen forklaring kunne være at det ikke var i lomma di skikkelig, er det det du sier?»

«Ja»

«Finnes det andre forklaringer, kan det være andre måter å forstå situasjonen på? Kan det være mulig at han ikke så deg, fordi han ser dårlig og at det var det som var grunnen til at han kom bort i deg?»

«Det kan det være men jeg er ganske sikker han gjør det med vilje.»

«Ok, så det kan være andre årsaker selv om du tenkte at han gjør det med vilje?»

Klausen og Hagen (2008) foreslår en slik samtale fram til pasienten og terapeuten kan komme fram til en fortolkning som pasienten kan akseptere og som ikke gir like mye ubehag som den opprinnelige vrangforestilling.

4.4 Oppsummering av del to.

Olav er paranoide og han har fortolket situasjoner på denne måten i mange år. Jeg tenker at det er naivt å tro at etter en samtale så vil han integrere dette til en måte å tenke på og at etter en samtale vil da begynne selv å resonnerer mer før han kommer til konklusjoner. Men det er heller ikke meningen. Berge og Repål (2011) skriver at det må brukes langt tid på de forskjellige faser hos disse pasienter.

Men det som er hensikt er at jeg kan starte en prosess med Olav der vi øve på å resonnerer og reflektere litt over opplevelsene hans. Vi kan bruke den A, B, C modellen til refleksjon over opplevelsene og for å bidra til at prosessen mellom A og C går litt langsommere. Refleksjon vil også åpne opp for at det finnes flere forståelser av situasjoner. At Olav kan se at det ikke er 100% sikkert på at det var slik han tenkte kan bidra til at han får litt mindre ubehag.

En samtale med Olav kunne ha vært utfordrende dersom det hadde vært så intens og så mange spørsmål. I virkeligheten så tror ikke jeg at det hadde gått så bra å holde på så lenge men grunnen til at jeg skriver det slik er for å belyse spørsmålene og metodene som

jeg kunne ha tatt i bruk for å hjelpe Olav. Målet er å hjelpe han til et bedre indre samtale Berge og Repål (2004), der han kan selv stopper litt mer opp og reflektere over opplevelsene. Med mer refleksjon vil ikke disse fortolkninger blir automatiske sannheter slik de er i dag.

I samtalen med Olav så kunne jeg ha avrundet den med å si for eksempel: *«nå har vi brukt litt tid over å snakke om det som skjedde i butikken, og vi har reflekterte litt over at det kan være andre forklaringer, hva tenker du om det? Tenker du at det var greit å snakke litt om det?»*

4.5 Kritikk til kognitiv terapi

Olav bruker ikke medisiner og som følge av Schizofreni har han begrenset konsentrasjon og andre kognitiv evner er svakere. Jeg er usikker på om den A, B, C modellen hadde sittet så lenge og i virkeligheten så tror jeg at vi måtte ha repeterte den for hvert besøk. Olav er også skeptisk til alt former av behandling. Han har erfaring med at alle prøver å overbevise han at han tenker feil. Dersom jeg ikke ordlegge meg riktig, eller om det går litt for fort og jeg ikke bruke god tid til å forstå han kan det bli lett for han å tenke at jeg prøver på det samme. Jeg må huske at kognitiv terapi handler om pasientens opplevelse. Den handler om å møte pasienten der, anerkjenne og bekrefte han. Det kan også være viktig at jeg introdusere metoden sakte og tar det muntlig til å begynne med slik at det ikke hadde blitt så overveldende for han.

Jeg har tro på at kognitiv terapi over lengre tid kan hjelpe pasienter med vrangforestillinger. Men det er det med «tid» som er en utfordring. Det er som regel litt for lite tid og ressurser satt av til behandling av disse pasienter. Jeg er privilegerte som har mulighet til å følge opp Olav over tid men det er slett ikke så vanlig at det er slik. Men selv om jeg følger han opp over tid, måtte jeg ha besøkte han oftere dersom terapien skulle være virksomme og sitte skikkelig. En gang i uken tror jeg hadde blitt for lite, det hadde blitt lett for pasienten å glemme hva det handler om samtidig som jeg tror jeg hadde brukt mye tid til gjentakning av modellen og terapien istedenfor fremgang med terapien. Om kognitiv terapi skal brukes til disse pasienter så må det settes av tid og ressurser til det. Om det ikke er nok tid så tror jeg at andre terapien typer er mer virksomme, som for eksempel personsentrert terapi, der fokus er om å møte pasienten og ved stadig anerkjennelse og bekreftelse vil det føre til vekst og bedring hos han.

5.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER

Jeg avrunde oppgaven med å si litt om forslag til videre forskning og fagutvikling innenfor kognitiv terapi til pasienter med vrangforestillinger og jeg avslutter oppgaven med en kort konklusjon.

5.1 Forslag til videre forskning og fagutvikling

Et forslag som jeg har til videre forskning/behandling er en «arbeidsbok for psykoser». En slags manual som pasienten og terapeuten kunne ha fulgte. En manual som beskrev terapien og som tok for seg forløpet av behandlingen. Vi kunne ha jobbet utfra boken slik at det var både teori og modeller samt plass til skriving. Boken kunne inneholdt blanke A, B, C modeller som pasienten kunne ha fylte selv. Både når jeg var hos han men også når han var alene. Dette kunne ha bidratt til at pasienten fikk et bedre forståelse for sine egne tanker og for terapien. Pasienten kunne ha oppbevart boken hjemme slik at han hadde mulighet til å lese i den selv når han vil. På hvert besøk så kunne han tatt fram boken og vi kunne ha startet samtalen der vi avsluttet sist i boken. Dersom pasienten hadde gjort noe i boken siden siste besøk så kunne vi ha diskuterte det. Dette hadde ført til mer «bruker medvirkning» og at pasienten var mest mulig deltakende i terapien.

Det er mye som skjer nå i forhold til virksomme terapier for pasienter med vrangforestillinger. Det er spennende og ikke minst er det nå mer «åpenhet» om psykose. Når man søker på nett finnes det mye gode psykoedukative materiale i form av bøker, filmer og nettsider som kan være nyttige for både pasienter og pårørende. Det skjer også mye når det gjelder det helhetlig behandling og det utdannes flere «familie terapeuter» som tar for seg hjelp til hele nettverket rundt pasienten. TIPS (tidlige oppdaging og behandling av psykose) har mye spennende informasjon på nettsiden sin om psykose og behandling av psykose pasienter.

5.2 konklusjoner

I oppgaven har jeg tilegnet meg kunnskap om kognitiv terapi og jeg har brukt kunnskapen til å beskrive hvordan jeg kan hjelpe en pasienten med kognitiv terapi. Jeg har prøvd å være litt kritisk. Som i alle andre behandlings tilnærminger så er det viktig at det er tilpasset pasienten. Individene er ulike selv om de har det samme diagnosen. Det er viktig å ta hensyn til faktorer som har med sykdommen å gjøre samt faktorer som har med pasienten å gjøre. De som har dårligst utbytte av kognitiv terapi er ifølge Berge og Repål (2011) pasienter som har dårlig sykdomsinnsikt, delvis kognitiv svikt og dårligere «verbaliserings evne» (Berge og Repål 2011 s481) Noe som vi også må ta hensyn til er komorbiditet, der pasienten har andre diagnoser som for eksempel depresjon eller rusavhengighet i tillegg til psykose.

Jeg vil avslutte oppgaven med å skrive at kognitiv terapi alene er sannsynligvis ikke nok til å gjøre de store forskjeller og den er avhengig av en solide terapeutisk allianse skal det lykkes. Som Berge og Repål (2011) skriver er terapien bare en liten «komponent» i en behandlings pakke og for at det skal være mest mulig vellykket burde det være en helhetlig behandlings fokus som inkludere familien og om mulig medisin.

Litteratur liste

Chadwick Paul (2009). *Personbasert kognitiv terapi ved psykoser*, Trondheim; Tapir Akademisk forlag (Hele boken).

Cullberg Johan, *Psykoset et integrert perspektiv* (2009) Oslo; universitetsforlaget, s40, s137,

Klausen, Hagen. *Kognitiv Atferdsterapi ved psykose* (2008) Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45, nummer 5, s 545-554.

Nielsen Geir Hostmark og von der Lippe Anna Lousie (red) (2002) *Psykoterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis*, Oslo: Pensumtjeneste AS (hele boken)

A.P. Morrison, Hutton, Wardle, Spencer, Barrat, Brabban, Callcott, Christodoulides, Dudley, French, Lumley, Tai and Turkington (2011) *Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial*. *Psychological Medicine*, (2012) 42, s1049-1056

Berge, Torkil, Repål, Arne (red) (2011) *Håndbok i kognitiv terapi*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 1 utgave, 4 opplag (hele boken)

Berge, Torkil, Repål, Arne (2010) *Den indre samtalen*, Oslo: Gyldendal akademisk, utgave 3, (s 9-47).

Rund Bjørn Rishovd (2008) *Schizofreni*, Stavanger; Hertervig Forlag (hele boken)

Bjørkly Stål, *Kognitiv terapi ved psykotiske tilstander*, høgskolen i molde, våren 2015.

Thingnæs Geir (2007) *En kort presentasjon av kognitive behandling*, Stavanger, s1-17

Thorsen Gerd-Ragna Bloch og Johannessen Jan Olav red (2008) *Schizofreni, for pasienter, pårørende, helsepersonell og andre*, Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

1.0 INTRODUKSJON

2.0 TEORI

2.1

3.0 Hovedkapittel (Heading 1)

På dette arket starter sidenummerering og selve besvarelsen (med overskrifter og normaltekst 1,5 linjeavstand). I oppgaverommet (i Fronter) finner du lenker til korte veiledninger, f.eks. om innholdsfortegnelse og overskrifter.

Slett dette avsnittet og overskriftene/innholdet ellers på denne siden, og du kan starte skrivingen av (eller kopiere inn) din besvarelse.

3.1 Underkapittel (Heading 2)

3.1.1 Underkapittel (Heading 3)

3.1.1.1 Heading 4

3.1.1.1.1 Heading 5

3.1.1.1.1.1 Heading 6