



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Hvordan hjelpe pasienter med diagnosen schizofreni til økt fysisk aktivitet?**

Denise Degirmenci

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 19.04.18



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: TOR-JOHAN EKELAND

## 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: 19.04.18

**Antall ord: 8333**

## Forord

Å gå tilbake til skolebenken som trebarnsmor har vært krevende men samtidig lærerikt. Jeg har innsett underveis at jeg har vokst på de utfordringer en slik oppgave innebærer. Har blant annet lært meg å være mer kritisk og ikke uten videre akseptere en behandlingstilnærming som eneste sannhet. Ser at terrenget ikke alltid nødvendigvis stemmer overens med kartet og at det er komplisert og sammensatt.

Jeg vil takke min veileder for kunnskapsrik refleksjon og konstruktiv tilbakemelding underveis. Jeg vil også takke min arbeidsgiver for å ha lagt til rette for å ta denne videreutdanningen. Sist men ikke minst vil jeg takke min familie for støtte og en god porsjon tålmodighet.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I min praksis som sykepleier i psykiatrisk døgninstitusjon ser jeg at mange pasienter med sinnslidelsen schizofreni preges av passiv livsstil, overvekt og vansker med å komme i fysisk aktivitet.

**Hensikt:** I fordypningsoppgaven min velger jeg å se på hvordan kognitiv terapi kan innlemmes i behandlingen for å hjelpe pasienter med schizofreni til å komme i fysisk aktivitet.

**Metode:** Oppgaven er basert på litteratur og empiri fra egen praksis.

**Diskusjon:** I første delen bruker jeg selvopplevde eksempler fra min praksis til å vise hvordan kognitiv terapi kan anvendes i praksis til å oppnå symptomreduksjon, bedring av funksjonsnivå og på den måten få pasienten i aktivitet. Videre fokuserer jeg på hvilke utfordringer behandleren må være bevisst på for å få forventet resultat samt til slutt metodens styrke og begrensninger.

**Konklusjon:** Det er god dokumentasjon på at kognitiv atferdsterapi har nytteeffekt ved diagnosen schizofreni der man kan oppnå reduksjon av positive og negative symptomer og bedre funksjonsnivå på tross av vedvarende aktive symptomer. Det er imidlertid en del faktorer som spiller inn og som man må ta hensyn til for at man skal kunne ta i bruk terapiformen og forvente positive resultater. Utfordringene består blant annet av begrenset tidsramme på pasientens opphold, tidkrevende behandlingsfaser, sinnslidelsens alvorlighetsgrad og uønskede effekter av antipsykotika. Avslutningsvis påpeker jeg at kognitiv terapi med individuelle samtaler må sees som delkomponent av en større behandlingspakke. For å oppnå mest mulig resultat trengs det mer forskning med helhetlig behandlingsfokus som inkluderer pårørende og nettverk.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Avgrensning .....	1
1.3	Problemstilling .....	2
1.4	Oversikt over oppgaven.....	3
<b>2.0</b>	<b>Fremgangsmåte .....</b>	<b>4</b>
2.1	Litteratursøk .....	4
2.2	Konstruksjon av narrativ .....	5
<b>3.0</b>	<b>Hva er schizofreni .....</b>	<b>6</b>
3.1	Utbredelse og etiologi.....	6
3.2	Symptomatologi .....	6
<b>4.0</b>	<b>Fysisk aktivitet.....</b>	<b>7</b>
4.1	Generelle effekter av fysisk aktivitet.....	7
4.2	Fysisk aktivitet til pasienter med schizofreni .....	8
<b>5.0</b>	<b>Kognitiv terapi.....</b>	<b>9</b>
5.1	Generelt om behandlingen.....	9
5.2	Kognitiv terapi ved schizofreni .....	11
5.3	Alliansebygging / terapeutisk relasjon .....	12
<b>6.0</b>	<b>Narrativ.....</b>	<b>14</b>
6.1	Samspillsituasjon 1: «Fortellingen om Per og turdagen».....	14
6.2	Samspillsituasjon 2: «Fortellingen om Per og jenta i gangen» .....	15
<b>7.0</b>	<b>Anvendelse av kognitiv terapi.....</b>	<b>17</b>
7.1	Første samspillsituasjon - komme i behandlingsposisjon .....	17
7.2	Andre samspillsituasjon – ABC-modellen .....	20
<b>8.0</b>	<b>Diskusjon - metodens egnethet og begrensninger .....</b>	<b>25</b>
<b>9.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>27</b>
	<b>Referanseliste.....</b>	<b>29</b>

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Jeg har gjennom jobben min som sykepleier ved distriktpspsykiatrisk avdeling møtt pasienter med et bredt spekter av psykiske sykdommer, alt fra lette til alvorlige sinnslidelser. Mine erfaringer fra arbeidsplassen tyder på at overvekt og passiv livsstil preger mange pasienter og spesielt de med alvorlige psykotiske sinnslidelser som schizofreni. Dette viser seg også å være i samsvar med forskningsresultater.

Studier tyder på at personer med langvarige psykiske lidelser har økt risiko for vektøkning, og at dette er et problem med stort omfang innenfor psykisk helsevern. Mennesker som har schizofrenidiagnosen har økt dødelighet av hjerte- og karsykdom (Haugen 2009). Disse pasientene har ofte svekket kroppshelse. Grunnen til dette kan være bruk av antipsykotiske medikamenter og en livsstil med uheldig kosthold, røyking og lite fysisk aktivitet (Ververda, et al. 2013).

Det er satt fokus på betydningen av fysisk aktivitet for en god helse og livskvalitet på både samfunnsnivå og individnivå. Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har helsefremmende effekt ved både lette og alvorlige psykiske lidelser. I tillegg er det ikke påvist uheldige interaksjoner mellom fysisk trening og psykofarmaka (Martinsen 2000).

Som sykepleier ble jeg interessert og nysgjerrig når foreliggende dokumentasjon støtter de positive sidene av fysisk aktivitet for pasienter med alvorlige psykisk lidelser. I lys av dette falt det naturlig for meg å fordype meg i dette temaet i håp om at jeg gjennom denne oppgaven kan formidle kunnskap til andre som jobber med denne pasientgruppen. Dette for å øke bevisstheten rundt hvordan vi kan hjelpe pasientene til å bedre sin helse ved å komme i fysisk aktivitet.

### **1.2 Avgrensning**

Jeg begrenser oppgaven til pasientgruppen med diagnosen schizofreni som har inneliggende behandling ved døgnpost i distriktpspsykiatrisk senter (heretter kalt DPS). I min praksis har jeg sett ulike utfordringer knyttet nettopp til denne pasientgruppen. Jeg har



erkjent at jeg selv etter mange år, kan føle utrygghet, usikkerhet og til tider vegring for å møte pasienter med schizofreni. Jeg sitter ofte med følelsen av å mangle et egnet verktøy som hjelpemiddel i mitt møte med disse personene. Etter å ha lest om ulike terapimodeller, vurderte jeg kognitiv terapi som en anvendelig metode grunnet konkret struktur og tilnærming. Jeg har valgt kognitiv terapi som tilnæringsmetode når jeg skal se på muligheten for å øke fysisk aktivitet hos denne pasientgruppen. Studier og faglitteratur av nyere tid har dessuten også vist at bruk av kognitiv terapi til pasienter med schizofreni kan ha god effekt (Sensky, et al. 2000).

I oppgaven holder jeg meg til arbeidet som samtaleterapeut der jeg tar høyde for at medikamentell behandling er relevant og av betydning for vektøkning uten at jeg fordyper dette utfyllende.

Behandlingstilbudet gitt ved døgnpost i DPS medfører både fordeler og begrensninger. I denne sammenhengen er det relevant å nevne at pasienten får utnevnt en primærkontakt som har hovedansvaret for en kontinuerlig og helhetlig oppfølging. Konteksten er ikke basert på oppfølging i pasientens hjem og gir riktignok begrenset innblikk i deres vanlige hverdag. Samtidig anser jeg et opphold likevel som godt utgangspunkt for å utøve terapeutisk tilnærming, da jeg som primærkontakt gjennom turnusarbeid kan komme i behandlingsposisjon oftere og til ulike tider av døgnet. Rammene setter behandleren i en særegen posisjon med mulighet for å anvende valgt terapiform både gjennom formell og strukturert tilnærming, men også gjennom uformell oppfølging som eksempelvis på bilturer, sosialaktiviteter i avdeling etc. Jeg har muligheten til å tilpasse bruken av kognitiv terapi pasientens behov, dagsform og sykdomsfase. Samtalene kan utsettes, framskyndes og intensiveres alt etter situasjonen.

### **1.3 Problemstilling**

På bakgrunn av mitt interessefelt og ovennevnte forhold formuleres problemstillingen som følgende:

**Hvordan hjelpe pasienter med diagnosen schizofreni til økt fysisk aktivitet?**

## **1.4 Oversikt over oppgaven**

Jeg har disponert oppgaven i hoved- og underkapitler. Leseren vil møte en kort redegjørelse av hvordan jeg har funnet relevant litteratur og konstruksjon av narrativ. Så vil jeg ta for meg relevant teori for å belyse schizofreni, fysisk aktivitet og kognitiv terapi. Dette etterfølges av et narrativ som tar utgangspunkt i to samspillsituasjoner fra min praksis. Videre anvender jeg eksemplene til å gjengi måter å anvende valgt terapiform. Deretter kommer det en diskusjonsdel som tar for seg metodens egnethet og begrensninger. Oppgaven avsluttes med en konklusjon.

## 2.0 Fremgangsmåte

Høgskolens retningslinjer for denne oppgaven sier at det er en fordypningsoppgave som skal bygges på erfaringer hentet fra klinisk praksis og relevant litteratur. Jeg vil i denne delen beskrive hvordan jeg har gått frem for å finne relevant litteratur og hvordan jeg har bygd opp narrative. Jeg har så langt det har latt seg gjøre forsøkt å benytte meg av primærkilder. I fordypningsoppgaven benytter jeg meg av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, erfaringer fra min arbeidsplass, forskning og fagartikler.

### 2.1 Litteratursøk

Søket etter forskningsartikler har vært basert på oppgavens problemstilling og utført i flere søkemotorer. Først begynte jeg søket via Helsebibliotek.no - Alle databaser – PsycINFO – Ovid. Der gikk jeg på «advanced search», og startet søket mitt med nøkkelord på engelsk.

Søket delte jeg i tre faser; første om fysisk aktivitet og schizofreni, andre om kognitiv terapi og schizofreni og siste runde som kombinerte alle.

I første fase brukte jeg søkeordene: «physical activity», «activity», «schizophrenia», «paranoid schizophrenia», «treatment outcomes». Gikk på «limits», begrenset søket til «full text og abstracts», «publication year» var fra 2007 til «current». Jeg kombinerte alle disse søkene i søkehistorien med AND og OR. Jeg fikk 75 treff og gikk gjennom alle der jeg leste titlene og sammendragene for å velge ut relevante artikler. I fase to søkte jeg på samme måten men med søkeordene «schizophrenia», «cognitive behavior therapy» og «outcome\*» og fikk 301 treff. Så til slutt søkte jeg med søkeordene «schizophrenia», «exercise», «cognitive behavior therapy» og fikk 13 treff, ikke alle var like aktuelle.

Videre utførte jeg supplerende søk i andre databaser som PubMed med samme fremgangsmåte og fant noen relevante artikler. Da forskningsartiklene jeg hadde funnet hittil var på engelsk, ønsket å supplere med norske artikler. Utførte derfor søk i tidsskrift for den norske legeforening, søkte blant annet på: «bivirkninger antipsykotika», «fysisk aktivitet psykiske lidelser». Kan også nevne kilder som norsk legemiddelhandbok, sykepleien, fysioterapeuten, tidsskrift for psykologer og kunnskapsenteret.no.

Jeg har også sett på nøkkelordene i de relevante artikler jeg har funnet for å finne andre relevante artikler / forfattere som skriver om samme tema.

## **2.2 Konstruksjon av narrativ**

Det hører til forventningene her at en skal presentere et narrativ. Narrativet mitt er en beskrivelse av samspillsituasjoner basert på selvopplevde episoder fra nåværende arbeidsplass. Jeg tar for meg to konkrete situasjoner der begge foregår på dagvakter. Episodene er valgt ut grunnet erfaring med en pasient der jeg opplevde utilstrekkelig faglig mestring. Pasienten som inngår i fortellingene er samme person. Anonymiseringen skjer ved at jeg bruker et fiktivt navn og unngår spesifikke kjennetegn som kan identifisere pasientens identitet.

## 3.0 Hva er schizofreni

### 3.1 Utbredelse og etiologi

I Norge blir det hvert år diagnostisert 500-600 personer med schizofreni. Schizofreni rammer ca 1% av befolkningen og forekommer like hyppig hos menn og kvinner. Median debutalder hos menn er tidligere enn kvinner, og det er liten forskjell i symptomene mellom kjønnene. Forekomsten øker raskt etter 14 års alder (Malt, Retterstøl og Dahl 2005). Schizofreni koster det norske samfunn mer enn all hjertesykdom og all kreftsykdom hver for seg, og har ofte et kronisk og alvorlig forløp (Johannessen 2002). Statistikk over førstegangsinnleggelse i forskjellige land tyder på at pasienter med schizofreni utgjør det største antall av pasienter med psykoser som blir lagt inn i psykiatriske sykehus (Malt, Retterstøl og Dahl 2005).

Undersøkelser har vist at genetiske faktorer har en sikker betydning for forekomst av schizofreni, men etiologien er multifaktoriell. Miljø- og sosiale faktorer er også av betydning for om den enkelte person utvikler schizofreni. Selv om det er delte meninger om inndelingen, er det vanlig å skille schizofreni i tre kategorier: hebefren, kataton og paranoid form (Malt, Retterstøl og Dahl 2005).

### 3.2 Symptomatologi

Schizofreni betraktes å være den viktigste alvorlige psykotiske lidelse som ofte invalidiserer pasientene, medfører sosial uførhet og nedsatt livskvalitet (Malt, Retterstøl og Dahl 2005).

Diagnosen baseres på kriterier for grunnsymptomer ofte omtalt som de fire A-er, og forekomst av assosierte symptomer. Assosiasjonsforstyrrelser kjennetegnes av tenkning der man er virkelighetsfjern og har brudd i tale og tankerekke. Dette kan føre til vansker med å forstå hva pasienten vil fram til. Autisme medfører innadvendthet og selvopptatthet der den schizofrene trekker seg inn i seg selv uten interesse for omverden (Cullberg 2005). Affektiv forstyrrelse påvirker pasientens evne til å føle noe for annet enn seg selv. De følelsesmessige uttrykksformene kan avvike fra det en forventer i aktuell situasjon. Ambivalens fører til handlingslammelser grunnet vansker med å bestemme seg (Malt, Retterstøl og Dahl 2005).

Vrangforestillinger forekommer ved schizofreni og gir en oppfatning av virkeligheten som avviker fra det reelt observerbare (Cullberg 2005). De mest vanlige består av paranoide overbevisninger. Det er opplevelser av å bli forfulgt, plaget, forgiftet, spionert på eller bli utsatt for konspirasjoner samt storhetsforestillinger (Grande og Jensen 2016).

Hallusinasjoner er sanseopplevelser som oppstår i våken tilstand uten at kroppen utsettes for stimuli. Det vil si at en kan høre, se, lukte, smake og bli berørt uten at det skjer i virkeligheten (Grande og Jensen 2016).

I de senere år har det vært vanlig å dele inn symptomene i positive og negative. De positive symptomene er aktive symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner, mens de negative er tilbaketrekking, følelsesavflatning, gledeløshet og initiativløshet. Negative symptomer viser seg å gi sterkere funksjonssvikt sammenlignet med de positive (Grande og Jensen 2016).

Psykiatriske diagnoser alene kan være et svakt verktøy med lav reliabilitet. De er ikke spesielt gode til å fortelle hva som er god behandling. De forsøker å kategorisere pasientene og gi oss et pekepinn på hvilken behandling som kan fungere. En trenger i tillegg å vite noe mer om den konkrete personen, vurdere den enkeltes forutsetninger, dersom behandlingen skal lykkes.

## **4.0 Fysisk aktivitet**

I denne oppgaven velger jeg å definere fysisk aktivitet på samme måte som Helse og omsorgsdepartementet: «... *all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå.*» (Helse- og omsorgsdepartementet 2004 s. 10). Dette vil med andre ord innebære blant annet å gå tur, trene, lek, og arbeid.

### **4.1 Generelle effekter av fysisk aktivitet**

Helsedirektorat har satt fokus på at økt fysisk aktivitet er nødvendig og helsefremmende tiltak med stort forebyggingspotensiale for en rekke sykdommer. Fysisk aktivitet bidrar til mange generelle fysiologiske endringer som blant annet økt stoffskifte, redusert risiko for

hjerter- og karsykdom, reduksjon av kroppsfett, lavere blodtrykk, økt muskelkraft og styrking av beintetthet. I tillegg foreligger det psykologiske virkninger med redusert risiko for depresjon, angst, alkoholforbruk og søvnevansker samt som økt velvære (Helsedirektoratet 2009). Fysisk aktivitet bidrar til bedring av selvfølelse, forhold til egen kropp, evne til å mestre stress og problemløsning (Martinsen 1998). I noen tilfeller kan fysisk aktivitet redusere behovet for medikamentell behandling og bidra til økt bevissthet rundt røyking og sunt kosthold (Helsedirektoratet 2009).

## **4.2 Fysisk aktivitet til pasienter med schizofreni**

Vi vet at pasienter med schizofreni har generelt dårligere somatisk helse, alvorlig økt dødelighet og 10–20 % lavere levealder enn øvrig befolkning. Dette sees i sammenheng med helseskadelig atferd, en livstil med lite mosjon, dårlig kosthold, stort røykforbruk og mangel på personlig hygiene. Videre viser studier at medikamentell behandling med antipsykotika kan gi ytterligere negativ innvirkning på sykkelighet og dødelighet grunnet metabolske og kardiovaskulære bivirkninger, samt vektøkning (Andreassen og Bentsen 2004). Medikasjon kan være vesentlig årsak til vektøkning men som sykepleier vil mitt fokus her være rettet mot å få denne pasientgruppen i aktivitet som helsefremmende tiltak.

I følge Helsedirektoratet (2010) består behandlingen av psykiske lidelser hovedsakelig av samtalerterapi og medikamentell behandling uten at fysisk aktivitet er innlemmet som del av behandlingsforløpet i psykiatrien. Til tross for at det er vanskelig å endre livstilen til pasienter med alvorlige sinnslidelser, oppfordrer Andreassen og Bentsen (2004) likevel å forsøke tiltak siktet mot økt fysisk aktivitet.

Martinsen og Taube (2009) sier noe om at fysisk aktivitet ikke kan erstatte den tradisjonelle behandlingen for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men at aktivitet har en viktig rolle og nytteeffekt. Negative symptomer synes å avta og mestring av positive symptomer blir lettere (Helsedirektoratet 2009). Dette støttes også i en rekke andre studier.

Fysisk aktivitet blir omtalt som en supplerende behandlingstiltak som ikke bare reduserer komorbiditet men også har signifikant effekt på symptomene ved schizofreni (Curcic, et al. 2017). I en annen artikkel påpekes det at integrering av fysisk aktivitet i behandlingen, kan fremme fysisk og psykologisk helse og sosial fungering (Richardson, et al. 2005).

I en litteraturstudie gjennomført av Bjørnstadjordet i 2009 ble det konkludert med at fysisk aktivitet kan bedre den mentale helsen til pasienter med schizofreni med positiv effekt på både negative og positive schizofrenisymptomer samt generell livskvalitet (Bjørnstadjordet 2009).

## **5.0 Kognitiv terapi**

Det finnes flere aktuelle tilnæringsmetoder man kan nyttiggjøre seg for å få en pasient til å endre atferd og nå sine mål. Jeg har valgt å bruke kognitiv terapi da den er strukturert, målrettet med systematisk kartlegging gjennom bruk av konkrete verktøy.

### **5.1 Generelt om behandlingen**

Kognitiv terapi, også kalt kognitiv atferdsterapi, har sin opprinnelse rundt 1960 og ble utformet av den tidligere psykoanalytikeren Aaron Beck (Cullberg 2005). Metoden har et bredt anvendelsesområde og god dokumentasjon som behandlingsmetode for psykiske lidelser (Berge og Repål 2014b).

Prinsippet bygger på kognisjon, det vil si hvordan mennesker bearbeider informasjon, tenker, forestiller seg eller minnes en bestemt hendelse. Dette vil igjen påvirke hvilke følelser som blir knyttet til den aktuelle hendelsen (Berge og Repål 2014a).

Behandlingen er strukturert og målrettet og krever et aktivt samarbeid mellom pasient og terapeut (Berge og Repål 2014a). Hensikten er å endre uønsket tankemønster med tilbøyelighet til å trekke urimelige eller ekstreme konklusjoner. Metoden kan omfatte involvering fra pasienten i form av hjemmeoppgaver og forsøker å identifisere grunnleggende antakelser pasienten har om seg selv og tilværelsen, for så å undersøke om de er gale eller riktige. Gjennom egen innsikt får pasienten mulighet til å sette spørsmålstegn ved og endre sin måte å se ting på (Cullberg 2005).

Kognitiv terapi er basert på noen grunnleggende elementer der vi kan nevne veiledet oppdagelse, den terapeutiske relasjon, her-og-nå-fokus, hjemmeoppgaver og ABC-modellen.



Kort oppsummert skal terapeuten fremstå som en ledsager der målet er å få pasienten til å ta aktiv stilling til betydningen av ulike måter å tenke på ved bruk av sokratiske spørsmål. Det vil si spørsmål som åpner opp for refleksjon og som ikke er ledende (Berge og Repål 2014a). Pasienten er aktiv problemløser og eksperten på seg selv, mens terapeuten er ekspert på hvilke metoder som best egner seg for å nå målet. En tilstreber enighet om hvilke problemer terapien skal løse og hva målet skal være (Grande og Jensen 2016). For å endre negative tankemønstre er det ofte nødvendig med systematisk arbeid og bruk av ABC-modellen som redskap. A står for hendelse, B for tanker om hendelsen og C for følelser som knyttet til tolkningen av hendelsen (Berge og Repål 2014a).

Det finnes flere mestringsstrategier i kognitiv terapi og disse inndeles som følgende:

Kognitive mestringsstrategier:

- Oppmerksomhetsskifte (skape avledning)
- Oppmerksomhetsinnsnevring (se på et bestemt punkt)
- Normalisering (ufarliggjøre, skape forståelse)
- Motargumentering (så tvil om den oppfatning pasienten har er riktig)

Atferdsstrategier:

- Økt aktivitetsnivå (mosjon, øvelser)
- Økt sosialt aktivitetsnivå (besøk)
- Redusert sosialt aktivitetsnivå
- Atfredseksperiment (utsette seg for noe en er redd for)

Sensoriske mestringsstrategier:

- Syn / hørsel / lukt

Fysiologiske mestringsstrategier:

- Pusteteknikker
- Muskelavslapning

(Berge og Repål 2014a)

## 5.2 Kognitiv terapi ved schizofreni

Det er god dokumentasjon på at kognitiv atferdsterapi har nytteeffekt ved psykotiske lidelser der en kan oppnå symptomreduksjon og bedre funksjonsnivå på tross av vedvarende aktive symptomer (Berge og Repål 2014a).

I en randomisert kontrollert studie publisert i 2000 konkluderes det med at kognitiv atferdsterapi er en effektiv behandlingsform for både negative og positive symptomer ved schizofreni (Sensky, et al. 2000).

Kognitiv terapi ved psykoser bygger i stor grad på samme kognitive strategier som for depresjon og angst (Berge og Repål 2014b). I en kognitiv modell for psykoser betraktes vrangforestillinger som feiltolkninger. De er tolkninger knyttet til en gitt hendelse og således B i en tradisjonell ABC-modell. Stemmer betraktes som faktiske opplevelser A og danner utgangspunkt for ulike tolkninger (Berge og Repål 2014b). Målet med behandlingen er ikke primært å fjerne psykotiske symptomer, men øke velvære, livskvalitet og redusere ubehag og lidelsestrykk (Berge og Repål 2014b). Dette innebærer at pasienten ikke nødvendigvis blir kvitt sine vrangforestillinger, hallusinasjoner eller negative symptomer, men lærer å forholde seg til dem (Grande og Jensen 2016).

Arbeidet med vrangforestillinger omfatter flere faser. Første fasen består av å bygge opp en allianse, kartlegge vrangforestillinger og sjekke at pasienten forstår prinsippene i kognitiv terapi. Andre fase innledes med forsiktige skritt der man stiller spørsmål ved og dermed utfordrer grunnlaget pasienten har for sine antakelser om vrangforestillinger. Tredje fase består av aktiv uttesting av pasientens vrangforestillinger, vanligvis etter flere måneders behandling (Berge og Repål 2014a). Terapeutens jobb er å hjelpe pasienten til å finne alternative forklaringer, men med mulighet til å komme med forslag dersom dette ikke går. I felleskap blir det utformet flest mulige forklaringer på hendelsene og disse blir satt opp som en liste sammen med den opprinnelige tolkningen.

Videre blir hvert utsagn utforsket med argumenter for og mot og dette resulterer i en sannsynlighetsgradering i prosent. Pasientens opprinnelige forklaring tilegnes prosentandelen som blir igjen etter at en har vurdert de andre forklaringene (Berge og Repål 2014a).

Målet med denne fremgangsmåten er å lære pasienten opp til selv å lete etter andre tolkningsmuligheter i situasjoner som ellers lett kan utløse paranoide forestillinger og utgjøre potensielle hindringer for fysisk aktivitet. I forsøk på å endre pasientens syn på aktivitet er det viktig å ikke ende opp i en diskusjon om hvem som har rett (Berge og Repål 2014a).

### **5.3 Alliansebygging / terapeutisk relasjon**

Det å bygge en terapeutisk relasjon har første prioritet og overstyrer alle andre intervensjoner. Terapeutisk endring kan oppnås kun gjennom fortrolighet, gjensidig tillit og allianse noe som krever lengre tid hos pasienter med schizofreni, ofte vil det dreie seg om måneder (Berge og Repål 2014a).

Alliansebygging er av stor viktighet gjennom hele terapien ikke bare i initialfasen. Den terapeutiske relasjonen er det følelsesmessige forholdet som skapes gjennom samarbeidet og dialogen mellom terapeuten og pasienten (Hubble, et al. 1999). En god allianse forutsetter at både pasient og terapeut er involvert i et samarbeidende og målrettet arbeid. En pasient som er plaget med devaluerende stemmer, mistenksomhet og lav selvfølelse, er gjerne svært sårbar for å føle seg misforstått, avvist eller krenket. Terapeuten må være ekstra bevisst på å formidle genuin interesse og respekt for det pasienten forteller. Terapeuten forsøker å forstå hvordan pasienten ser seg selv og sin verden og formidler det tilbake til pasienten, for så å forsikre seg riktig oppfattelse (Berge og Repål 2014b).

Pasienter med schizofreni har oppfatninger som ligger utenfor det ordinære og utfordrer terapeutens evne til å akseptere uvanlige opplevelser. Terapeuter som er oppmerksomme på detaljer, har en ikke-dømmende holdning og som er åpne for å snakke om alle mulige tema, oppfattes i større grad som empatiske. Terapeuter som derimot oppleves som lite empatiske avbryter hyppig, forsøker å overbevise pasienten om sin egen forståelse fremfor å ta utgangspunkt i pasientens virkelighetsoppfatning (Berge og Repål 2014b). Selv hvor fristende det er å komme med motargumenter og konfrontere pasientens overbevisninger, er det viktig at terapeuten ikke avbryter uansett hvor underlige eller irrasjonelle pasientens tanker virker. Konfrontasjon kan oppleves som trussel og medføre at pasienten trekker seg tilbake (Kingdon og Turkington 2007).

Vi kan illustrere verktøyet gjennom et eksempel. Hvis pasienten spør om vi tror på hans uvanlige oppfatninger, så prøver vi å imøtekomme det på en interessert, forståelsesfull, anerkjennende og respektfull måte: «Det er vanskelig for meg å forstå at du blir forfulgt slik du forteller. Det må være skremmende opplevelse. Kan du fortelle meg mer om hvordan det skjer? Hva gjør det med følelsene dine?». Det virker også relasjonsskapende å tilby pasienten hjelp med praktiske ting. Det samme gjør det å integrere aktiviteter eksempelvis PC-spill, surfing på Internett, ballspill, kafebesøk eller spasertur. Humor kan også brukes for å la samtalene gli lettere (Grande og Jensen 2016).

## 6.0 Narrativ

Beskrivelsen har som formål å formidle min subjektive opplevelse av to situasjoner fra min praksis som sykepleier ved DPS. Vi velger å kalle vår pasient «Per» og historiens detaljer er gjengitt uten å kunne identifisere pasienten.

Ved innleggelsen er Per en 25 år gammel ung gutt med diagnosen paranoid schizofreni overflyttet fra sykehusposten. Er på tvangsvedtak med høye doser antipsykotika. Oppveksten hans har vært preget av omsorgssvikt, konflikter i familien og traumatiske tapsopplevelser. Begge foreldrene døde med kort mellomrom av overdose. Har per dagsdato meget lite sosial nettverk, ingen familie. Har vedvarende paranoide vrangforestillinger, er til tider kaotisk, nedstemt og angstpreget. Innsikt i egen tilstand og funksjonsnivå er varierende. Har vansker med å bygge relasjoner, stole på folk og blir lett paranoid på de rundt seg.

Tidligere har Per vært fysisk aktiv og en dyktig fotballspiller, men har lagt på seg kraftig siste tiden. Han har flere ganger uttrykt sterkt ønske om å være fysisk aktiv igjen for å kunne gå ned i vekt og dermed føle seg bedre i kroppen sin, men uten å ha kommet i gang.

### 6.1 Samspillsituasjon 1: «Fortellingen om Per og turdagen»

Praten gikk som vanlig på en aftenvakt i TV-stua da Per spurte interessert hvor onsdagsturen skulle være denne uken. Jeg informerte han om de to planlagte turene med to forskjellige vanskelighetsgrader. Med stor entusiasme formidlet han ønske om å delta på den lengste turen. Etter å ha forsikret meg at han hadde forstått hva turene gikk ut på, tolket jeg Pers ønske som optimisme. Han var nemlig fast bestemt på hva han ville og var smårritert når jeg tok en ekstrarunde med informasjon om turene. Han skulle være med på den vanskeligste, han var lei av å være «feit», ville gå ned i vekt og ville få tilbake kroppen han hadde tidligere. Jeg kjente på en glede når jeg så hvor oppglødd han var og håpet at han kanskje mente det denne gangen til tross for utallige ganger tidligere uten gjennomføring.

Han fikk min støtte og vi avtalte vekking kl 0800 slik at han fikk den tiden han trengte for å stå klar til turen kl 1000. Onsdagen kom og jeg skulle vekke han som avtalt. Etter å ha banket på døra gikk jeg inn på rommet. Han lå med dyna helt opp til ansiktet. Med en

vennlig og engasjert tone ble han oppmuntret til å stå opp og gjøre seg klar. Han uttrykte helt tydelig at han var trøtt, ikke ville noe, ikke var motivert og ønsket at jeg skulle la han være i fred. Jeg sto der og var ikke helt sikker på hvilken respons jeg skulle gi. Jeg valgte å ikke gi meg med det første og viste til samtalen vår på TV-stua. Jeg konfronterte han med hans egne argumenter, men til ingen nytte. Han ble stadig mer irritert og ba meg forlate rommet. Han hadde ingen planer om å bli kommandert av andre og spesielt ikke av spådamer til å bli påtvunget fysisk aktivitet. Jeg forlot rommet og satt med en rekke spørsmål. Kunne jeg ha klart å få han med dersom jeg hadde gjort noe annerledes? Var jeg mislykket som terapeut som ikke fikk hjulpet pasienten til å nå sine mål?

## **6.2 Samspillsituasjon 2: «Fortellingen om Per og jenta i gangen»**

Rapporter var gitt på morgenmøtet og Pers tilstand var beskrevet som stabil med gradvis positiv utvikling. Etter frokosten kom Per til meg og spurte om jeg kunne følge ham til treningsrommet. Han hadde tenkt på dette i hele natt og mente han var klar. Gjentok de samme motivasjonsfaktorene som vi hadde hørt flere ganger før, skulle være fysisk aktiv for å gå ned i vekt. Følte trang til å konfrontere ham med alle de mislykkede forsøkene, men lot være. Formidlet at han kunne gjøre seg klar og vente på meg i rommet slik at vi kunne gå sammen til treningssalen etter lunsjen.

Hadde mange tanker i hodet mens jeg satt i lunsjen. Jeg skulle være bevisst på min holdning og kommunikasjon dersom Per skulle skifte mening. Optimismen var ikke den samme som gangene før, men følte likevel på et lite håp om at vi kunne få det til denne gangen. Pers negative symptomer hadde avtatt og hans vrangforestillinger syntes å påvirke ham mindre.

Trakk pusten dypt, banket på døra og gikk inn på rommet. Han hadde fått på seg treningsklærne, men satt med joggeskoene foran seg med stirrende blick på skoene. Fikk til svar etter andre gang jeg spurte, at han ikke hadde lyst. Jeg var ikke overrasket og var usikker på om det var riktig å mase på han ut fra min tidligere erfaring. Valgte likevel å bygge opp et kort resonnement med treningens positive effekter. Fristet å ta opp hvor uheldig det var for hans vekt og helse at han ikke bevegde seg, men klarte å la være å argumentere. Brukte god tid og viste forståelse for at dette ikke var enkelt.

Han satt i stillhet og så ut til å ta en indre dialog med seg selv. Plutselig tok han på seg skoene og ble med ut. Var akkurat kommet ut av rommet da en kvinnelig ung medpasient møtte blikket hans og nikkete smilende. Han snudde og gikk raskt inn på rommet igjen. Jeg fulgte etter han og spurte hva som skjedde. Det hele gikk så fort at jeg ikke forsto helt hva dette dreide seg om. Så på han at han var blitt alvorlig i ansiktet, mørk i blikket og urolig.

Han svarte i raskt tempo og usammenhengende noe om at jenta leste tankene hans, var en som var ute etter han og nevnte Kripos. Jeg følte at det hele eskalerte i en uforventet retning. Opplevde meg som hjelpeløs og uten egnet verktøy for håndtering av situasjonen. Skulle jeg bekrefte pasientens opplevelse? Late som jeg ikke forstod han? Endte med å bruke avledningsmetoden ved å snakke om noe annet og gikk ut av rommet. Jeg var tilfreds med at vi kom så langt at vi var på vei til trening. Men innså samtidig hvor skjør og sårbar han var og hvor lite det skulle til for å skiple han. Personen vi møtte i gangen var tross alt den han hadde god tone med i avdelingen.

## **7.0 Anvendelse av kognitiv terapi**

I mitt narrativ beskrev jeg hvordan situasjonen med Per ble håndtert på daværende forutsetninger. Jeg vil i denne delen ta for meg Pers situasjon og knytte forløpet til presentert teori.

En strukturert kartleggingsfase med strukturerte intervjuer og samtaler lar seg ikke alltid gjennomføre i møte med pasienter med schizofreni. Det vanligste da er å jobbe med relasjon og allianse samtidig med at vrangforestillinger utforskes. Til dette er ABC-modellen, samtaler med bruk av veiledet oppdagelse gode redskaper (Grande og Jensen 2016). På bakgrunn av dette fokuserer jeg på å anvende alliansebygging, veiledet oppdagelse og ABC-modellen som redskaper for å drøfte mine samspillsituasjoner med Per.

### **7.1 Første samspillsituasjon - komme i behandlingsposisjon**

Som nevnt i teorien er en god terapeutisk relasjon påkrevd for å komme i behandlingsposisjon til pasienten. Det er ikke mulig å jobbe med endring hvis relasjonen mellom Per og meg ikke er god.

For å kunne bygge opp en god terapeutisk relasjon er det viktig for meg å forstå pasienten og svare på noen spørsmål som jeg sitter med. Hva kan jeg forvente av Per? Hvordan kan jeg bygge en god allianse og hvor lang tid vil det ta? Hvordan må jeg framstå, oppføre meg? For å forstå Pers sykdom må jeg forstå symptomene.

I samspill med Per er det viktig at jeg hele tiden tilpasser min formidling til hans dagsform. I ene øyeblikket kan han virke reflektert og motivert til fysisk aktivitet og neste øyeblikk kan han være preget av sine paranoide vrangforestillinger og preget av sine negative symptomer. I faser der Per mangler entusiasme og engasjement opplever jeg det som vanskelig å opprettholde en empatisk og forståelsesfull atferd.

I første samspillsituasjon kjente jeg på mange følelser. Per virket meget motivert for å delta i planlagt fysisk aktivitet, men reagerte med avvisning og trakk seg tilbake. Jeg var skuffet ikke bare over meg selv men også over pasienten da jeg kjente en irritasjon over Pers manglende egeninnsats. Videre følte jeg på en usikkerhet i forhold til alliansen vår,



kanskje var den ikke like god som først antatt. Disse følelsene hos meg som behandler resulterte i at jeg gikk i forsvar, begynte å argumentere og hadde en dømmende holdning. Jeg hadde glidd inn i «ekspertrollen», viste lite respekt, var konfronterende og lite empatisk. Noe som førte til at Per ble sint og trakk seg. I følge Grande og Jensen (2016) er en slik respons fra behandler uheldig da pasienten vil kunne tolke dette som fare og trussel med negativ innvirkning på alliansen. Bohart og Greenberg (1997) skriver at terapeuten må på empatisk vis gå i den andres verden for å forsøke å forstå hvordan pasienten ser seg selv for å sette ord på sin opplevelse. Noe jeg ikke hadde lyktes med.

Det fremgår av kognitiv forståelse at negative symptomer som tilbaketrekningssatferd og manglende engasjement brukes som en mestringsstrategi. Pasienten bruker dette for å unngå en opplevelse av nederlag og mislykkethet i sosiale relasjoner og aktiviteter. De har høye krav til seg selv for hva de ønsker å oppnå, men lite tro på at dette er mulig og derfor gir de opp tidlig (Grande og Jensen 2016).

Per setter lista høyt når han beskriver målet sitt med atletisk kropp og velger det mer krevende alternativet for fjelltur. Jeg ser for meg at dette valget kan ha satt i gang en kaskade av negative tanker som utløser redsel for å mislykkes og dermed ender det med at han gir opp.

Berge og Repål (2014a) presiserer at pasienter med schizofreni kan bli redde for å åpne seg grunnet oppfatninger og holdninger knyttet til terapeuten. De trekker fram et eksempel der åpenhet om vrangforestillinger kan straffe seg i form av økt medisinerings. Tidligere mangelfulle eller dårlige relasjoner til andre mennesker er også av stor betydning i dette arbeidet, da noen føler at samvær blir vanskelig med overfølsomhet for avvisning. De påpeker videre at det kan ta lenger tid å bygge en samarbeidsallianse hos pasienter med schizofreni enn andre lidelser, gjerne opptil flere måneder (Berge og Repål 2014a).

Overført til vår samspillsituasjon vil dette bety at Pers tidligere negative erfaringer gir han et dårligere utgangspunkt for alliansebygging. I mitt møte med han er det viktig å anvende den kognitive forståelsesmodellen for å kunne i posisjon for å hjelpe han å nå målet sitt om å være mer fysisk aktiv – selv om dette vil kunne ta tid.

Videre i denne delen vil jeg gjøre at forsøk på å illustrere hvordan kognitiv terapi med fokus på veiledet samtale og alliansebygging kan omsettes i praksis for å endre utfallet i håp om å få pasienten i aktivitet. En tiltenkt dialog med Per kan settes opp som følgende:

*Jeg går inn og med en vennlig og engasjert tone blir han vekket for å gjøre seg klar til turen.*

*Per: Jeg er trøtt... vil ikke bli med på tur.*

Her bruker jeg god tid, lytter, prøver å forstå han.

*Jeg: Hmmm, du sier du er trøtt. Hvordan sov du i natt?*

*Per: Jeg sov dårlig.*

*Jeg: Jeg kan skjønne at du er trøtt. Og at du derfor ikke har lyst til å stå opp så tidlig for å være med på fjelltur i dag.*

*Per: Du skjønner, liksom?*

*Jeg: Ja, det gjør jeg. Det er helt normalt å ha det sånn som du har det, når en ikke har sovet godt. Jeg blir selv meget trøtt når jeg ikke får mine timer med søvn og får da sjelden lyst til å være med på fysisk aktiviteter.*

*Per: Ja, ikke sant. Da skjønner du at jeg ikke vil være med på den fjellturen.*

*Jeg: Hva har du heller lyst å gjøre?*

*Per: Vet ikke.*

*Jeg: Er det noe du liker å gjøre?*

*Per: Vet ikke.*

Ved å svare på denne måten viser jeg interesse for å forstå hans opplevelse og tar han på alvor. Videre fokuserer jeg på normalisering av hans atferd ved å bruke meg selv som eksempel. Dette for å vise likeverdighet og en aksepterende holdning (Berge og Repål 2014a). Forhåpentligvis vil jeg få Per til å oppleve seg mindre mislykket og dermed mer åpen for samarbeid. Ved å unngå konfrontasjon og avbrytelser har jeg et håp om at han ikke skal lukke seg og være åpen for forslag.

*Jeg: Er det greit for deg at jeg kommer med et forslag?*

*Per: Ja*

*Jeg: Hva med å gå en tur i nærområdet sammen etter at du har stått opp?*

*Per: Hmmm. Ok, men kan vi dra etter at de andre har reist? Kan vi stikke innom butikken også? Jeg trenger hjelp til å handle.*

*Jeg: Selvfølgelig, det kan vi gjøre.*

Her prøver jeg å hjelpe pasienten til selv å finne alternative aktiviteter først, men lirker inn et forslag siden han ikke har noen ideer selv (Berge og Repål 2014a). Det er her viktig at jeg foreslår realistiske forslag som pasienten kan være i stand til å gjennomføre. Pasienten blir møtt på hans behov, opplever å bli tatt på alvor og dermed ønsker å være med på foreslått aktivitet. I denne sammenheng er det verdt å merke seg at hjelp til praktiske ting er relasjonsbyggende (Grande og Jensen 2016).

Dialogen ved bruk av kognitive redskaper har på denne måten fått pasienten nærmere sitt mål. I følge helsedirektoratets definisjon vil gåtur regnes som fysisk aktivitet, siden dette er kroppslig bevegelse som kan bidra til økning av energiforbruket. Selv om helsegevinsten ikke er den store, vil små skritt i starten, med humor og ros underveis danne grunnlag for at endringsprosessen glir lettere (Grande og Jensen 2016). Slik jeg ser det, er det av stor betydning å kunne opprettholde en empatisk og forståelsesfull holdning både når pasienten oppleves åpen og reflektert og i utfordrende situasjoner der pasienten er preget av negative symptomer. Det er nemlig viktig å minne seg selv at det er en kontinuerlig innsats som kreves fra terapeuten for å opprettholde en god allianse med pasienten (Grande og Jensen 2016).

## **7.2 Andre samspillsituasjon – ABC-modellen**

Jeg har så langt fokusert på hvordan kognitiv forståelsesmodell gjennom alliansebygging og veiledet oppdagelse kan påvirke utfall hos pasienter preget av negative symptomer. Pasienter med schizofreni vil alt etter sykdommens fase i tillegg slite med positive symptomer som vrangforestillinger. Disse kan være styrende for pasientens liv og dreier seg ofte om å bli forfulgt. Studier har vist at personer med vrangforestillinger trekker forhastede slutninger. I kognitiv lære betraktes pasientens vrangforestillinger som en måte å tolke en situasjon på som kaotisk og truende (Berge og Repål 2014a). Dessuten er de tilbøyelige til å bruke hva de erfarer her og nå, fremfor tidligere kunnskap om tilsvarende

situasjoner. De synes å ha vansker med å forstå andres hensikter og dermed sitter med forvrengt oppfatning av sosiale situasjoner.

I kognitiv forståelsesmodell er vrangforestillinger forbundet med bestemte feil i måten en oppfatter sosiale situasjoner på. Formelle tankeforstyrrelser bidrar til dannelsen av vrangforestillinger hos pasienten (Berge og Repål 2014a). Paranoide vrangforestillinger vanskeliggjør tolkning av det sosiale spillet, se sammenhenger i opplevelser og mestre dagligdagse gjøremål. En person som har paranoide overbevisninger ser fare og trussel der det ikke er noe grunn til det. Det skal derfor ikke mer til enn å bli møtt med et blikk fra en annen, for at vedkommende blir oppfattet som fare eller trussel. De mentale brillene slipper kun gjennom det som støtter vrangforestillingen og personen unngår situasjoner som antas er forbundet med fare (Grande og Jensen 2016).

Innenfor en kognitiv ABC-modell er vrangforestillinger som nevnt ovenfor å forstå som å høre til kategori B. De er med andre ord feilaktige tolkninger av en situasjon A. De kan medføre ubehag eller forstyrrelser ved konsekvens C. (Berge og Repål 2014a).

I vårt tilfelle vil ABC-modellen brukes til å få fram Pers feilaktige tanker, hjelpe han å bli mer bevisst på hvordan han fortolker hendelser og reflektere over dem. Hvis jeg klarer å hjelpe Per med å endre fortolkningene, vil det ifølge Berge og Repål (2014a) føre til endring i symptomene. Mer konkret vil Per sin situasjon omfatte en hendelse A der en ung medpasient går forbi han i gangen mens hun ser på han og nikker smilende. Per blir redd og går inn på rommet – konsekvens C. Dette fordi hun leser tankene hans og oppfattes å være ute etter han – tanke B. Det synes som om Per resonnerer lite før han trekker sin konklusjon. Han hopper fra A til C uten å reflektere over B. Dette er et kjennetegn hos pasienter med vrangforestillinger og utgjør en hindring for å gå ned til gymsalen for å trene.

Med det beskrevne som utgangspunkt skal jeg sammen med Per utfordre hans forestilling om situasjonen og se om det finnes alternative fortolkninger. Dette må skje med varsomhet uten å avfeie hans fortolkning og uten direkte realitetsorientering. Dette for å unngå opplevelse av å være truet og dermed tilbaketrekning (Berge og Repål 2014a).

Det vil for så vidt være noe pasientavhengig hvorvidt ABC-modellen skal settes opp skriftlig eller kun i terapeutens hode uten penn og papir. Pasientens symptomtrykk og ressurser vil være avgjørende for hva man velger. I tilfellet med Per kan tabell med ABC virke vanskelig og skremmende. Derfor velger jeg en muntlig variant. En tiltenkt samtale hvor jeg bruker ABC-modellen kunne ha sett sånn ut:

Jeg starter samtalen ved å fokusere på Pers opplevelse av situasjonen og hans følelser (C) der han skal bli møtt omsorgsfullt.

*Jeg: Per, kan du fortelle meg om den opplevelsen du hadde i gangen?*

*Per: Hun så på meg og jeg kjente hvordan hun kom inn i hodet mitt og las tankene mine. Hun til og med smilte og nikket. Kripos har funnet meg. De kommer og tar meg.*

*Jeg: Når hun gikk forbi oss og så på deg, las hun tankene dine og at Kripos har funnet deg. Har jeg forstått deg riktig?*

*Per: Ja*

*Jeg: Hvordan opplevde du det?*

*Per: Først ble jeg redd og fikk panikk, jeg måtte bare komme meg inn på rommet så fort som mulig.*

*Jeg: Du ble redd og fikk panikk, kan du si noe mer om det?*

*Per: Jeg ble redd og tenkte at nå kommer hun til å ta meg.*

*Jeg: Kan du si noe om hvor sterke denne følelsen var?*

*Per: Veldig sterk, jeg ble skjelven og fikk hjertebank.*

*Jeg: Jeg forstår at du ble veldig redd. Kan du si noe mer?*

*Per: Jeg trodde at hun skulle drepe meg.*

Å gjenta det Per sier og forsikre meg at jeg har forstått han riktig, er viktig for å bekrefte han og for å anerkjenne hans opplevelse. Dette viser en aksept av fortolkningen hans uten å forkaste den.

*Jeg: Hvordan opplever du det?*

*Per: Det er ikke noe kjekt det, sånn er det hele tiden.*

*Jeg : Sånn hele tiden... Kan du si noe mer om det?*

*Per: Sånn er det hele tiden, jeg må passe meg for alle, alle er ute etter å ta meg.*

Etter en kort oppsummering av samtalen kan jeg prøve å få fram tankene han hadde i situasjonen.

*Jeg: Nå har du fortalt om det som skjedde i gangen og jeg kan forstå at du var redd. Hva slags tanker hadde du når det skjedde?*

*Per: Jeg tenkte at hun leste tankene mine og skulle ta meg.*

*Jeg: Du tenkte at nå kom hun til å ta deg, var det sånn du tenkte? Kan du si mer om det?*

*Meg: Ja akkurat sånn, alle er ute etter meg.*

*Jeg: Hvordan føles det?*

*Per: Det er forferdelig, jeg må være forsiktig hele tiden.*

Videre er det ønskelig å få til en refleksjon over hans forestillinger og tanker. Samtalen vil fokusere på hvilke bevis Per har for sine tolkninger og se på alternative forklaringer. Spørsmålene som brukes er gjerne Sokratiske der de er nøytralt stilt, åpne og ikke ledende mot et spesielt svar (Berge og Repål 2014a). Det jeg håper på er å svekke ubehaget knyttet til opprinnelig vrangforestilling ved å søke etter alternative forklaringer som pasienten kan akseptere og på denne måten få han ut av rommet og ned på treningsalen.

*Jeg: Du sier at hun leste tankene dine og var ute etter deg for å ta deg. Hva er hennes motiv for det?*

*Per: Jeg lurer på om Kripos er ute etter meg og hun jobber for dem.*

*Jeg: Jeg vet ikke helt om jeg kan følge deg, kan du forklare meg litt om det?*

*Per: Det er en stor komplott, jeg er utsatt for et eksperiment, de fleste her er ute etter å ta meg.*

*Jeg: Når du sier de fleste, hvem mener du?*

*Per: Pasientene, ansatte... Kripos.*

*Jeg: Kommuniserer de med Kripos? Hvordan merker du det?*

*Per: De virker så innforståtte og vet hva de skal gjøre uten å snakke med hverandre en gang.*

*Jeg: Kan jeg få oppsummere? Du lurte på om du er utsatt for et eksperiment som Kripos står bak, og du har tanker om at de som er her jobber for Kripos og er ute å ta deg, er det riktig?*

*Per: Ja.*

*Jeg: Jeg ser hvor opprørende det er for deg å tenke slik. Hvordan har du kommet i Kripos søkelys? Hva har du gjort?*

*Per: Vet ikke, jeg har ikke gjort noe galt.*

*Jeg: Har du noen gang tenkt på at det kan finnes andre forklaringer på den redselen som du føler?*

*Per: Det er jo rart at så mange her skulle være involvert i komplottet. Jeg har heller ikke slike tanker om hun jenta hele tiden egentlig. Mulig hun bare ville hilse. Vet ikke.*

*Jeg: Når er du mest opptatt av dette?*

*Per: Når jeg er sliten og tenker på at jeg må gi 100% av meg hvis jeg først skal trene.*

*Jeg: Ok, hva vil konsekvensen bli om dine refleksjoner skulle vise seg å være riktige? At du plages med tanker om at du må være utsatt for et eksperiment når du er sliten eller redd for at du ikke skal få det til på trening?*

*Per: Hmmm. Trenger kanskje ikke å føle meg så redd. Det kan ha med mine egne følelser å gjøre.*

I dialogen ovenfor vil Pers oppfatninger utfordre min evne til å forstå og akseptere uvanlige opplevelser da disse ligger utenfor det ordinære. For å lykkes med de kognitive teknikker og skape aksept for alternative forklaringer, er jeg i samtalen opptatt av detaljer og viser en ikke-dømmende holdning. Jeg har et åpent sinn og legger opp til at Per kan snakke om alle mulige tema. Jeg tar utgangspunkt i Pers virkelighetsoppfatning fremfor å overbevise han om min egen forståelse. Selv hvor fristende det er å komme med realitetsorientering og korrigerende, er jeg bevisst på å ikke gå i fellen å konfrontere pasienten.

## 8.0 Diskusjon - metodens egnethet og begrensninger

Jeg har så langt i oppgaven forsøkt å vise hvordan kognitiv terapi kan brukes som behandlingsmetode for å dempe symptomtrykket til Per og dermed få han i fysisk aktivitet. Rammene for kognitiv terapi er sett som gunstig for denne pasientgruppen og metodens styrke består av forutsigbarhet og trygghet i terapisisituasjonen (Berge og Repål 2014b). Jeg vil videre i oppgaven forsøke å belyse faktorer som jeg mener kan være med på å begrense denne terapiens effekt og resultat. Det er flere faktorer som kan påvirke resultatet derav tidsaspekt, kognitive evner, innsikt i egen sykdom og eventuelle bivirkninger av medisiner.

Studier viser at terapiforløpet hos pasienter med schizofreni bør ha vesentlig lengre varighet enn hva retningslinjene anbefaler, det vil si lenger enn 9 måneder (Sarin, Wallin og Widerlöv 2011). Berge og Repål (2014b) skriver at de forskjellige fasene tar lengre tid hos pasienter med schizofreni enn andre. Per er paranoid, har hatt vansker med å stole på folk og han har fortolket situasjoner på sin måte i mange år. Jeg tenker at det kanskje er urealistisk å tro at jeg hadde klart å bygge en god nok allianse etter bare noen uker. Dessuten er det som ledd i behandlingen en tredje fase som inneholder atferdsmessig utprøving da forestillinger sjelden endres som et resultat av intellektuell utfordring alene. Effekten av behandlingen vil totalt sett kunne svekkes dersom denne fasen uteblir (Berge og Repål 2014b). I praksis vil denne prosessen ta tid og i seg selv utgjøre en utfordring for å lykkes da tidsrammen for innleggelser ved DPS er begrenset.

Videre er det påvist at pasienter med denne lidelsen kan ha grunnleggende svikt i kognitive funksjoner av betydning for prognose og fungering. Dessuten er målgruppen som består av inneliggende pasienter ved DPS, erfaringsmessig i dårligere sykdomsfase enn de som behandles ambulant. Slik svikt kan vise seg i form av vansker med å bearbeide informasjon, nedsatt konsentrasjon, hukommelse og utholdenhet (Berge og Repål 2014b). Schizofrene holder ofte fast på feiltolkningene uansett om andre mener at de er urealistiske (Grande og Jensen 2016). Samtalene som er beskrevet med Per med høy intensitet og mange spørsmål kan i praksis være utfordrende. Det er for naivt å tro at samtalen hadde gått så bra og at han etter bare en samtale ville endre sin tankegang vesentlig. Usikkert om han i det hele tatt hadde holdt ut så lenge. Dette er kanskje heller ikke meningen da



hensikten er mer å starte en prosess der Per utvikler evner til å reflektere over egne opplevelser.

Videre vurderer jeg det som viktig å være bevisst på at pasienten ikke nødvendigvis kommer like godt overens med alle og at behandlerne kan ha ulike syn. Skal en få kognitiv terapi inn i behandlingen ser jeg det som avgjørende at alle er enige om det, slik at ikke noen bruker kognitiv tilnærming hvor en skal lete etter alternative forklaringer på pasientens vrangforestilling, mens andre fokuserer på realitetsorientering. Dette mener jeg kan være en utfordring for bruken av kognitiv terapi blant helsepersonell.

I tillegg til de vanlige utfordringer som selve sykdommen skaper, opplever jeg ofte at medikamentell behandling også kan utgjøre en ekstra hindring for et godt og aktivt samarbeid. Selv om medikamentell terapi ofte er en viktig del av behandlingen, har den dessverre også sine begrensinger i form av bivirkninger som kan påvirke kroppslige funksjoner (Martinsen 2000). Bivirkningene av antipsykotika kan påvirke forløpet og svekke pasientens evne til å profittere på den kognitive behandlingen. I Pers tilfelle vil både grunnsykdommen og antipsykotiske medisiner kunne påvirke kognitive funksjoner og mental utholdenhet. Han har dessuten erfaring med at personer stadig har forsøkt å overbevise han om at han tenker feil. Om min samtale ikke legges på Pers nivå og tilpasses hans premisser har jeg lite tro på at metoden vil fungere. En helhetlig tilnærming med tverrfaglig samarbeid mellom lege, fysioterapeut og miljøpersonell tenker jeg, vil være avgjørende for adekvat tilpasning av behandlingen og for å hjelpe Per til fysisk aktivitet.

Avslutningsvis vil jeg nevne at det finnes andre tilnæringsmetoder som jeg tenker kan være aktuelle i vårt arbeid med å få pasienter med schizofreni i fysisk aktivitet.

Eksempelvis kan jeg nevne personsentrert terapi der det blir vektlagt at pasienten skal omgås med en positiv, varm og aksepterende atmosfære. Sentrale punkter i denne tilnærmingen er empati, kongruens, ekthet, bevissthet om følelser og frigjøring og vekst. Gjennom disse punktene i terapiprosessen, skapes det en endring der pasienten opplever frigjøring og vekst (Haugsgjerd, et al. 2009).

## 9.0 Konklusjon

Det er god dokumentasjon på at kognitiv atferdsterapi har nytteeffekt ved diagnosen schizofreni der man kan oppnå reduksjon av positive og negative symptomer og bedre funksjonsnivå på tross av vedvarende aktive symptomer. Det er imidlertid en del faktorer som spiller inn og som man må ta hensyn til for at man skal kunne ta i bruk terapiformen og forvente positive resultater. utfordringene består blant annet av begrenset tidsramme på pasientens opphold, tidkrevende behandlingsfaser, sinnslidelsens alvorlighetsgrad og uønskede effekter av antipsykotika.

Likevel har jeg tro på at denne terapiformen gitt nok tid kan hjelpe våre pasienter med schizofreni til å mestre symptomtrykket og endre feiltolkninger som har bidratt til passiv livsstil. På den måten vil pasienten være mer tilgjengelig for fysisk aktivitet som både behandlingstiltak og målsetning i seg selv. Metoden bør imidlertid gjøres enkel, forståelig og individuelt tilpasset med mulighet for muntlig gjennomføring slik at den ikke virker overveldende for pasienten. Det er i seg selv et styrke at personell ved DPS har en særegen posisjon for å anvende metoden basert på sin kontaktflate med pasienten, kontinuerlig oppfølging og aktiviteter sammen. Dette forutsetter imidlertid at det avsettes tilstrekkelige ressurser i avdelingen og at man har felles forståelse av behovet for fysisk aktivitet.

Jeg håper denne oppgaven formidler kunnskap som kan brukes i møte med pasienter med diagnosen schizofreni. At helsepersonell i tilsvarende roller kan nyttiggjøre seg kunnskap om kognitiv terapi slik at en føler seg bedre rustet i møte med denne pasientgruppen og motivere dem til å hjelpe pasientene til mer fysisk aktivitet. En forutsetning for å kunne benytte denne metoden og for så vidt mange andre metoder er relasjonsarbeidet. Det er vel og bra med verktøy, men en må være bevisst på hvem metoden skal fungere for. Fordelen med kognitiv terapi er at modellen er relativt enkel å forstå. Dette kan imidlertid utgjøre en fare for misbruk og overdrevent bruk, fordi den kan gi følelse av å være kompetent og viktig. Vi vet at metoden er god, men en forutsetning for at dette skal være virksomt, i dette tilfelle overfor Per, er å skape de relasjonelle forutsetningene som kan gjøre metoden virksom. Viktig å bruke metoden ut i fra den andres interesse.

Til slutt vil jeg framheve at kognitiv terapi med individuelle samtaler må sees som delkomponent av en større behandlingspakke. Med dette mener jeg at det bør være en helhetlig behandlingsfokus som inkluderer pårørende og nettverk for å oppnå mest mulig resultat (Berge og Repål 2014b). Det er stor aktivitet og interesse for virksomme terapier for pasienter med schizofreni. TIPS Sør-Øst har mye spennende på gang og arbeider etter en TIPS nettverksmodell som grunnlag for å jobbe kunnskapsbasert med tidlig intervensjon og psykose. Det skjer også mye når det gjelder helhetlig tilnærming og det utdannes «familieterapeuter» som ledd i psykoedukativt familiearbeid. Dette arbeidet omfatter psykoedukasjon til pasienter, pårørende, problemløsende familiesamtaler og flerfamiliegrupper.

## Referanseliste

- Andreassen, O. A., & Bentsen, H. (2004, 02). Metabolske og kardiovaskulære bivirkninger av moderne antipsykotika. *Tidsskr Nor Legeforen*, ss. 181-182.
- Berge, T., & Repål, A. (2014a). *Den indre samtalen - Lær deg kognitiv terapi. 3. utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge, T., & Repål, A. (2014b). *Håndbok i kognitiv terapi. 1. utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørnstadjordet, K. (2009, 05 07). Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni. *Fysioterapeuten*, ss. 19-25.
- Cullberg, J. (2005). *Psykoset et integrert perspektiv. 1. utg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Curcic, D., Stojmenovic, T., Djukic-Dejanovic, S., Dikic, N., MilicaVesic-Vukasinovic, N., Radivojevic, M., . . . Djokic, G. (2017). Positive impact of prescribed physical activity on symptoms of schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, ss. 459-465.
- Grande, M., & Jensen, L. H. (2016). *Kognitiv terapi ved psykose.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Greenberg, L., & Bohart, A. (1997). *Empathy Reconsidered.* Washington: American Psychological Association.
- Haugen, T. B. (2009). Psykiske lidelser kan gi fedme2578. *Tidsskr Nor Legeforen*, s. 129.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykiske lidelse - å forstå, beskrive og behandle. 3. utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). *Sammen for fysisk aktivitet - Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 – 2009.* Oslo: www.kursiv.no.
- Helsedirektoratet. (2009). *Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2010). *IS-1670 Fysisk aktivitet og psykisk helse.* Oslo: Andvord Grafisk.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (1999). *The Heart and Soul of Change.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Johannessen, J. O. (2002). Schizofreni – omfang og betydning. *Tidsskr Nor Lægeforen*, ss. 2011-2014.
- Kingdon, D., & Turkington, D. (2007). *Kognitiv terapi ved schizofreni.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Malt, U., Retterstøl, N., & Dahl, A. (2005). *Lærebok i psykiatri. 2. utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, E. W. (1998). Psykiatrisk forskning på fysisk aktivitet - en oversikt. I N. R. Toril Moe, *Fysisk aktivitet - en ressurs i psykiatrisk behandling* (ss. 50-67). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskr Nor Legeforen*, ss. 3054-3056.
- Martinsen, E. W., & Taube, J. (2009). Schizofreni. I Helsedirektoratet, *Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (ss. 561-570). Bergen: Fagbokforlaget.

- Richardson, C., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G., & Hutchinson, D. (2005). Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, ss. 324-331.
- Sarin, F., Wallin, L., & Widerlöv, B. (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nordic Journal of Psychiatry*, ss. 162-174.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., . . . Barnes, T. R. (2000). A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. *Arch Gen Psychiatry*, ss. 165-172.
- Ververda, J., Kornkåsa, A., Bjørntvedt, E., & Egrem, L. (2013). Pasienter med schizofreni på sykehus. *Sykepleien*, ss. 58-61.