



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan jeg som vernepleier oppnå en god relasjon med en pasient, som har vrangforestillinger og som er innlagt på en akuttpsykiatrisk avdeling, ved hjelp av kognitiv terapi?

Helene Vatne Gimse

Totalt antall sider inkludert forsiden: 35

Molde, 23.04.20



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Solveig Karin Bø Vatnar

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 23.04.20

Antall ord: 8483

Forord

En oppgave om vrangforestillinger.

Sammendrag

Denne fordypningsoppgaven i psykisk helsearbeid for voksne, handler om bruken av kognitiv terapi og viktigheten av relasjonen i ett pasient –terapeut forhold. Hvordan kan man etablere en relasjon og beholde den gjennom et helt terapiforløp?

Empirien handler om Per, en mann jeg har blitt godt kjent med gjennom mitt arbeid på en psykiatrisk avdeling. Han har i perioder psykotiske symptomer som gjør at han trenger innleggelse for å bli behandlet. I de dårlige fasene er han utagerende og aggressiv mot personalet. Jeg tar utgangspunkt i ulike situasjoner med Per, og ser på hvordan man ved hjelp av noen av verktøyene i kognitiv terapi kan hjelpe ham på en best mulig måte til å få et bedre liv.

I kognitiv terapi har vi verktøy som ABC modellen, som brukes for å sette vanskelige tanker i system og for å gjøre de mer synlige og forståelige for pasienten. Vi har også ulike typer spørsmål som kan sette i gang en tankeprosess hos pasienten. Hvordan bruker man disse i samarbeid med en pasient med psykoseproblematikk?

Jeg bruker ABC modellen og ulike former for spørsmålstyper for å se nærmere på de tre ulike situasjonene som er nevnt i empirien og som blir opplevd vanskelige på ulike måter og i ulike stadier i Pers sykdom. Her forklarer jeg hvordan dette blir brukt i behandling og samtale, samt kommer med konkrete eksempel på hvordan den kan brukes i Per sitt tilfelle. Både ved å bruke ABC modellen å sette inn Pers tanker, og å skrive eksempel med bruk av sokratiske spørsmål og spørsmål i muldvarptechnik. Her gir jeg også eksempel ved å skrive fiktive samtaler mellom Per og terapeut og eksempel på hvordan disse metodene kunne ha hjulpet Per. Samt på hvilke måter han kunne ha følt seg bedre.

I konklusjonen vil jeg skrive litt om de ulike metodene som jeg har brukt i løpet av oppgaven. Har de hatt noen effekt på Per og hans problemer? Jeg vil også vurdere om det er noen temaer det burde vært mer forskning på innenfor temaet kognitiv terapi.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Litteratursøk	2
2.0	Teori	4
2.1	Psykose	4
2.2	Kognitiv terapi	4
2.3	ABC modellen	6
2.4	Sokratiske spørsmål og «muldvarpteknikk»	6
2.5	Negative automatiske tanker	7
2.6	Primære leveregler	8
2.7	Relasjonen i kognitiv terapi	8
2.8	Kognitiv terapi til mennesker med psykoselidelser	10
3.0	Empiri - Historien om Per	11
4.0	Diskusjon	13
4.1	Min Relasjon til Per	13
4.2	Hvordan hjelpe Per med kognitiv terapi	15
4.3	Sokratiske spørsmål	16
4.4	Abc modellen i behandlingen av Per	19
5.0	Konklusjon	23

1.0 Introduksjon

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg jobber som Vernepleier ved en lukket psykiatrisk avdeling. Jeg møter mange ulike mennesker i ulike faser av livet og i sin sykdom.

En betydelig andel av de som blir innlagt ved avdelingen har en form for psykoselidelse og både alvorlighetsgraden og den utløsende årsaken til psykosen er varierende.

«En psykotisk tilstand er kjennetegnet ved en forstyrrelse av tenkning, persepsjon og affekt og innebærer at pasienten har en alvorlig forstyrrelse i sin virkelighetsoppfatning» (Snoek og Engedal 2004:69).

Denne oppgaven handler om Per, en mann jeg kjenner godt. Per har i perioder svært alvorlige psykotiske symptomer, derav vrangforestillinger som påvirker hele hans virkelighetsoppfatning, samt hans måte å tenke og handle på. Han er i disse periodene i behov av psykiatriske behandling og blir innlagt på lukket avdeling.

Jeg synes det er vanskelig å kommunisere med mennesker som Per, og hjelpe dem på en god måte. Hvordan kan man snakke med dem på en måte som ikke ødelegger en allerede skjør allianse mellom miljøpersonale og pasient? Jeg har erfart at personalet har ulike måter å møte disse pasientene på. Noen hører på det pasienten sier, men uten noe særlig respons på det annet enn forsøk på realitetsorientering som ofte ødelegger mer enn den bygger relasjoner, mens andre overser pasienten. Men er dette en god måte å gjøre det på? Uten en god relasjon mellom pasient og terapeut får man heller ikke en god progresjon hos pasienten.

Der andre psykoterapeutiske perspektiver mener at man skal få bort de psykiske vanskene vil man i kognitiv terapi forsøke å hjelpe pasienten til å se på sin opplevelse av verden og probematiske tanker på en annen måte og på denne måten senke ubehaget og få en best mulig livskvalitet.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt å skrive denne oppgaven utfra er:

Hvordan kan jeg som vernepleier oppnå en god relasjon med en pasient, som har vrangforestillinger og som er innlagt på en akuttpsykiatrisk avdeling, ved hjelp av kognitiv terapi?

1.3 Litteratursøk

Jeg har brukt databasene Psychinfo, Svemed og Ovid Medline som skolen abonnerer på for å finne aktuelle forskningsartikler. Søkeordene jeg brukte var Psychosis, Cognitive therapy eller cognitive behaviour therapy og alliance.

For å minske antall relevante artikler i Psychinfo valgte jeg å kombinere cognitive therapy og cognitive behaviour therapy med alternativet or, for så å gjennomføre et nytt søk med psychosis, alliance og resultatet av kombinasjonen cognitive therapy og cognitive behaviour therapy. Dette ga et treff på 22 artikler.

Jeg krysset av på at jeg ønsket artikler i full tekst og antall artikler sank da til 7.

Jeg gjorde også et søk kun med Cognitive therapy og Psychosis for å se etter artikler som omhandlet dette, og fikk da 1728 treff. Når jeg krysset av for full tekst og begrenset søket til å gjelde årene etter 2010 endte jeg på 18 artikler.

Jeg brukte de samme søkeordene og kombinasjonene i databasen svemed og i Ovid medline, men det resulterte i null treff på begge to.

I Ovid medline kombinerte jeg søkeordene psychosis og cognitive therapy og fikk 741 treff, mens alliance alene ga 126 treff. Kombinasjonen av disse to ga 0 treff, men kombinasjonen therapeutic alliance og kognitiv therapy ga 28 treff.

På alle søkene har jeg forsøkt å holde søkene mine til artikler som er skrevet i løpet av de siste 10 årene for å ha så oppdatert informasjon om temaet som mulig.

Jeg valgte ut 3 artikler som jeg mener passer til min problemstilling. Det er søkeordet psykose jeg har brukt i litteratursøket, men jeg har valgt å konkretisere problemstillingen

til en del av psykosen, vrangforestillinger. Jeg mener at artiklene fremdeles er relevante da vrangforestillinger er en stor del av psykosen hos mange pasienter.

Jeg har også søkt på søkemotoren google for å finne relevante artikler. Her har jeg vært nøye på å bruke artikler fra troverdige kilder.

Jeg ønsket å finne artikler som omhandler kognitiv terapi til pasienter med psykoselidelser og mener at disse artiklene omhandler dette. De har også fokus på den terapeutiske relasjonen mellom pasient og terapeut og viktigheten av denne.

Alle disse artiklene er skrevet av fagfolk og publiserte i ulike tidsskrifter.

Artiklene jeg valgte å ta med er

- Paul H Lysaker, Louanne W Davis, Kelly D Buck, Samantha Outcalt 2011
«Negative symptoms and poor Insight as predictors of the similarity between client and therapist rating and therapeutic alliance in cognitive behaviour therapy for patients with Schizophrenia»
- Ester Jung, Martin Wiesjahn, Winfried Rief, Tania M Lincoln 2015 *«Perceived therapist genuiness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis».*
- Vegard Klausen og Roger Hagen. 2008. *«Kognitiv atferdsterapi ved psykose».*
Psykologtidsskriftet.no
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/05/kognitiv-atferdsterapi-ved-psykose>

2.0 Teori

2.1 Psykose

Klausen og Hagen (2008) skriver at noen av de viktigste kjennetegnene ved psykoser er blant annet vrangforestillinger og hallusinasjoner.

Pasienter med en psykotisk tilstand opplever ikke alltid selv at de er syke. De uvanlige tingene som de opplever tilskrives ofte en ytre kilde, fremfor et resultat av egne tanker eller følelser. Pasienter med vrangforestillinger bruker minimalt med informasjon for å komme frem til en konklusjon. Men de fleste er åpne for en viss tvil med tanke på deres egne tolkninger. Det å bli avfeid uten at de blir hørt eller forsøkt forstått, vil føre til motstand fra pasienten (Berg og Repål 2015).

Psykose kjennetegnes med periodevis problemer med virkelighetsoppfatningen. En person med psykose har problemer med å skille det som foregår inne i hans eget hode og hva som skjer i den virkelige verden. Denne tilstanden fører til forvirring, følelsesmessig ubehag og personen kan ha problemer med å fungere i hverdagen (Berge og Repål 2000).

Vrangforestillinger er kjernen i psykosen. Den inneholder tanker og oppfatninger som bryter med det resten av verden mener er virkelig. De inneholder tanker som over tid har utviklet seg til feiltolkninger som overgår normale krav om logikk.

De vanligste vrangforestillingene er paranoide. Gjerne en opplevelse av å bli forfulgt, plaget, forgiftet, spionert på eller motarbeidet. Noen er helt sikre på hvem som står bak, mens andre er mer usikre. Nøytrale hendelser som vi andre ikke tenker spesielt over vil for personen med vrangforestillinger oppleves som tegn på og bekreftelse på at vrangforestillingen stemmer (Berge og Repål 2000).

2.2 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi er en type samtalerapi hvor pasienten skal få innsikt i seg selv og sine reaksjoner på ulike ting bedre (Grande og Jensen 2016). Kognitiv terapi lærer en pasient å se på tankene og ikke gjennom dem (Berge og Repål 2010). Denne typen terapi bygger på en teori om at hvis en person ikke får endret sin situasjon, så kan han eller hun endre på holdningene sine til den vanskelige situasjonen og på denne måten gjøre den lettere å leve med (Grande og Jensen 2016).

Pasienten skal ved hjelp av kognitiv terapi få hjelp til å utforske sine egne tanker og se nærmere på sine fastlåste mønster og sette spørsmåltegn ved disse.

Kognitiv terapi fungerer best om det blir et samarbeid mellom terapeut og pasient, og hovedfokuset skal ligge på hvordan pasienten opplever problemene i hverdagen sin. (Berge og Repål 2000). Terapeuten skal i samtalene med pasienten stille åpne spørsmål. Dette er en måte å få frem nye tanker angående det pasienten opplever som vanskelig. Det er også viktig med empatisk lytting samt tilbakemeldinger til pasienten og refleksjoner. Målet er at pasienten selv tilslutt skal komme frem til nye tolkninger og en ny forståelse (Grande og Jensen 2016). På denne måten blir pasienten sin egen terapeut. Kognitiv terapi vil også finne frem til pasientens sterke sider, og hvordan disse kan brukes for å oppnå bedring (Berge og Repål 2010).

Vi mennesker bearbeider kontinuerlig informasjon og minnene vi har om en bestemt hendelse, og bearbeidelsen av denne informasjonen vil bli påvirket av vårt tankemønster. Dette vil også være påvirket av tidligere erfaringer.

Et eksempel på dette kan være å holde foredrag. Står man og tenker at alle synes du er dårlig, sier dumme ting og lignende vil du bli nervøs og kanskje fremstå som en dårligere taler enn det du virkelig er. Tenker man det motsatte, at man kan det man skal snakke om og at du vet mer enn alle som hører på fremstår du på en helt annen måte (Tjersland m fl: 2013).

I kognitiv terapi er terapeuten mest opptatt av at en bestemt tankemåte kan være en måte for pasienten å gi uttrykk for mer generelle, fastlåste grunnleggende tanker. Tanken er at det å endre tankemåte hos en person kan endre måten han reagerer på (Mandelid 2016). Vrangforestillinger vil ifølge Berge og Repål (2015) kunne betraktes som ekstreme tolkninger av situasjonen man er i. Denne måten å tolke ting på kan føre til angst og depresjon.

2.3 ABC modellen

A: Activating event. (Hendelse eller situasjon)

B: Believe about. (Tanker en person har om denne situasjonen og hvordan han eller hun tolker den).

C: Consequens of. (personens reaksjon etterpå, følelser og tanker om den aktuelle hendelsen).

Når man skal kartlegge vrangforestillinger hos en pasient er ABC modellen funksjonell. Det er i disse tilfellene ikke vrangforestillingen i seg selv man tar utgangspunkt i, men de hendelsene som pasienten opplever som igjen bygger opp under vrangforestillingen. Når man som terapeut skal prøve å kartlegge pasientens situasjon kan den fremstå som kaotisk og vanskelig å få oversikt over. Her er det nyttig at terapeuten er konkret og spesifikk, og med tydelige spørsmål spør om pasienten kan fortelle mer om dette ved å komme med eksempel. Hvis pasienten beskriver mer detaljert bidrar det med verdifull informasjon som kan brukes i behandlingen.

Et eksempel på dette kan være at jeg snakker med en person og den personen gjesper. Kanskje tolker jeg dette som at den jeg snakker med kjeder seg når vi snakker sammen. Det kan ende med at jeg begynner å tenke at jeg er kjedelig og uinteressant, og at det er grunnen til at den andre gjesper. Mens sannheten kanskje er at vedkommende sov dårlig i natt og gjesper på grunn av dette. (Tjersland m fl 2013).

2.4 Sokratiske spørsmål og «muldvarpteknikk»

Terapeuten skal i likhet med filosofen Sokrates, fremstå uvitende. Han la vekt på å ha en spørrende holdning i samtale sine med andre mennesker (Berge og Repål 2000)

Sokratiske spørsmål er sentrale i kognitiv terapi. Disse spørsmålene skal åpne opp for refleksjon hos pasienten og de skal stimulere til å selv utforske de negative tankene og hvor virkelige de er. Her er tanken at pasienten skal utvikle nye måter å tenke på som bidrar til problemløsning (Berge og Repål 2015).

Eksempel på slike spørsmål kan være:

-Hender det at du ser annerledes på dette?

-Finnes det bevis for at dette ikke stemmer helt?

-Hvis noen du var glad i tenkte det samme som deg, hva ville du sagt til dem?

En annen type spørsmål som kan brukes i kognitiv terapi er det Berge og Repål (2015) omtaler som «muldvarpteknikken». Disse spørsmålene har som mål å hjelpe pasienten å komme fra vrangforestilling til selvevaluering.

Denne typen spørsmål kan være med på å avdekke negativ selvevaluering som man kan utforske videre. Eksempel på spørsmål kan være «Hva er det verste som kan skje hvis» og «Hvorfor mener du at...». Dette er en metode man må være forsiktig med når den brukes og en fordel kan være at pasienten først kan tenke på hvordan andre opplever en selv før man går videre på egenvurdering. Dette for å redusere motstand mot selvevaluering som er negativ. (Berge og Repål 2015).

2.5 Negative automatiske tanker

Denne typen tanker er en viktig faktor for at et menneske skal både få og opprettholde psykiske vansker og de som strever psykisk har ofte mange av denne typen tanker.

Tankene føles riktige selv om de er overdrevne, og oppstår ofte på grunn av vanskelige opplevelser i barndommen. Dette for at barnet skal finne mening i det som skjer, og når lignende opplevelser hender i voksen alder blir reaksjonen lik den i barndommen (Grande og Jensen 2016).

Mennesket er ikke bevisst hva det tenker til enhver tid. Vi ser ikke på tankene våre når de oppstår, men fra og gjennom dem. Mange av tankene våre fremstår heller ikke som ord, de har et ikke verbalt innhold. Dette kan for eksempel være hvordan noe lukter eller smaker. Disse tankene kan også være vanskelige å gripe tak i, da de kan oppleves ubehagelig å kalle frem igjen. De er også ofte forbundet med en spesiell konkret situasjon og er derfor vanskelig å få frem når man ikke er i den aktuelle situasjonen. Disse tankene er ofte så kortvarige at man ikke er klar over at de har vært der, og har blitt «automatiske.» De har blitt en vane og godtas som sannheter. (Berge og Repål 2010).

Her er tanken at forstyrrelser hos mennesker med psykiske vansker ofte henger sammen med hva vi tenker og hvordan vi tenker. Tankene våre blir etter hvert så inngrodde på grunn av det vi erfarer i livet vårt, at de kommer automatisk. Og vi forholder oss til disse tankene som sannheter. De vanskelige tankene kan komme i enkelte situasjoner og overføres til andre lignende hendelser, og det kan ende med at disse tankene kommer av seg selv. Denne typen tanker blir kalt automatiske tanker og kan få virkeligheten til å framstå på en annen måte enn for andre mennesker i samme situasjon.

Noen eksempel på dette er å tenke at en enkelt hendelse beviser at det alltid er slik, alltid tenke det verste om noe, eller å tro at man vet hva andre tenker (Tjersland m fl 2013).

2.6 Primære leveregler

Hvis den samme tanken kommer tilbake uavhengig av hvilken situasjon man er i kan det komme av en primær leveregel. Disse levereglene blir av Grande og Jensen (2015) betegnet som globale og stabile tanker om både en selv og andre. Disse reglene styrer hva en person er opptatt av og blir aktive i situasjoner hvor man er sårbar.

Mennesker har grunnleggende antagelser og disse er med på å opprettholde feiltolkninger. Disse er ofte knyttet opp mot lavt selvbilde og egen sårbarhet.

Det kan være nyttig å arbeide med å endre slike tanker, men da må pasienten være klar over dem. (Berge og Repål 2015).

De primære levereglene er tanker man har etter opplevelser. Disse er skapt tidlig i livet når et barn har behov for å skape mening i opplevelsene sine (Grande og Jensen 2015).

2.7 Relasjonen i kognitiv terapi.

Betydningen av terapeutisk allianse er viktig for det terapeutiske resultatet på tvers av en rekke lidelser, uavhengig av behandlingsorientering, allianse og utfallsmål eller forskningsdesign skriver Junge m.fl (2015) i artikkelen «Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis»

Fra starten av var man ikke veldig opptatt av relasjonen mellom pasient og terapeut. Det viktige var at relasjonen var preget av respekt og godt samarbeid.

Men i de senere årene har personforståelse og relasjonsforståelse blitt satt mer i fokus også i kognitiv terapi. Det å få etablert en relasjon og å holde den ved like er en forutsetning for en terapeutisk allianse. Terapien bør bygge på pasientens ressurser og etableringen av en relasjon og terapeuten bør jobbe utfra en metode som han selv har tro på og behersker og som også pasienten opplever nyttig (Mandelid 2016).

Det å bygge en terapeutisk relasjon er det viktigste og det første som må gjøres når man starter et behandlingsforløp. Man kommer ingen vei om ikke relasjonen mellom pasient og

terapeut er god. Pasientens utbytte av terapien avhenger av hvordan han eller hun opplever relasjonen med terapeuten (Grande og Jensen 2016)

Jung m. fl. skriver også at en målsetting er at kvaliteten på den terapeutiske alliansen er en konstant og stabil indikator for terapieresultatet. Nyere studier har vist at terapeutegenskapene er relevante indikatorer for alliansen i psykologiske terapier generelt. Men lite er kjent om de spesifikke terapeutegenskapene som forklarer forskjeller i terapeutisk allianse i kognitiv atferdsterapi for psykose. (Jung, Ester m.fl. 2014.)

Selv om man som terapeut ikke er enig i det pasienten forteller skal han eller hun prøve å vise interesse. Man skal være ærlig å si for eksempel at det er vanskelig å forstå at dette skjer, men det må være svært skremmende for deg å oppleve det. Kan du fortelle meg mer om dette? På denne måten kan man bidra til at pasienten opplever hendelsene som mindre skremmende og det kan åpne opp for refleksjon. Det oppleves som lite empatisk om terapeuten vil overbevise pasienten om at ens egen virkelighetsoppfattelse er den riktige. Dette kan forstyrre relasjonen, og pasienten kan trekke seg unna eller oppfatte relasjonen som truende. (Grande og Jensen, 2016).

En annen ting som kan styrke en relasjon er at pasienten får vite noe personlig om terapeuten. På denne måten kan de danne seg et bilde av terapeuten som et menneske. Her må det vurderes hvor mye eller lite som skal fortelles etter hva som er hensiktsmessig, og det skal heller ikke være for personlig. Det å være åpen og imøtekommende har vist seg å være bra, og informasjon om interesser, hobbyer og antall barn kan være greit å fortelle om (Grande og Jensen 2016). Nyere studier har vist at pasienter setter den terapeutiske alliansen høyere en terapeuten i seg selv skriver Lysaker m. fl. (2011) i sin artikkel «*Negative symptoms and poor insight as predictors of the similarity between client and Therapist ratings of therapeutic alliance in cognitive behaviour therapy for patients with schizophrenia*».

Terapeuten skal også vise respekt og forståelse for pasientens opplevelser og ikke presse frem ting som han eller hun ikke ønsker å snakke om. Dette kan føre til utrygghet og motstand (Grande og Jensen 2016).

2.8 Kognitiv terapi til mennesker med psykoselidelser.

«Det er viktig at pasienter med en psykoselidelse får hjelp til bedre å mestre sine psykiske plager og til å øke sin livskvalitet så tidlig som mulig» (Grande og Jensen 2016:69).

Målet med kognitiv terapi ved psykose er å gi pasienten en bedre tilværelse og økt livskvalitet, samtidig som man forsøker å redusere ubehaget som psykosesyntomene gir. Ved denne terapimetoden er målet at pasienten skal lære seg å håndtere symptomene sine, og forholde seg til dem på nye måter som gir mestring. Ved hjelp av kognitiv terapi kan symptomene i beste fall svekkes på sikt. Både i hyppighet og hvor sterke de oppleves. Det er pasientens mål som driver terapien fremover (Grande og Jensen 2016).

Den kognitive modellen for psykose tar utgangspunkt i blant annet ABC modellen. Vrangforestillinger forstås som negative automatiske tanker (B), altså feiltolkninger av situasjoner(A), og konsekvensene av dette (C)

Kognitiv atferdsterapi ved psykoser innebærer å snakke med pasienter om symptomene og deres vanskelige livssituasjon, og å forsøke å forstå denne type problemer ved hjelp av en kognitiv formulering av psykosen. Målet er å engasjere til samarbeid og diskusjoner som fører til mindre belastende og mer konstruktive måter å forstå psykosen og atferden på, noe som igjen trolig vil føre til bedring (Klausen og Hagen 2008).

Pasientens tidligere erfaringer med betydningsfulle relasjoner som har vært tidlig i livet kan ha innvirkning på både vrangforestillinger og stemmer hos en psykotisk pasient. (Grande og Jensen 2016).

Det har i psykiatrien vært en tradisjonell biologisk forståelse av lidelsen. Dette har ført til en noe pessimistisk holdning fra terapeutenes side rundt effekten av terapi av mennesker med psykotiske symptomer. På grunn av dette er det en tanke at rasjonell argumentasjon ikke har noen effekt på psykotiske symptomer, og at psykoterapi kan forverre tilstanden. Nyere forskning viser at dette er feil og at ubehaget ved psykoser kan lettes ved hjelp av kognitiv terapi. (Klausen og Hagen 2008).

3.0 Empiri - Historien om Per

Her beskriver jeg en pasient som jeg har møtt via mitt arbeid på psykiatrisk avdeling. For å sikre konfidensialiteten i historien har jeg endret på en del opplysninger om Per, samt tatt bort og lagt til noe.

Per er en mann i 40 årene. Han har et langvarig rusmisbruk bak seg og ruser seg fremdeles i perioder. Med jevne mellomrom blir han svært syk og trenger innleggelse for å få hjelp. Stort sett er han ikke enig i disse innleggelsene og det kan bli turbulente situasjoner som ender med politi og tvang. Han er svært mistenksom mot personalet ved avdelingen og kan til tider være truende. Han har massive vrangforestillinger som handler om det aller meste som foregår rundt han og det omhandler ofte både medpasienter og personalet. Han har ved flere anledninger kommet med konkrete trusler mot personale og hatt truende oppførsel både ute og i avdeling.

Per har en vanskelig oppvekst med en fraværende mor og en alkoholisert far som var voldelig mot ham og hans søsken. Han holdt seg mye for seg selv i oppveksten. Det var lite omgang med venner og han opplevde også at enkelte mobbet han,

Jeg har observert og selv hatt mange samtaler med Per, både når han er i en psykotisk tilstand og når han er i sin habituelle tilstand. Jeg vet at vrangforestillingene han opplever skremmer han veldig og at han er sint, truende og utagerer for å beskytte seg selv. Han sliter også til vanlig med angst og opplever at det å ruse seg demper denne.

Her kommer tre ulike situasjoner.

- En ettermiddag gikk jeg inn til Per for å se hvordan han hadde det. Han hadde vært innlagt en stund, og han var i bedre psykiske form enn ved innleggelse. Aggressiviteten var kraftig redusert, men han slet fremdeles med vrangforestillinger. Han var tydelig engstelig og satt sammenkrøpet i sofaen med gardinene dratt for. Etter å ha snakket litt med han fortalte han tilslutt at han var sikker på at det sto mennesker rundt bygget vi befant oss i. disse menneskene skulle drepe ham, og han var heller ikke helt overbevist om at personalet inne i

avdelingen, inkludert meg ikke var med på dette og ønsket å skade han. Jeg brukte litt tid på å snakke med han og et utdrag fra samtalen gikk slik:

Terapeut: Så du tror at noen er ute etter å ta livet ditt? At de er her i avdelingen og også utenfor bygget?

Per: Ja... De gjemmer seg i skogen der ute.

Terapeut: Ser du at de står der?

Per: Nei jeg har ikke sett dem, men jeg vet de står der, og jeg vet at dere som er her inne legger planer for å ta meg. Jeg hører dere kommuniserer via tv`n.

Terapeut: De vet hvor du er? Men hvordan kan de vite det? Har du fortalt det til noen?

Per: Nei, men dere er jo med på det! Dere gir beskjed til dem hvor jeg er og hva jeg gjør på, via tv`n!

Terapeut: Hvor sikker er du på dette?

Per: jeg er 100% sikker på at de følger med på meg og at de står der ute i skogen.

Terapeut: Og at vi som jobber her er med på det? Hvor sikker er du på det?

Per: 65%

- En annen situasjon hvor jeg møtte Per var kort tid før han ble utskrevet fra avdelingen. Hans psykiske form var ganske god og han opplevde ikke lenger at det var noen som skulle ta han, verken utenfor huset eller av personalet på avdelingen.

Terapeut: Nå er det to dager til du drar hjem, Hva tenker du om det?

Per: Joda, det blir jo godt å komme hjem å sove i egen seng

Terapeut: Har du noen planer om hva du skal gjøre når du kommer hjem?

Per: Nei, jeg blir vel bare hjemme. Ønsker ikke å møte på de jeg har vært sammen med før, da blir det bare til at jeg ruser meg. Føler meg egentlig litt ensom og redd når jeg er hjemme.

Terapeut: Du føler deg redd når du er hjemme? Hva er du redd for?

Per: Vet ikke helt, for folk kanskje? Det er jo ingen som vil ha noe med meg å gjøre og jeg tror ikke at noen vil meg godt. Best å holde seg mest mulig unna.

- To uker etter utskrivelse ringte Per til avdelingen og ville snakke med noen.

Per: Nå står det noen utenfor leiligheten min! jeg tror de følger med på meg!

Terapeut: Ser du hvem det er?

Per: Nei! De står for langt unna og det er mørk, men de ser hitover!

4.0 Diskusjon

4.1 Min Relasjon til Per

Beskrivelsen av Per gir et bilde av en mann som er redd. Det at han sitter sammenkrøpet i sofaen med gardinene dratt ned på grunn av menneskene rundt huset som skal drepe han, viser også at vrangforestillingene fremdeles er sterke hos han og påvirker ham veldig. Men det at han snakker til meg som personale og åpner seg opp såpass mye viser kanskje også en bedring i hans psykiske tilstand og kanskje et snev av tillit til meg? Junge m.fl. skriver at betydningen av terapeutisk allianse er viktig for det terapeutiske resultatet.

Kanskje gjelder denne økte tilliten bare meg som allerede har en relasjon til han. Det kan være at denne relasjonen som er grunnleggende og eksisterte før psykosen skinner litt gjennom vrangforestillingene og hans overbevisninger.

Grande og Jensen (2016) skriver at relasjonsbyggingen har hovedfokuset i starten av terapien. Det er også hvordan pasienten opplever relasjonen som bestemmer utbyttet av terapien. Dette bekreftes av forskningsartikkelen «Negative symptoms and poor insight as predictors of the similarity between client and therapist ratings of therapeutic alliance in cognitive behaviour therapy for patients with schizophrenia», skrevet av Paul H Lysaker m. fl. De skriver at nyere studier har vist at pasienter setter den terapeutiske alliansen høyere enn terapeuten i seg selv (Lysaker m. f 2011).

Da dette er en pasient jeg kjenner over lang tid og mange innleggelseser, har jeg en allerede eksisterende relasjon til han og mener selv at den er etter forholdene god. Jeg ønsker ikke å ødelegge denne ved å prøve å realitetsorientere han eller konfrontere han med at «det stemmer jo ikke, det står ingen ute i skogen» og forsøker å vise interesse for det han forteller. Berge og Repål (2015) skriver at det er viktig å vise interesse for det pasienten forteller og samtidig vise håp for å øke pasientens ønske om å få hjelp. De skriver også at om en pasient blir avfeid uten å bli hørt eller forstått, vil føre til motstand mot terapeuten og behandlingen.

Som jeg skrev om i teoridelen har det vært en noe pessimistisk holdning fra terapeutenes side rundt effekten av terapi av mennesker med psykotiske symptomer. Men nyere forskning viser at dette er feil og at ubehaget ved psykoser kan lettes ved hjelp av kognitiv terapi. (Klausen og Hagen 2008).

Samtidig tenker jeg at det er viktig å ikke lyve for Per og være enig med han uansett hva han sier. Om han konkret spør meg om jeg tror på det han forteller skal jeg ifølge Berge og Repål (2015) svare ærlig. Her kan jeg svare at jeg synes det er vanskelig å forstå at det står noen ute i skogen som vil ta han, men at jeg skjønner at dette er noe han opplever og at det må oppleves svært vanskelig og skremmende.

På denne måten er jeg støttende og viser at dette er noe jeg ønsker å høre mer om. Jeg tenker at dette også kan bygge videre på den allerede eksisterende relasjonen vår. Om jeg alltid er enig med han, også når han spør meg konkret om hva jeg mener om det han opplever, tenker jeg at dette også kan skade en relasjon mellom oss i ettertid. Hva vil han for eksempel tenke når han blir frisk og selv innser at tankene han hadde tidligere var helt feil. Hvorfor fortalte ikke personalet meg at det jeg mente var feil?

Da Per har vanskelige erfaringer med omsorgspersoner og andre nære har han nok vanskelig for å stole på de han møter, så det at han forteller meg hva han opplever ser jeg på som en tillitserklæring. Slike tanker og vansker med tillit til andre mennesker oppstår ofte på grunn av vanskelige opplevelser i barndommen. (Grande og Jensen 2016).

Det at han også ringer til avdelingen når han får det vanskelig etter å ha blitt utskrevet og opplever at noen står utenfor leiligheten ser jeg på som positivt og et tegn på at han ikke også nå tror at personalet er med på dette. Dette setter oss i en god posisjon til å kunne hjelpe ham før symptomene får utviklet seg og kanskje resulterer i en ny tvangsinnleggelse.

4.2 Hvordan hjelpe Per med kognitiv terapi.

Per har helt tydelige psykotiske vrangforestillinger hvor han mener at det står noen ute i skogen som vil skade han, og han mener også at det er ganske sannsynlig at personalet på avdelingen er med på dette og kommuniserer med de som står ute. Dette passer med Berge og Repåls (2015) forklaring på en vrangforestilling som en måte å tolke en situasjon på som kan betegnes som ekstrem. En slik måte å tolke situasjonen på kan resultere i angst eller depresjon hos pasienten.

I empirien hvor Per sitter sammenkrøpet i sofaen opplever han angst på grunn av sine vrangforestillinger, men det kommer også fram at Per er litt usikker på om personalet er med på det han opplever. Så hvordan kan vi bruke denne usikkerheten til å hjelpe Per? Vrangforestillinger vil ifølge Berge og Repål (2015) kunne betraktes som ekstreme tolkninger av situasjonen man er i. Denne måten å tolke ting på kan føre til angst og depresjon.

I kognitiv terapi skal man være en samarbeidspartner. Her er det viktig at jeg som terapeut ikke benekter Pers opplevelser, selv om jeg vet at det ikke stemmer. Dette er hans virkelighet og det at terapeuten benekter dette kan gjøre at han kanskje vegrer seg mer for å snakke med meg og det kan skade det allerede eksisterende forholdet mellom oss som er opparbeidet over lang tid.

Mandelid 2016 skriver at å etablere og vedlikeholde en relasjon er viktig for å få til en terapeutisk allianse (Mandelid 2016). Det at han er i psykisk bedring ser jeg som en stor fordel, han er ikke aggressiv lenger og kanskje er det nå lettere å nå inn til han med

kognitiv terapi og få vite mer av hva han opplever i sin psykose og hva som utløser den aggressive atferden.

4.3 Sokratiske spørsmål

For å hjelpe Per med å reflektere og se nærmere på sin egen situasjon og opplevelser vil jeg bruke sokratiske spørsmål. Jeg tenker at disse også kan være nyttige å bruke når man jobber med en ABC modell som jeg vil komme tilbake til senere. Spørsmålene kan være med på å endre tankene Per har om en situasjon.

Sokratiske spørsmål er åpne spørsmål hvor terapeuten fremstår uvitende. Han eller hun skal ikke ha noen tanker om hva pasienten kommer til å svare (Berge og Repål 2000).

Det at Per bare er 65% sikker på at personalet på avdelingen er med på dette tenker jeg er et godt sted å begynne. Kanskje kan vi få senket denne prosenten enda mer og på denne måten få mer tillit fra Per. Noen eksempel på sokratiske spørsmål som kan hjelpe Per å kanskje se litt annerledes på situasjonen er;

- Finnes det bevis for at dette kanskje ikke stemmer helt?
- Hvis søstera di hadde slike tanker, hva ville du sagt til henne?

Disse spørsmålene kan hjelpe Per å reflektere litt over sin egen situasjon istedenfor å gå fra å observere noe for så å gå direkte til de vanskelige tankene og angsten. Som å gå direkte fra A til C i abc modellen. De sokratiske spørsmålene gjør at han bruker litt lenger tid på B i modellen, altså tankene om hva som egentlig foregår i situasjonen han observerer.

På det første spørsmålet kan han tenke seg litt om, og komme frem til at «Jeg har jo ikke disse tankene når jeg er hjemme og rusfri»

Her kan jeg som terapeut spørre litt videre om hva han tenker om det, og hvorfor han ikke føler det på samme måten når han er hjemme.

«Det er jo litt rart at jeg kun skal ha disse tankene på enkelte steder og ikke andre. Jeg er kanskje ikke helt frisk når jeg er her på avdelingen»

Her ser vi at Per ved hjelp av de sokratiske spørsmålene nærmer seg en tanke om at opplevelsene han har ikke er virkelige siden han ikke opplever de hjemme. De får han til å tenke seg om og se på seg selv fra utsiden istedenfor gjennom tankene sine.

På det andre spørsmålet vil han kanskje komme frem til at han ville sagt til sin søster at dette bare er tullprat. Hvorfor skulle folk stå i skogen for å ta henne. På denne måten kan man bruke de sokratiske spørsmålene til å starte opp en tankeprosess hos Per.

Det er nok lettere å se andre menneskers situasjon klart enn din egen. Når Per har brukt litt tid på disse og andre lignende spørsmål kan man kanskje starte med å overføre dem til han selv og hans situasjon. Hvorfor skulle noen stå ute i skogen for å ta han, og hvis personalet i avdelingen er med på det, hvorfor har ikke noe skjedd enda, etter så mange innleggelse? Denne typen spørsmål kan også hjelpe Per i andre situasjoner, som når Per Kontaktet avdelingen etter utskrivelse fordi han opplevde at det sto noen utenfor leiligheten hans og han mente at disse var ute etter å ta han. Med forbehold om at Per hadde god nytte av å bruke de sokratiske spørsmålene mens han var innlagt er det kanskje mulig å minne han på disse og prøve dem ut via telefonen, og på denne måten hjelpe han å se litt annerledes på situasjonen. Kanskje kan dette hjelpe han slik at vi får forhindre en ny innleggelse. Berge og Repål (2016) skriver i sin håndbok for kognitiv terapi at mennesket konstruerer sin virkelighet hele tiden. Det er vi som velger hva vi retter vårt fokus mot, og hvilken informasjon vi tar inn. Alt dette farges av hvordan vi tolker ting og hvordan det vi ser tolkes gjennom en indre samtale. Her kommenterer vi våre egne handlinger og ser for oss hva som kan komme til å skje. Dette skjer i de fleste tilfeller uten at vi tenker over det. Som når Per ringer til avdelingen etter utskrivelse. Her ser Per for seg med en gang at disse er på vei for å ta han, og nå bare står der og følger med på han. Dette er ikke noe han reflekterer spesielt over, men trekker en konklusjon med engang. De kommer for å ta meg. Her kan man spørre Per om hva som er det verste som kan skje? Har du opplevd at noen har kommet til leiligheta for å ta deg før? Når da Per får tenkt seg litt om vil han da kanskje svare at nei, ingen har kommet bort til leiligheta mi, og det verste som kan skje er jo at de står utenfor her. De kommer seg jo ikke inn for å ta meg.

I de periodene hvor Per er rusfri og hjemme er det tydelig at han fremdeles har det vanskelig, mest sannsynlig på grunn av en vanskelig barndom

Vi mennesker bearbeider kontinuerlig informasjon og minnene vi har om en bestemt hendelse og bearbeidelsen av denne informasjonen vil bli påvirket av vårt tankemønster. Dette vil også være påvirket av tidligere erfaringer. (Tjersland m fl. 2013).

Grande og Jensen (2016) skriver at om man får høre om en vanskelig hendelse som pasienten har opplevd kan man som terapeut spørre om hvilken innvirkning disse opplevelsene har hatt på hvordan han tenker om seg selv og andre i nåtiden. De snakker også om at det er viktig å forstå hvordan disse problemene påvirker hverdagen. I tillegg til de sokratiske spørsmålene snakker Berge og Repål (2015) om det de kaller «muldvarpteknikk» Her kan de stille spørsmål som starter med «hva er det verste som kan skje hvis...». Til Ole kan dette for eksempel være hva er det verste som kan skje hvis du møter på noen når du er ute? Denne typen spørsmål resulterer ofte i svar som viser negative tanker om en selv (Berge og Repål 2015) Her ville nok Per ha svart noe som at ingen vil ha noe med han å gjøre, derfor er det bedre å bare holde seg inne. Da kan man ifølge Berge og Repål (2015) fortsette å utforske ved å spørre mer om dette. Ut fra Pers svar kan man undre seg videre om hvorfor han tenker at andre ikke vil ha noe med han å gjøre. Dette er også en måte å sette nye tanker i hodet på Per. På denne måten kan han se ting fra «utsiden» og komme frem til at han har ingen god grunn til at ingen skulle ville ha noe med han å gjøre. Dette er ikke noe han vet og har erfart i møte med andre, men tanker han har i hodet sitt. Mest trolig på grunn av opplevelser langt tilbake i tid. (Berge og Repål 2015) poengterer at dette metoden må brukes med forsiktighet. Det er en fordel at pasienten selv vurderer hvordan andres opplevelse av en selv er, og etterpå se på hvordan pasienten selv ser på seg selv. På denne måten unngår man motstand mot pasientens egne negative vurdering av seg selv.

Tankene han har når han er hjemme og rusfri om at ingen vil ha noe med han å gjøre er på noen måter like tankene han har når han er innlagt med vrangforestillinger, men i en mye mildere form. en ved å få hjelp med sine problemer, om det er vrangforestillingene eller følelsene han sitter med når han ikke er innlagt så kan kanskje det ene overføres til det andre.

Følelsen om at noen er utenfor og skal ta han tenker jeg at kan være en slags forverring av følelsene han har til daglig om at ingen vil ha noe med han å gjøre og at ingen vil han vel. De går ut på det samme, men videreutvikler seg til noe større og verre i en psykotisk tilstand.

Kanskje kan han i de psykotiske fasene sine klare å huske noe av tankemåten han lærte seg i friske perioder ved hjelp av både ABC modellen, sokratiske spørsmål og «muldvarpteknikken. Nemlig at andre mennesker vil han vel om han går ut av leiligheta si.

4.4 Abc modellen i behandlingen av Per.

Når vi skal bruke ABC modellen er det ikke selve vrangforestillingen man ser på, men hvilke hendelser som forsterker denne opplevelsen. (Berge og Repål 2015).

I hvilke situasjoner føler Per på angst, og ubehagelige ting når man ser på perioden han er innlagt i avdeling?

Her kan det pasienten forteller om virke kaotisk for en terapeut. Det kan være at det som blir sagt er vagt eller at pasienten bare ikke sier så mye. Det er nyttig at terapeuten er konkret og tydelig og bruker konkrete spørsmål som «Kan du gi meg et konkret eksempel?» På denne måten blir det lettere for både pasient og terapeut å sette inn hendelsen i et ABC skjema (Berge og Repål 2015).

Jeg starter med situasjonene hvor Per har vært utagerende mot personale:

Situasjoner hvor Per blir redd eller sint (A) er når personalet ved avdelingen kommer mot han, spesielt om de går flere sammen, eller når han blir tilbudt medisiner. Hans reaksjon på dette er ofte angst, som gjerne utvikler seg til utagerende og aggressiv atferd mot personalet (C). Dette er hans automatiske tanker, og det er automatikk i denne reaksjonen uten at han egentlig kanskje er klar over hvilke tanker som går gjennom hodet hans. Tjerstland m.fl (2013) skriver at problemene henger sammen med hva vi tenker og hvordan vi tenker. Etter å ha hatt slike tanker over tid blir de tilslutt automatiske. Og vi forholder oss til disse tankene som sannheter. De vanskelige tankene kan komme i enkelte situasjoner og overføres til andre lignende situasjoner og det kan ende med at disse tankene kommer av seg selv. Pers instinkt er å beskytte seg selv.

Her er tanken at forstyrrelser hos mennesker med psykiske vansker ofte henger sammen med hva vi tenker og hvordan vi tenker. Tankene våre blir etter hvert så inngrodd pga det vi erfarer i livet vårt, at de kommer automatisk. Og vi forholder oss til disse tankene som sannheter. De vanskelige tankene kan komme i enkelte situasjoner og overføres til andre lignende situasjoner og det kan ende med at disse tankene kommer av seg selv. Denne

typen tanker blir kalt automatiske tanker og kan få virkeligheten til å framstå på en annen måte enn for andre mennesker i samme situasjon.

Et eksempel på dette er å tenke at en enkelt hendelse beviser at det alltid er slik, alltid tenke det verste om noe eller å tro at man vet hva andre tenker (Tjersland m fl 2013).

Hvis jeg setter opp dette i et ABC skjema sammen med Per, hvor jeg får han til å reflektere litt over hva det er han tenker før, og under utageringene (B) vil ABC skjemaet se slik ut.

A (Hendelse)	B (Tanker om)	C (Konsekvens av)
Personale går mot Per Tilbyr medisiner eller lignende	De skal ta meg. De skal drepe meg De samarbeider med de andre som er utenfor.	Angst Utagerende atferd

Her ser vi en sammenheng mellom hendelsen, tankene og reaksjonen/følelsene hans. Når personale kommer mot ham eller tilbyr han medisiner, får han tanker som sier at de skal ta han og drepe han. Disse tankene gjør han redd, utløser en sterk angst og utagerende atferd som skal beskytte han. Hans reaksjon i C bidrar også til at hendelsene gjentar seg og de to forverrer hverandre. Når personalet går mot han og han blir utagerende eller opplever sterk angst så vil de tilby han medisiner for at han skal føle seg roligere. Men dette forverrer Pers aggressive oppførsel, som igjen gjør at personalet kanskje må gå flere mot han og håndtere han fysisk. Her får igjen Per bekreftelse på at personalet skal «ta han».

Når man ser på ABC modellen ser man at Per tenker lite over hva som skjer før han reagerer. Han hopper rett fra A til C uten å være klar over hva B inneholder. Her trenger Per hjelp til å se denne hendelsen på en annen måte. For å endre Konsekvensene, i dette tilfellet utageringen og angsten, må man endre tankene han får i en situasjon. Istedenfor å tenke at personalet skal ta han så bør han få hjelp til å endre tankene sine til at personalet kommer for å snakke med meg og hjelpe meg. De ønsker å tilby meg medisiner for at jeg skal få det bedre. Har han slike tanker i situasjonen vil utfallet bli annerledes. Kanskje kan han takke nei til medisinen han blir tilbudt eller snakke med personalet som kommer mot han, høre hva de har å si og ta imot hjelpen han blir tilbudt. Det er kanskje lettere for Per å tenke annerledes om en situasjon hvis han ser det skrevet ned i et ABC skjema.

Når man skal bruke ABC modellen for å endre Per sine tanker rundt situasjonene hvor personale kommer mot han, kan man starte med å se på B som er de tankene han får i

situasjonen, men som han kanskje ikke legger noe særlig merke til i situasjonen. Hjelp han til å finne disse tankene og sammen med han se nærmere på dem.

Hans tanker er at personale skal ta han og drepe han, derfor opplever han angst og føler han at han må forsvare seg. Her kan jeg som terapeut stille han spørsmål som hjelper han å tenke seg om og se på seg selv og den aktuelle situasjonen utenfra, istedenfor gjennom sine egne følelser og tanker. Pasienten skal ved hjelp av kognitiv terapi få hjelp til å utforske sine egne tanker og se nærmere på sine fastlåste mønster og sette spørsmåltegn ved disse. (Berge og Repål 2000). Kognitiv terapi lærer en pasient å se på tankene og ikke gjennom dem (Berge og Repål 2010).

Jeg vil stille åpne spørsmål uten noen tanke om hva som er det riktige svaret her, såkalte sokratiske spørsmål. Eksempel på slike spørsmål i denne situasjonen kan være «Men hvorfor tenker du at personalet skal ville skade eller drepe deg?» og «Har du noen gang opplevd å bli skadet av noen av personalet her?»

Disse spørsmålene har til hensikt at Per skal reflektere over opplevelsene sine og graden av sannsynlighet for at dette er virkelig. I Empirien forteller Per at han er 65% sikker på at dette stemmer, det vil si en viss tvil. Man kan jobbe videre med denne prosenten og den delen av han som ikke er sikker på at personalet er med på det. Og for å sjekke om samtalene har noen effekt kan gjenta spørsmålet om hvor sikker han er på dette i prosent. Kanskje svarer han 50% neste gang. På denne måten vet vi om terapien fungerer eller om man må endre fremgangsmåte.

Muldvarpteknikk er også en type spørsmål som kan hjelpe Per. Dette er spørsmål som også har til hensikt å hjelpe Per med å se på sin situasjon fra et annet perspektiv.

Disse spørsmålene har som mål å hjelpe pasienten å komme fra vrangforestilling til selvevaluering (Berge og Repål 2015). Her kan jeg spørre han om hva han ville ha sagt til sin søster om hun opplevde det som han nå opplever. Kanskje kan han på denne måten reflektere litt over de vanskelige tingene han opplever.

Hvis man kan hjelpe Per med å endre tankene som oppstår i situasjonen, vil det også endre hans reaksjon fra sint, angst og utagering til en mer adekvat reaksjon som å snakke, spørre hva personalet vil og si nei takk til medisinen de tilbyr.

En annen situasjon man kan bruke ABC modellen er når han ringer inn til avdelingen og opplever at det står noen utenfor vinduet hans.

Vi kan sette opp en ABC modell sammen med han.

A (Hendelse)	B (Tanker om)	C (Konsekvens av)
Det står noen utenfor leiligheten og ser i hans retning	De skal ta meg. De skal drepe meg De følger med på meg	Angst Gjemmer seg

Sammen kan vi se på B og tenke gjennom om det finnes andre tolkninger av at det står mennesker utenfor vinduet hans.

Kanskje kan B være at de er ute og går en tur, møtte noen de kjente og står og snakker. Kanskje er de ute og lufter hunden eller lignende. Hvis Per er med på disse tankene kan også C endres til å for eksempel være rolig, dra fra gardinene i vinduet og ha lyst til å gå seg en tur.

Den tredje situasjonen som jeg har skrevet om i empirien er når han nærmer seg utskrivningsklar, men gir uttrykk for at han sitter mest hjemme i leiligheten da han mener at ingen vil ha noe med han å gjøre og at ingen vil han vel.

A (Hendelse)	B (Tanker om)	C (Konsekvens av)
Lar være å gå ut. Sitter alene inne	Ingen vil meg vel Ingen vil ha noe med meg å gjøre	Ensom Trist Lavt selvbilde

Hendelsen i denne situasjonen er at han sitter inne i leiligheta si (A), tankene han har i hodet er at ingen vil meg vel eller ha noe med meg å gjøre (B) Dette fører til at han blir ensom og trist (C)

Her, som i likhet med de andre situasjonene hopper han nok rett fra (A) til (C). Han sitter alene og føler seg ensom og trist.

Her kan jeg som terapeut spørre han om hva det er han gjør på når han en sjelden gang går ut. Kanskje svarer han da at han går med hetta på seg, hendene i lomma og musikk på øret mens han stirrer ned i asfalten.

Terapeut: Hvorfor stirrer du ned i asfalten?

Per: Så jeg slipper å se alle de stygge blikkene, og musikken er for å slippe å høre kommentarer.

Terapeut: Har du noen gang sett at de har sett på deg eller snakket stygt om deg?

Per: Nei, det har jeg ikke.

Terapeut: Hvordan kan du være så sikker på at det er slik?

Her sår jeg litt tvil i tankene til Per. Er det virkelig slik som han tenker? Kanskje kan han neste gang han går en tur se seg litt rundt og på denne måten få oppleve selv at det er ingen som ser stygt på han. Kanskje får han også noen vennlige blikk.

Konklusjon

5.0 Konklusjon

Kognitiv terapi inneholde mange verktøy som mange mennesker med psykoseproblematikk har hatt nytte av. Jeg har også sett tydelig at det er viktig å lytte til pasientens opplevelse, fremfor å skulle realitetsorientere. Men også at det her er en viktig balansegang. Man skal ikke realitetsorientere, men heller ikke bare «jatte med» på de psykotiske symptomene. Pasienten skal føle seg hørt, men uten å sitte igjen med en følelse av ingen forsøkte å hjelpe under en vanskelig periode med skremmende opplevelser.

Jeg viser gjennom hele oppgaven hvordan jeg som terapeut bruker de ulike metodene for å hjelpe Per i de tre ulike situasjonene som ble beskrevet i empirien. I starten så man en usikkerhet hos Per. Han starter med å tvile på om det han opplever er virkelighet. Dette er en god start som man kan jobbe videre med. Når Per går fra å være 65% sikker på at det er mennesker utenfor som skal ta han og at personalet er med på det til å være 50% sikker viser det at terapien har effekt.

Problemstillingen min var «Hvordan kan jeg som vernepleier oppnå en god relasjon med en pasient, som har vrangforestillinger og som er innlagt på en akuttpsykiatrisk avdeling, ved hjelp av kognitiv terapi?»

Svaret jeg har kommet frem til her er: Ved hjelp av å bruke tid med Per, som jeg skriver en del om. Jeg har kjent Per gjennom en del år og føler at dette hjelper på vår relasjon når han kommer inn med en psykose. Jeg opplever også at denne relasjonen lyser litt gjennom de

psykotiske tankene hans da han stoler nok på meg til å snakke med meg og det at han ikke er helt sikker på at personalet er med på det å skulle ta han.

Jeg bruker de ulike verktøyene som kognitiv terapi har å by på. Abc modellen som hjelper han med å se på de skremmende og vanskelige opplevelsene på en ny måte og som kan gi han en ny tankegang.

Også sokratiske spørsmål viser seg å være til nytte for Per. De er åpne spørsmål som også hjelper han å tenke litt over sin egen situasjon, og se litt på den fra utsiden.

Det vil alltid være behov for mer forskning på effekten av kognitiv behandling og også for å videreutvikle denne behandlingsmetoden. På resultatet av artikkelsøkene mine fikk jeg også opp en del artikler, men på de som var mest relevante for min problemstilling var mange av artiklene en del år gamle, og dermed kan kanskje mye av kunnskapen være utdatert. Her er det muligheter for ytterligere og mer oppdatert forskning.

6.0 Litteraturliste

Berge, Torkil; Arne Repål. (2000). Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Berge, Torkil; Arne Repål.(2010) Den indre samtalen. 3 utgave. Oslo. Gyldendal norske forlag.

Berge, Torkil; Arne Repål.(2015) Håndbok i Kognitiv terapi. 2 utgave. Gyldendal akademiske.

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

Mandelid, Leif Jonny 2016 «Mening og mestring ved psykoselidelser . 1 utgave. Universitetsforlaget.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2004) Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer. - Trondheim: Akribe.

Tjersland, Odd Arne, Engen, Gunnar og Jansen, Ulf 2013. «Allianser». Gyldendal Norske forlag.

Artikler:

- Paul H Lysaker. Louanne W Davis, Kelly D Buck, Samantha Outcalt 2011
«Negative symptoms and poor Insight as predictors of the similarity between client and therapist rating and therapeutic alliance in cognitive behaviour therapy for patients with Schizophrenia»
- Ester Jung, Martin Wiesjahn, Winfried Rief, Tania M Lincoln. 2015 *«Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis»*.

- Vegard Klausen og Roger Hagen. 2008. «Kognitiv atferdsterapi ved psykose». Psykologtidsskriftet.no
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/05/kognitiv-atferdsterapi-ved-psykose>