



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4BACH

Erlend Jørstad Bakka og Karl-Oskar Sæther

Veileder: Marit Bye

**Bak diagnosen – En kognitiv terapeutisk  
tilnærming til pasienter med schizofreni**

**Behind the diagnosis – A cognitive therapeutic  
approach to patients with schizophrenia**

Antall ord: 12010

BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## **Sammendrag:**

**Bakgrunn:** Å møte vrangforestillinger kan oppleves vanskelig, og det kan være utfordrende å møte de som har dem på en måte som ikke virker krenkende for pasienten.

**Hensikt:** Undersøke om kognitiv terapi og dens prinsipper er en tilnæringsmåte til vrangforestillinger som kan være nyttig for sykepleieren i det daglige arbeidet med denne pasientgruppen.

**Metode:** Fordypningsoppgave basert på litteratur og erfaringer fra praksisfeltet.

**Resultater:** Forskning viser til positive resultater ved bruken av kognitiv terapi ovenfor pasienter med schizofreni og vrangforestillinger. Flere studier viser til at sykepleiere er i en særegen posisjon til å anvende seg av terapiformen, da sykepleieren ofte er med pasienten i det daglige. Forskning viser også at sykepleiere med relativt kort opptrening i bruken av kognitiv terapi, kan ta i bruk prinsippene på en hensiktsmessig og trygg måte.

**Konklusjon:** Kognitiv terapi viser seg å kunne være et nyttig verktøy for sykepleieren i møte med pasienter med schizofreni og vrangforestillinger. Det vises til gode resultater av sykepleieres bruk av kognitiv terapi i flere forskningsrapporter. Vi ser allikevel at det ligger en del kriterier i bunn for bruken av kognitiv terapi, og terapiformen vil derfor ikke alltid være den riktige ovenfor alle pasienter med samme diagnose. Selv om forskning viser til gode resultater, mener vi at sykepleieren må være eklektisk i bruken av terapiformen ovenfor hver enkelt pasient.

*Eg ser at du e trøtt  
men eg kan ikkje gå  
alle skrittå for deg  
Du må gå de sjøl  
men eg vil gå de med deg  
Eg vil gå de med deg*

*Eg ser du har det vondt  
Men eg kan ikkje grina  
Alle tårene for deg  
Du må grina de sjøl  
Men eg vil grina med deg  
Eg vil grina med deg*

*Eg ser du vil gi opp  
Men eg kan ikkje leva  
livet for deg  
Du må leva det sjøl  
Men eg vil leva med deg  
Eg vil leva med deg*

*Eg ser at du er redd  
Men eg kan ikkje gå  
i døden for deg  
Du må smaka han sjøl  
Men eg gjer død til liv, for deg  
Eg gjer død til liv for deg  
Eg e død til liv for deg  
Eg har gjort død til liv for deg*

*- Bjørn Eidsvåg*

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	6
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling .....	6
1.4 Begrepsavklaring .....	7
1.5 Oppgavens disposisjon.....	9
<b>2. Metode</b> .....	<b>10</b>
2.1 Datasamling .....	10
2.2 Kildekritikk.....	11
2.2.1 Presentasjon av artikler.....	12
<b>3. Teori</b> .....	<b>15</b>
3.1 Sykepleieteori: .....	15
3.2 Schizofreni:.....	17
3.2.1 Symptomer:.....	18
3.3 Kognitiv terapi: .....	20
3.3.1 Kognitiv terapi ved vrangforestillinger/psykoser/schizofreni: .....	22
3.4 Alliansebygging:.....	24
<b>4. Drøfting:</b> .....	<b>26</b>
4.1 Sykepleierens rolle.....	26
4.2 Opplevelse av sykdom .....	27
4.3 Kognitiv Terapi Anvendelse .....	29
4.3.1 ABC-modellen.....	30
4.4 Intervensjoner.....	31
4.5 utfordringer .....	33
<b>5. Konklusjon</b> .....	<b>36</b>
<b>6. Bibliografi</b> .....	<b>37</b>
<b>Vedlegg 1: Søkehistorikk</b> .....	<b>40</b>

## 1. Innledning

*”Og den schizofrene betrakter vi som en av oss, som har gitt opp i den samme kampen som vi alle deler; om et jeg, om en personlig eksistens, og som ikke lenger tilpasser seg til en virkelighet full av indre motsigelser.”* (Bleuler 1984, gjengitt i Cullberg, 2005, s.136)

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi synes begge at psykiatri og den psykiatriske pasienten er spennende temaer. Vi har gjennom jobb og praksiserfaringer arbeidet en del rundt pasienter med lidelsen schizofreni. En av oss har de siste 4 årene jobbet på en lukket psykosepost hvor mange av pasientene har denne diagnosen. Selv om vi har jobbet en del rundt pasienter med denne diagnosen, føler vi allikevel at vi har mye å lære om lidelsen, hva den gjør med pasientene og hvordan pasientene selv opplever den. Vi har også i noen situasjoner følt at vi har manglet et ”verktøy” eller en god taktikk for å møte pasienter med schizofreni og vrangforestillinger, og etter å ha lest litt om kognitiv terapi synes vi dette virker som en god tilnæringsmåte i arbeid med denne gruppen pasienter. Vi ønsker derfor å bli mer bevisste på hvordan vi kan gi bedre sykepleie til pasienter med denne diagnosen, da vi ser at det er mye vi kunne gjort annerledes ved tidligere situasjoner hvis vi bare hadde hatt mer kunnskap på daværende tidspunkt. Og det er her kognitiv terapi og dens prinsipper kommer inn.

I Martinsen (2011) ser vi at psykiske lidelser omfatter et stor spekter av sykdommer. De påvirker ens tanker, følelser, adferd og funksjonsnivå, og psykiske lidelser vil ofte svekke en persons funksjon i skole, arbeid, familie eller sosialt. Psykiske lidelser er folkesykdommer og forekomsten viser at i gjennomsnitt vil halvparten av befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. De vanligste lidelsene blant folkesykdommene, som også nevnes som de lettere psykiske lidelsene, er angstlidelser, depresjoner og misbruk eller avhengighet av rusmidler. En eller flere av disse lidelsene vil ramme om lag 20 % av befolkningen i løpet av livet. Av de alvorlige lidelsene, som schizofreni og bipolar lidelse, er forekomsten lavere og i løpet av livet vil om lag 1 % av befolkningen rammes.

Konsekvensene av å få en psykisk lidelse er mange. Det kan medføre en betydelig redusert funksjonsevne og tap av livskvalitet (Major Et al., 2011) og sammen med belastningslidelser i muskler og skjelett, er psykiske lidelser den vanligste årsaken til sykemeldinger og arbeidsuførhet (Martinsen, 2011). Bak mange belastningslidelser ligger det ofte psykiske

plager til grunn, men det er fremdeles knyttet et mindreverdighetsstempel til psykiske lidelser og dermed er det lettere å akseptere fysiske sykdommer enn psykiske plager (Martinsen, 2011). I OECD-landene utgjør psykiske lidelser en stadig større del av all sykemelding og uføretrygdede (Major Et al., 2011) og samfunnskostnader som tapt arbeidsinnsats, trygdeutgifter og utgifter til behandlingsapparatet er svært store (Martinsen, 2011). Anslag gjort av Folkehelseinstituttet viser at de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene for psykiske lidelser ligger mellom 60- og 70 milliarder kroner årlig (Major Et al., 2011).

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Under bacheloroppgaven har vi mulighet for å fordype oss i et selvvalgt tema som er relevant for sykepleiefunksjonen eller sykepleiefaget. Vi er begge interessert i psykiatrien og de utfordringer som man kommer borti innen fagfeltet, og på bakgrunn av dette har vi valgt denne problemstillingen for vår oppgave:

*”Kan kognitiv terapi være et nyttig verktøy for sykepleiere i samhandling med schizofrene pasienter med vrangforestillinger?”*

## **1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling**

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle bruk av kognitiv terapi hos pasienter med schizofreni, og hvordan kunnskap rundt lidelsesbilde og kognitiv terapi kan hjelpe oss som sykepleiere til å takle situasjoner rundt disse bedre. Selv om vi kun tar for oss én terapiform på grunn av oppgavens begrensninger i ord og tidsperspektiv, har vi allikevel tatt med noen poenger fra andre terapiformer. Vi har også valgt schizofreni som lidelsen vi vil ha fokus på da det meste av forskning i psykosefeltet er gjort på denne diagnosen (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Vi vil i denne oppgaven prøve å redegjøre for denne lidelsen med særlig vektlegging på vrangforestillingene som ofte er en følge av denne diagnosen, og hvordan pasientene selv opplever å leve med en psykiatrisk diagnose.

Vi tar utgangspunkt i at pasientene er innlagt i spesialhelsetjenesten, da det er der sykepleiere er mest rundt pasienter med denne lidelsen, og vi tenker at terapiformen blir mest aktuell der.

Vi har valgt kognitiv terapi da det virker på oss å være en terapiform som er lett å forstå tankegangen bak, og som godt lar seg kombinere med andre former for behandling. Vi vil gjennom oppgaven fokusere på de generelle prinsippene som ligger til grunn for kognitiv

terapi, og hvordan sykepleiere kan ta i bruk disse i arbeid rundt pasienter med schizofreni. Vi tar ikke for oss den medikamentelle behandlingen av psykose, eller andre psykososiale og miljøterapeutiske tiltak som for eksempel familiesamtaler.

#### **1.4 Begrepsavklaring**

Gjennom oppgaven bruker vi noen begreper som ikke blir utdypet i den løpende teksten, og vi avklarer derfor disse her.

Menneske-til-menneske forhold:

Et menneske-til-menneske-forhold er resultatet av en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av den syke og sykepleieren (Travelbee, 1999).

Realitetsorientering:

Realitetsorientering innebærer at man informerer pasienten om "virkeligheten" slik at pasienten bedre kan forstå og bearbeide situasjonen den er i (Hummelvoll, 2012).

Kognitiv (adferds)terapi:

Kognitiv terapi bygger på læringspsykologi og kognitiv psykologi, og er en øvelse i indre samtale slik at pasientene kan videreutvikle sin egen evne til å utforske sine tanker og sette spørsmål ved sine fastlåste tankemønstre. Kognitiv terapi kalles også kognitiv adferdsterapi (Berge & Repål, 2010).

Psykoedukasjon:

Psykoedukasjon er formidlingen til pasienten om deres lidelse og temaer relatert til lidelsen (Rosenberg & Mørch, Kognitiv terapi, 2005)

Psykodynamisk:

Psykodynamisk viser til drivkreftene og energien i sjel livet. Gjennom psykodynamisk psykologi prøver man å finne underliggende behov og motiver som årsak til adferd (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

### Psykoterapi:

Psykoterapi er behandling av sinnslidelser med sjelelig påvirkning ved suggesjon, fortelling, læring, problemløsning, avslapping, mestring av angst, trøst, støtte eller bruk av psykoanalytisk arbeidsmåte (Øyri & Øyri, 2007).

### Vrangforestilling:

Vrangforestillinger er konklusjoner pasientene kommer frem til, men som ikke deles av omverdenen – og hvor de er uimottagelige for fornuftsmessige korrigeringer av disse tankene (Hummelvoll, 2012).

### Katatoni:

Katatoni er avvikende psykomotorisk adferd som for eksempel viser seg ved krampeaktig stivhet i merkelige stillinger(katalepsi). Pasientene utvikler også ofte en stereotyp adferd med merkelige ritualer (Kringlen, 2008).



## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven består i alt av fem kapitler. Kapittel 1 er innledningen. Her presenterer vi bakgrunnen for valg av temaet i oppgaven, introduksjon av problemstillingen, avgrensing, begrepsavklaring og oppgavens disposisjon. Kapittel 2 er metoden i oppgaven. Her presenterer vi hvordan vi har gått fram for å finne litteraturen som vi har anvendt i oppgaven. Kapitlet inneholder en datasamling, kildekritikk og en presentasjon av artikler brukt i oppgaven. Kapittel 3 er teoridelen. Her tar vi for oss teorien vi mener er viktig for sykepleierens forståelse av kognitiv terapi opp i mot pasienter med schizofreni. Kapitlet inneholder sykepleierteori basert på Joyce Travelbees referanseramme, en del om schizofreni og symptomer, en del om kognitiv terapi og videre en del om alliansebygging. I kapittel 4 drøfter vi oppgavens problemstilling med utgangspunkt i teori, forskningsartikler og egne praksiserfaringer. Vi ser blant annet på sykepleierens rolle ved bruk av kognitiv terapi og utfordringer for bruken av denne opp i mot pasienter med schizofreni. I kapittel 5 kommer avslutningen vår hvor vi oppsummerer det vi har kommet fram til i oppgaven.

## 2. Metode

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Vilheml Aubert 1985, gjengitt i Dalland, 2013)*

Skolens retningslinjer for bacheloroppgaven sier at det er en fordypningsoppgave som skal bygge på litteratur og erfaringer fra praksisfeltet. Vi vil i denne delen beskrive hvordan vi har gått frem for å finne fram til litteraturen vi bruker, som belyser oppgavens problemstilling og tema. Vi har så langt det har latt seg gjøre forsøkt å benytte oss av primærkilder i denne oppgaven. I oppgaven benytter vi oss både av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, erfaringer fra praksis, og forsknings- og fagartikler.

### 2.1 Datasamling

Vi har funnet noe relevant faglitteratur i bøker som tidligere har stått på pensumlistene våre. Vi har også funnet en del litteratur på høgskolens bibliotek. Både ved å fysisk lete i relevante seksjoner av biblioteket, og ved å søke etter bøker på Oria.no. Søkeord vi har brukt da er blant annet: Kognitiv Terapi, Schizofreni, Sykepleieteorier, Psykiatri, Joyce Travelbee, Turkington og Kingdon. Ved å benytte disse søkeordene har vi funnet flere relevante bøker for vår oppgave. De bøkene som høgskolens bibliotek ikke har hatt inne ved søketidspunkt har vi bestilt, og fått de levert fra andre høgskoler. Vi har også benyttet oss av Sanderud Sykehus sitt fagbibliotek, hvor vi har lånt noen bøker, samt forskningstidsskrift.

Veiledende for søk av artikler har vært fokuset på oppgavens problemstilling og tema. Når vi har søkt etter artikler har vi sett betydningen av gode søkeord, og vi har derfor brukt ordnett.no for å finne gode oversettelser fra norsk til engelsk på søkeord. Vi har også sett på nøkkelordene i artikler vi har funnet for å finne andre relevante artikler som omhandler samme tematikk. Enkelte databaser slik som OvidNursing har hatt egne verktøy for å spesifisere søkeordene nærmere slik at treffene blir mer relevante, for eksempel da vi søker etter ”nursing” i den databasen, gir den oss mange alternativer slik som ”Psychiatric nursing, Geriatric Nursing” etc. Søkeord vi har brukt under artikkelsøk har vært blant annet: Nursing, Psychiatry, In-patients, Schizophren\*, Cognitive Therapy, Cognitive Behavioural Therapy, Delusions, Symptoms, Interventions, Efficacy.

Vi har også søkt etter enkeltartikler som kollegaer har tipset oss om, slik at vi har funnet disse.

Vi har brukt høgskolens tilganger i forskjellige databaser for å finne artikler vi mener er relevante for problemstillingen, temaet og sykepleierfaget, i tillegg har vi også benyttet oss av Sykehuset Innlandet sine tilganger i andre databaser. Av artiklene vi har benyttet oss av i oppgaven har vi funnet de aller fleste gjennom Oria, som har linket til EBSCOhost, OvidNursing, CINAHL With Full Text og diverse andre databaser. Vi har også foretatt egne søk innenfor disse databasene.

## **2.2 Kildekritikk**

Gjennom prosessen med oppgaveskrivingen har vi forsøkt så godt det lar seg gjøre å vurdere litteraturen kritisk. Kildekritikk er å beskrive og bedømme litteraturen som er funnet og som er tatt i bruk i oppgaven (Dalland, 2013). Vi har vært opptatt av at litteraturen vi har brukt skal være relevant for temaet vi skriver om og vi har fokusert på dens kvalitet og gyldighet.

Vi har brukt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur i oppgaven. Når det gjelder pensumlitteraturen vi har anvendt i oppgaven har vi tatt utgangspunkt i at den er faglig vurdert av høgskolen. Siden det er litteraturen er anbefalt for utdanningen vår ser vi på relevant bruk av den som en styrke for oppgaven. Flere av pensumbøkene vi har bruk er relevante for oppgaven, men de tar ikke for seg temaet for oppgaven i like stor grad som annen faglitteratur vi har funnet. Derfor har vi i tillegg til pensumbøkene benyttet oss av fagbøker som tar for seg bruk av kognitiv terapi ved schizofreni siden de beskriver temaet mer omfattende.

Vi har tilstrebet så langt det lar seg gjøre at litteraturen som er benyttet i oppgaven helst skal komme fra primærkilder, siden vi er klare over at sekundærkilder i tilfeller kan ha sine egne tolkninger av det som står i primærkildene. Premissene vi har lagt til grunn for bruk av forskningsartikler er at de skal være relevante for vårt tema, helst av nyere dato og at de er publiserte i vitenskapelige tidsskrifter. Siden artiklene er hentet fra vitenskapelige tidsskrifter er de også fagelleverdert (peer review). Det stilles i slike tidsskrifter bestemte krav for innhold og form, og det at artiklene er fagelleverdert betyr at de vurderes og godkjennes av eksperter på fagområdet (Dalland, 2013) før de evt. utgis, noe som har vært viktig for vår kritiske vurdering av de.

### **2.2.1 Presentasjon av artikler**

#### **Chan, S. W.C. & Leung, J. K.Y: Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice, 2002**

Denne forskningsartikkelen tar for seg bruken av kognitiv terapi i møte med mennesker som lider av schizofreni, og bruken av terapiformen fra sykepleiere. Artikkelen fremmer at kognitiv terapi har positiv effekt ovenfor pasienter, på både deres mentale status og tilbakefallsrate. Det beskrives hvordan sykepleiere på grunn av deres direkte kontakt med pasienter i det daglige står i en gunstig posisjon til å bruke kognitiv terapi. Samtidig trekker artikkelen frem betydningen av utdanningen og treningen av sykepleiere, slik at de innehar nok kunnskap til å bruke terapiformen. Et annet interessant tema artikkelen tar opp er kulturelle forskjeller, og hvordan dette kan ha innvirkning på bruken av kognitiv terapi.

#### **England, M: Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing, 2007.**

Denne forskningsartikkelen tar for seg bruken av sykepleieres kognitiv terapeutiske intervensjoner ved hørselshallusinasjoner. De så på om disse intervensjonene i tillegg til vanlig behandling ga bedre resultater enn vanlig behandling alene. Artikkelforfatteren mener at sykepleiere burde se mer inn på bruken av kognitiv terapi, og finne flere strategier for bruken av den.

#### **Hallberg, M., & Ørbeck, A. L: Kognitiv terapi gir gode resultater, 2006.**

Denne fagartikkelen prøver å belyse at kognitiv terapi ikke bare bør utføres av psykologer og leger/psykiatere. Artikkelen mener at kognitiv terapi er nyttig for flere yrkesgrupper, deriblant sykepleiere. De begrunner dette med at flere og flere yrkesgrupper med 3-årige utdannelse har fått større individuelt ansvar for oppfølging og behandling av pasienter. De legger vekt på at kognitiv terapi er ufarlig, da pasienten selv står for den aktive deltakelsen i terapien.

#### **Rigby, A. P: Understanding Schizophrenia, 2008.**

Denne artikkelen er ment som en innføring i hva schizofreni er, og hvordan sykdommen med dens symptomer fungerer. Den tar også for seg et flertall av terapeutiske metoder å møte sykdommen på.

**Turkington, D. med flere: A randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow up, 2008.**

Denne forskningsartikkelen ser på effekten kognitiv terapi har hatt på en gruppe pasienter etter fem år. Artikkelen ser på forskjeller i utfall av behandling mellom kognitiv terapi, og ”befriending” sammen med vanlig behandling. Artikkelen trekker frem at de som mottok kognitiv terapi viste større og mer langvarig effekt mot symptomer, enn de som mottok vanlig behandling.

**Turkington, D. med flere: High-Yield Cognitive Behavioural Techniques for Psychosis Delivered by Case Managers to Their Clients With Persistent Psychotic Symptoms, 2014.**

Denne forskningsartikkelen ser også på sykepleieres bruk av kognitiv terapi og teknikker fra terapiformen i møte med psykotiske pasienter. I forskningen til denne artikkelen fikk 13 kontaktsykepleiere et 5 dagers kurs i bruken av teknikker fra kognitiv terapi, og de har sett på effekten av bruken av dette i møte med 38 pasienter. 60,5% av deltakerne i studien viste gode kliniske resultater, og kun 1 av de 38 pasientene som var med på dette viste dårlige kliniske resultater. Artikkelen konkluderer med at kontaktsykepleiere kan bli kurset i bruken av kognitiv terapeutiske teknikker, og trygt og effektivt kan bruke dette i møte med pasienter med langvarig psykoseproblematikk.

**Turkington, D. med flere: Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia, 2006.**

Denne forskningsartikkelen ser som tittelen sier på utfallet av kognitiv terapeutiske intervensjoner gitt av psykiatriske sykepleiere. Artikkelen prøver å finne ut om kort bruk av kognitiv terapeutiske intervensjoner kan gi klinisk viktige utfall i sammenheng med tilfriskning, symptomer og reinnleggelser på institusjon. I forskningen har de sett på 366 pasienter, hvor noen mottok kognitiv terapi og noen vanlig behandling, og hvilken effekt dette har hatt etter 1 år.

**Turkington, D., Kingdon, D., & Weiden, P. J: Cognitive Behaviour Therapy for schizophrenia, 2006.**

Denne fagartikkelen ser på bruken og utfallet av kognitiv terapi ovenfor mennesker med schizofreni. Artikkelen summerer opp nåværende praksis og data som støtter bruken av kognitiv terapi ovenfor pasienter med schizofreni. Den ser på forskjeller på bruk av

terapiformen mellom Storbritannia og U.S.A, og konkluderer med at det burde legges mer vekt på bruken av kognitiv terapi i U.S.A.

**Årseth, A. L., & Johannessen, B: Opplevelsene av å få og leve med en psykiatrisk diagnose, 2013.**

Denne kvalitative forskningsartikkelen tar for seg hvordan pasienter selv opplever det å bli psykisk syk. De går inn på hvordan pasientene ønsker å bli møtt av helsevesenet, og hvordan de oppfatter at de i deler av helsevesenet har opplevd at diagnosen blir en ”merkelapp”. Det legges stor vekt på at pasientene selv ønsker å bli oppfattet som noe mer enn sin diagnose.

### 3. Teori

I teoridelen tar vi for oss temaer vi ser på som viktige for sykepleiere som skal jobbe med kognitiv terapi rundt schizofrene pasienter. Vi ser det som viktig at man har en forståelse for hvordan sykdommen påvirker de som lider av den i form av vrangforestillinger og tankeforstyrrelser, og hvordan man kan bruke kognitiv terapi for å hjelpe pasienter med denne problematikken til å se andre løsninger og forklaringer på sine vrangforestillinger og tanker.

Teoridelen starter med et kapittel om Joyce Travelbees sykepleierteori som vi baserer vår oppgave på. Deretter kommer det en kapittel om diagnosen schizofreni, og hvilke typiske symptomer denne lidelsen bringer med seg. Så kommer det et kapittel om kognitiv terapi, og bruken av denne opp mot vrangforestillinger. Til slutt i teoridelen av våres oppgave kommer det et kapittel om alliansebygging mellom sykepleier og pasienter.

#### 3.1 Sykepleierteori:

For å belyse vårt tema i oppgaven har vi valgt å se nærmere på Joyce Travelbees tolkning av hva sykepleie dreier seg om. Joyce Travelbee (1926 – 1973) var psykiatrisk sykepleier, hun jobbet med å undervise ved en sykepleierutdanning i USA. Travelbee (1999) beskriver sykepleie som mellommenneskelig prosess, fordi den alltid foregår mellom mennesker, direkte eller indirekte. Hun definerer sykepleie som ”... *en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene*” (Travelbee, 1999, s. 29). Skal man forstå hva sykepleie er og bør være hevder Travelbee at man må ha en forståelse for hva som foregår mellom pasienten og sykepleieren, hvordan dette samspillet kan oppleves av pasienten, og hvilken betydning dette samspillet kan ha for pasientene og tilstanden deres (Kirkevold, 2012). Travelbees teori bygger på at man tar utgangspunkt i pasienten som et enestående individ, og behandler dem med respekt og engasjement ut ifra pasientens opplevelse av situasjonen den er i (Kirkevold, 2012). Ut ifra dette prøver man som sykepleier å bidra til en forandring i pasientens situasjon.

For å hjelpe pasientene gjennom de situasjoner de opplever må vi ha etablert et menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold, 2012). Travelbee hevder at et slikt forhold kun kan eksistere

mellom konkrete mennesker, og ikke mellom generelle og abstrakte roller, slik som rollene ”sykepleier” og ”pasient” (Kirkevold, 2012). Hun tar derfor avstand fra det hun mener er generaliserte definisjoner som eksempelet over, fordi det visker ut hvert menneskes spesielle trekk og bare fremhever fellesnevnerne (Kirkevold, 2012). Dette er også noe som Hummelvoll (2012) trekker fram i begrepet *sykepleier-pasient-felleskapet*. Det går ut på at man utvikler et samspill og et fellesskap mellom sykepleier og pasient, som legger mer vekt på at det er et møte mellom to mennesker enn at det er et møte mellom rollene, pasient og sykepleier. Gjennom et slikt fellesskap prøver man på konstatere hvilke problemer og funksjonsvansker pasienten har og ut i fra det forsøker man å finne hensiktsmessige måter å tilnærme seg disse problemene og vanskene på. Et slikt samarbeid og fellesskap gjør det mulig å ha en sykepleiepraksis som har fokus på å pasientens egen forståelse, perspektiv og ønsker.

Travelbee mener lidelse er en fundamental fellesmenneskelig erfaring, og en del av det å være menneske. Hun mener derfor at alle mennsker før eller siden vil oppleve lidelse i løpet av livet. Samtidig er lidelse veldig personlig, og lidelsen kan sees som en erfaring der man blir bevist på emosjonell, fysisk eller åndelig smerte (Kirkevold, 2012). Travelbee ser lidelse i sammenheng med sykdom, hvor sykdommen kan føre til tap av integriteten til pasienten på et kroppslig, åndelig eller emosjonelt nivå (Kirkevold, 2012). En kan derfor si at lidelse ofte er knyttet opp til tap av noe som betyr noe for pasienten (Kirkevold, 2012). Travelbee mener derfor at hver persons subjektive opplevelse av sin sykdom og lidelse er viktigere for oss som sykepleie å forholde oss til, enn selve diagnosen (Kirkevold, 2012). Dette fordi sykepleieren selv med bakgrunnskunnskap om selve lidelsen, ikke kan vite med sikkerhet hvordan pasienten selv opplever sin sykdom, og derfor må drøfte dette med pasienten for å få en forståelse av hvordan vi kan hjelpe.

Vi har valgt å bruke Travelbees tanker om det å opprettholde et hjelperforhold til andre som en forutsetning for drøfting av problemstillingen.

For å opprettholde et hjelperforhold til andre er det flere faktorer som må til. Man må først etablere en relasjon til pasienten. Denne relasjonen er noe som bygges opp dag for dag i samarbeid med pasienten (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) legger vekt på to nødvendige faktorer som sykepleien må være bevist på i hjelperforholdet. Det første som kreves er å ha en kunnskapsbase. Videre må man ha en evne til å sette den iboende kunnskapen man har ut i praksis (Travelbee, 1999).

Den andre forutsetningen for å opprettholde et godt hjelperforhold er å ha en evne til å bruke



seg selv terapeutisk. Det gjør man som sykepleier for å kunne mildne personens plager (Kirkevold, 2012). Man kan se på det som en bevisst bruk av seg selv – ens egen personlighet og kunnskap er noe som kan bidra til forandring hos syke personer.

Det betyr at man må søke å etablere en trygg relasjon til personen og møte personen på dens premisser. På den måten kan man lettere møte personens behov og hjelpe vedkommende til å akseptere tilstanden man er i, sykdommen og lidelsen (Kirkevold, 2012).

Samspeillet mellom pasient og sykepleier baserer seg i stor grad på kommunikasjon. Travelbee mener at dette er en forutsetning for oppnå sykepleierens hensikt (Kirkevold, 2012), som er beskrevet over. Videre hevder Travelbee at kommunikasjon er en komplisert formålsstyrt prosess. Dermed krever det kunnskaper om kommunikasjon og evne til å praktisere kunnskapene riktig i forskjellige interaksjoner med andre (Kirkevold, 2012).

### **3.2 Schizofreni:**

Schizofreni blir ofte omtalt i media som å være synonymt med farlig adferd og vold, og selv om samfunnet har blitt mer akseptable ovenfor andre psykiske lidelser som angst og depresjon blir fortsatt schizofreni sett på med negative øyne (Linden & Kavanagh, 2011).

De schizofrene lidelsene er noen av de mest komplekse sinnslidelsene og noen av de som rammer hardest (Pavalonis, 2008), og de representerer et stort helseproblem da det ofte dreier seg om kroniske tilstander hos relativt unge mennesker (Kringlen, 2008). Det er ikke en enkeltstående sykdom, men heller et syndrom med forskjellige symptomer og stor spennvidde i hvordan det påvirker den som lider av diagnosen (Pavalonis, 2008). Sykdommen kan bli kalt for en hjernesykdom, da mange av symptomene kommer fra faktorer som spiller inn på hjernens neurotransmittersystem, som igjen resulterer i forstyrrede tankemønstre, vrangforestillinger, humør, motivasjon og kognitive funksjoner (Pavalonis, 2008). Schizofreni blir ofte omtalt som en psykotisk lidelse fordi de rammede ofte har perioder hvor de mister ”kontakten” med virkeligheten og viser psykosesyntomer, alle symptomer på schizofreni svekker pasienten i det daglige, men ikke alle symptomene er psykotiske (Pavalonis, 2008). Selv om vi kan identifisere mange symptomer på schizofreni er det viktig at vi har forståelse for at hver persons tilfelle av lidelsen er unikt og heterogent (Rigby, 2008). I dag regner man både biologiske og miljømessige faktorer som virksomme til schizofreniens etiologi, det vil si at man tror at en genetisk sårbarhet interagerer med psykososiale stressfaktorer i miljøet til den rammede (Andersen, 2005). Schizofreni rammer ca. 1% av befolkningen, og sykdommen

debuterer vanligvis i ung alder, 15-25 år (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Prognosen for sykdommen er blitt bedre for hvert tiår, noe som trolig er på grunn av bedre behandlingstilbud, men også muligens fordi samfunnet har fått endrede holdninger til psykiatriske diagnoser. I dag blir de fleste friske etter første gangen sykdommen gjør sin inntreden, men tilbakefallsrisikoen er høy for mange. Anslagsvis 25% av de som rammes av sykdommen blir helt friske, og 60% blir så godt rehabilitert at de klarer hverdagslivet til tross for noen restsymptomer (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010) Vanlige restsymptomer kan være økt nærtagenhet, mistenksomhet, sosial angst, svekket initiativ og livsglede (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

### **3.2.1 Symptomer:**

Symptomene på schizofreni deles inn i to grupper, negative og positive. De negative depressive symptomene er ofte første tegn på sykdommen, før de positive og mer psykotiske symptomene kommer etter noen år (Rigby, 2008).

De negative symptomene kan være tap av interesse for ting som før var lystbetont, isolere seg fra det sosiale, nedsatte følelser, ordfattighet og apati/tap av motivasjon (Rigby, 2008). Det kan ofte være vanskelig å se disse symptomene som en psykisk sykdom, da de som har disse ofte bare blir omtalt som å være litt merkelige, annerledes eller late av samfunnet rundt (Rigby, 2008). Allikevel kan disse negative symptomene påvirke livet til de som har dem, da de ofte går ut over arbeid, skole og forhold i deres liv (Rigby, 2008).

De positive symptomene kan deles inn i forstyrrelser av tankemønstre, forstyrrelse av tankeinnhold og persepsjonsforstyrrelser (Rigby, 2008).

#### **Forstyrrelse av tankemønstre:**

Dette symptomet kommer til syne ved at det forstyrrer måten en strukturerer tankene på, men ikke hva en tenker på. Dette kan komme til syne på forskjellige måter som for eksempel et assosiasjonstap hvor tanker og idéer ikke er knyttet opp til den samme logikk som "normale" tanker vanligvis er, tankene kommer hurtigere og mer trykkende en normalt, eller at tankene blir mer oppstykket en vanlig (Rigby, 2008). Et eksempel på dette vil kunne være at hvis vi sier melkekartong, vil en normalt assosiere dette opp mot melk, mens den schizofrene vil kunne assosiere dette med helt andre ting som ikke vil virke logisk for majoriteten i befolkningen.

### **Forstyrrelser av tankeinnhold:**

Vrangforestillt tankeinnhold er en av de vanligste symptomene hos den schizofrene (Rigby, 2008). Her kan den schizofrene overbevise seg selv om at ting fungerer på en måte, mens alle bevis tyder på noe helt annet (Rigby, 2008). Vrangforestillinger defineres vanligvis som fastlåste, umodifiserbare og uforklarlige overbevisninger, som fastholdes med en sterk overbevisning som ikke lar seg påvirke av motargumenter (Andersen, 2005).

Vanlige vrangforestillinger er:

- Paranoide tanker hvor en person tror at andre prater om dem og planlegger å gjøre dem noe, eller at noen forfølger dem (Rigby, 2008)
- Grandiose tanker hvor de kan være overbevist om at de har en høyere status i samfunnet enn de har, rikdom eller spesielle evner som for eksempel å kunne helbrede folk med tankekraft (Rigby, 2008).
- Somatiske tanker hvor de kan tro at deres organer er tatt fra dem eller at de har utviklet en sykdom og er smittebærere (Rigby, 2008)

Andre vanlige vrangforestillinger er at andre personer kan putte tanker inn i hodet deres, at andre hører tankene deres eller at andre kan gå inn å fjerne tankene deres (Rigby, 2008).

### **Persepsjonsforstyrrelser:**

Persepsjonsforstyrrelser kommer som oftest til syne ved at sanseorganene "reagerer" uten stimuli fra noe virkelig (Rigby, 2008). Vi snakker ofte om forstyrrelser i disse sansene som hallusinasjoner, og vi deler disse som oftest inn i fem grupper:

- Berøringshallusinasjoner hvor de kan føle at noen tar på dem uten at noen er der
- Smakshallusinasjoner hvor de for eksempel kan smake ting uten å ha spist noe, eller at smaken på det de spiser blir tolket som noe annet enn det det er.
- Lukthallusinasjoner hvor de kan kjenne lukter, selv uten at de har noe opphav i miljøet rundt dem.
- Synshallusinasjoner hvor de ser ting eller personer som ikke er synlige for andre enn dem selv.
- Hørselshallusinasjoner hvor de kan høre stemmer eller andre lyder som ikke andre enn dem selv hører.

Hørselshallusinasjoner er den mest vanlige da over 50% av de som er rammet av schizofreni oppgir dette som et symptom (Pavalonis, 2008). Forskere mener hørselshallusinasjonene kommer fra abnormaliteter i venstre hjernehalvdel, da språksenteret sitter der og venstre

hjernehalvdel har vist seg å respondere på hallusinasjoner på samme måte som at den hører virkelige stemmer (Pavalonis, 2008). En kan derfor si at hallusinasjonene er virkelige for pasienten, og den opplever det like virkelig som at du leser det her (Pavalonis, 2008). Frafall av stress og oppstart av medikamentell behandling har ofte vist å ha god effekt for å dempe/fjerne hallusinasjonene (Pavalonis, 2008).

### **3.3 Kognitiv terapi:**

Kognitiv terapi oppstod som terapiform på midten av seksti-tallet. Da denne terapiformen oppstod hadde den psykoanalytiske hovedretningen innen psykiatri allerede eksistert i over femti år og innlæringspsykologien i nærmere førti år. Disse retningene var splittet på flere områder, og andre hovedretninger innen psykiatrien hadde oppstått i etterkrigsårene. Det var på en måte blitt en større optimisme med tanke på behandlingen av psykiske lidelser, men samtidig var det flere lidelser som for eksempel depresjon som hadde vist seg å være vanskelige å behandle for begge de to psykoterapeutiske hovedretningene. Flere forskere fant ut at de var nødt til å finne begreper for menneskets opplevelse av situasjoner, og hvilken mening denne ga som følge av persepsjon og reaksjon. Kognitiv terapi oppstod derfor som en ny hovedretning, da denne oppfylte datidens krav til psykoterapi, beholdt deler av eksisterende teorier og samtidig utviklet nye konsepter og metoder. Aaron T. Becks kognitive psykoterapi var på mange måter den første som slo an. Dette på grunn av dens konseptuelle grundighet, høyt vitenskapelige nivå og empiriske fundering (Rosenberg & Mørch, Kognitiv terapi, 2005).

Kognisjon er betegnelsen på hvordan vi kontinuerlig bearbeider informasjon, hvordan vi tenker, forestiller eller husker en bestemt hendelse (Berge & Repål, 2010). Gjennom en stadig pågående indre samtale tenker vi over og ser for oss våre opplevelser, vi kommenterer det vi gjør og ser for oss utfallet av det vi gjør (Berge & Repål, 2010). Det er denne kognisjonen, selve måten vi tenker rundt en hendelse, som påvirker hvilke følelser vi knytter opp til denne hendelsen (Berge & Repål, 2010). Vårt tankemønster vil styre hvordan vi tenker om en spesiell hendelse (Berge & Repål, 2010). Hvordan vi tenker om noe syres av hvordan vi oppfatter informasjonen. Hummelvoll (2012) beskriver dette som *koding*, en måte å administrere og gruppere informasjonen på, og våre tidligere erfaringer og bakgrunn vil sette et subjektivt preg på en hendelse. På grunn av dette kan vi se at to personer kan reagere helt ulikt til den samme hendelsen (Berge & Repål, 2010).

Flere analyser har de siste årene konkludert at kognitiv terapi er en effektiv behandlingsmetode ved psykosesyntomer (Hagen, 2011). De viser til at det har en god dempende effekt på ubehag ved auditive hallusinasjoner, negative symptomer og tilleggssymptomer som depresjon og sosial angst sammenlignet med vanlige behandlingsformer (Hagen, 2011). Helsedirektoratet (2013) skriver: *”Kognitiv adferdsterapi ved psykososer bør tilbys alle pasienter som plages med psykosesyntomer, i individuelle forløp med en varighet på minst 15-20 samtaler. Kognitiv adferdsterapi kan benyttes i alle behandlingsfaser.”*

Kognitiv terapi går ut på at man sammen med pasienten øver på den indre samtalen med seg selv slik at pasienten kan videreutvikle evnen til å utforske sine egne tanker og dermed kunne sette spørsmålstegn ved sine fastslåtte tankemønstre (Berge & Repål, 2010). Karakteristisk ved kognitiv adferdsterapi er at det legges vekt på tenkningen og adferdens betydning for følelseslivet og den legger vekt på utviklingen av psykiske problemer og symptomer (Rosenberg, Mørch, & Arendt, 2012). Kognitiv terapi er et samarbeid mellom terapeuten og pasienten, og er rettet mot hvilke og hvordan problemer fremtrer i pasientens hverdag (Berge & Repål, 2010).

Det er tre sentrale mål ved kognitiv terapi: Få kontroll over problemene, få en forståelse for hva som har bidratt til at de oppstod og ble opprettholdt, og finne metoder som kan brukes til å forebygge nye problemer (Berge & Repål, 2010). Gjennom dette kan en finne måter å endre sin adferd på (Rosenberg, Mørch, & Arendt, 2012). Et utgangspunkt for kognitiv tilnærming er at man ser det som en glidende overgang mellom psykiske lidelser og normal fungering, det er gradsforskjeller og ikke vesensforskjeller det dreier seg om, og vi vil alle til en viss grad derfor klare å kjenne oss igjen i hva personen med de psykiske problemene opplever (Berge & Repål, 2010).

Sykepleierens jobb ved kognitiv terapi vil være å guide eller ledsage pasienten, sykepleieren skal fungere som instruktører på en rolig og verdig måte (Berge & Repål, 2010). Ved å bruke spørsmål som åpner opp for refleksjon håper man på å få pasienten til å ta stilling til betydningen av ulike måter å tenke på, og samtidig finne nye måter å takle de tanker og følelser som oppstår i situasjoner (Berge & Repål, 2010). Kognitiv terapi er en øvelse i det å ”se” på tankene sine, og ikke bare handle ut fra dem eller gjennom dem (Berge & Repål, 2010). Det handler om å kunne studere sine negative tanker så man ikke bare blir en del av

dem og tar de for gitt, da tanker ikke er fakta, men kun tanker (Berge & Repål, 2010). Det å endre negative tankemønstre er ikke lett, da tankemønstrene er resultatet av alle våre tidligere erfaringer i livet (Berge & Repål, 2010). Man må derfor ofte gå systematisk til verks for å få endret på dette, en modell som brukes i kognitiv terapi er ABC-modellen:

A: Hendelsen

B: Tanker omkring hendelsen

C: Følelser knyttet til tolkningen av hendelsen

Et eksempel på dette med en paranoid schizofren pasient vil være at vi kan klø oss på nesen, og vedkommende vil kunne tenke at det er et tegn på at nå skal noen komme å ta han, og han vil da kunne reagere med følelser som frykt og sinne. De fleste andre ville nok bare tolket det som at den som klør seg på nesen bare klør, og ikke ilegge hendelsen noe mer enn det det er. Hvordan du reagerer på dette avhenger av hva du tror årsaken til at vi klør oss på nesen er, og det er poenget, våre følelser er knyttet opp til den meningen vi ilegger en hendelse (Berge & Repål, 2010). Kjernen i kognitiv terapi er å hjelpe pasienten til å mestre de problemene de har i livet, og samtidig hjelpe de til å endre uhensiktsmessige tankemønstre som er knyttet opp til problemene (Berge & Repål, 2010).

### **3.3.1 Kognitiv terapi ved vrangforestillinger/psykoser/schizofreni:**

Det er godt dokumentert at kognitiv individualterapi har vist seg å være nyttig for mange pasienter, og flere studier viser positiv effekt med en reduksjon av symptomer, eller bedret funksjon hos pasienten selv om symptomene fortsatt er aktive (Berge & Repål, 2010).

Pasienter med diagnosen schizofreni som mottar kognitiv terapi har vist å få større innsikt i sin egen lidelse, og mindre av de negative symptomene (Turkington Et al., 2006). Pasienter som er motstandskraftige mot medikamentell behandling og som har vedvarende psykotiske symptomer synes å ha best effekt av terapien (Berge & Repål, 2010). Kognitiv behandling har også vist seg å øke etterlevelsen av medikamentell behandling hos denne pasientgruppen (Berge & Repål, 2010).

Personer med vrangforestillinger har en tendens til å trekke slutninger for raskt i situasjoner med motstridende eller begrenset informasjon, og de legger ofte mer vekt på hva de opplever her og nå enn hva de tidligere erfaringer skulle tilsi (Berge & Repål, 2010). Personer som har forestillinger om at de blir forfulgt har en tendens til å ilegge andre mennesker skyld for deres livsproblemer, noe vi kan se på som et slags forsvar av sin egen selvaktelse, eller som et slags

dekke for at de ikke forstår situasjoner (Berge & Repål, 2010). Når vi ser på dette ut i fra en kognitiv forståelsesmodell antar vi at disse ”forsvarstankene” eller tankeforstyrrelsene i stor grad er med på å lage større vrangforestillinger hos pasienten (Berge & Repål, 2010).

Tankeforstyrrelsene kan gjøre det vanskelig for pasienten å tolke situasjoner den befinner seg i, og se sammenhenger i opplevelser den gjør seg. De antakelser, forestillingsbilder og vrangforestillinger pasienten gjør seg i situasjoner kan tolkes som en måte for pasienten til å skape forståelse for seg selv i en situasjon den ellers ikke forstår (Berge & Repål, 2010). Et eksempel på dette hvor pasienten lider av en vrangforestilling hvor den tror at noen kan lese tankene deres kan være at noen fullfører en setning for dem (hendelse/A), de tolker det dithen at vedkommende leste tankene deres og visste hva de skulle si (tanker/B), og konsekvensene (utfallet/C) som da oppstår når de får ”bekreftet” sine mistanker kan være frykt og angst.

Når en jobber med vrangforestillinger må en legge vekt på å møte pasienten på en respektfull og ikke-konfronterende måte, og en skal ikke ”presse” pasienten til å sette spørsmålstegn ved sine vrangforestillinger (Andersen, 2005). Når en bruker kognitiv terapi ved schizofreni går det gjennom flere faser eller prosesser (Hagen, 2011). Det starter med å engasjere pasienten til terapi og skape en terapeutisk allianse, så prøver man å normalisere de psykotiske symptomene. Etter denne innledningsfasen vil man sammen med pasienten prøve å skape en forståelsesmodell for pasientens opplevelser i sammenheng med utviklingen av og opprettholdelsen av de psykotiske symptomene. Først etter dette begynner man arbeidet med vrangforestillingene hvor en gjennomgår bevis for pasientens forestillinger. Avslutningsvis lager man en plan sammen med pasienten for hvordan man skal forhindre tilbakefall.

Sykepleierens jobb i den kognitive terapien er å hjelpe pasienten til å finne alternative forklaringer på situasjonene/forestillingene, og det aller beste er om pasienten selv klarer å finne disse alternativene (Berge & Repål, 2010). Desto flere alternative forklaringer man klarer å komme opp med, desto bedre. En kan da sammen med pasienten sette opp de ulike forklaringene i en liste sammen med pasientens opprinnelige forklaring, og gradere de ulike forklaringene prosentvis hvor den opprinnelige forklaringen får den prosentandelen som blir igjen når de andre er gradert. På denne måten kan vi hjelpe pasienten til å se at det finnes flere fortolkningsmuligheter, uten å måtte gå inn i en diskusjon om hvilken forklaring som er ”riktig” (Berge & Repål, 2010). Denne tilnæringsmåten brukes en del hos pasienter med paranoide vrangforestillinger, da man tar utgangspunkt i at disse kan trekke konklusjoner både raskere og på mindre holdepunkter enn andre, og at de ofte holder mer fast ved en konklusjon/forklaring når de først har trukket en (Berge & Repål, 2010). Formålet med å

holde på slik er å forhåpentligvis lære pasienten til å selv lete etter andre forklaringer i situasjoner som vanligvis ville gitt paranoide tanker (Berge & Repål, 2010). Ved å jobbe slik tar man ikke tak i vrangforestillingene direkte (de kan lese tankene mine), men arbeider mer med hvordan pasientens tankemønster virker (de fullførte setningen) er med på å skape/verifisere disse vrangforestillingene (Berge & Repål, 2010).

Hele det terapeutiske samarbeidet begynner altså med en felles kartlegging av pasientens vrangforestillinger og man ser etter hvert sammen på alternative forklaringer på pasientens forestillinger.

Enkelte pasienter kan få en psykotisk aktivering ved vage stimuli i form av lyder over tid (Berge & Repål, 2010). Dette kan være lyder fra gaten utenfor, eller lyder fra artikler i hjemmet og kan over tid føre til at pasienten får søvnproblemer eller problemer med å oppholde seg alene i hjemmet. I slike tilfeller må vi prøve å hjelpe pasienten til å finne naturlige forklaringer på disse lydene, slik at de ikke er like angstskapende. Dette kan man gjøre ved at man sammen med pasienten setter opp en liste over naturlige lyder, og etter hvert la pasienten prøve seg alene i hjemmet hvor pasienten skal prøve å gjenkjenne de naturlige lydende ved hjelp av listen. Enkelte har god effekt ved slik bevisstgjøring av de ytre stimuliene, mens andre må man bruke mer systematisk uttesting av vrangforestillingene (Berge & Repål, 2010).

### **3.4 Alliansebygging:**

Pasientens engasjement i egen behandling er helt avgjørende om man ønsker et positivt resultat (Berge & Repål, 2010). I kognitiv terapi er ikke pasienten en passiv mottaker, men heller den viktigste bidragsyteren til egen behandling. Det er derfor viktig for pasienten å oppleve den som gir terapien som varm, empatisk og positivt imøtekommende. Psykisk helsevern og medisinsk behandling har flere fellestrekk som for eksempel at det må dannes en allianse med pasienten. I medisinsk behandling trenger ikke denne alliansen og samarbeidet nødvendigvis strekke seg lenger enn at pasienten gir sitt samtykke til det som skal skje, men i psykisk helsevern er det helt nødvendig at pasienten samarbeider og ønsker behandlingen om den skal være virksom (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Skårderud (2010) skriver at det ikke finnes virksomt psykisk helsearbeid der pasienten bare kan hengi seg til et behandlingsopplegg uten å være delaktig selv, tvert imot vil alt psykisk helsearbeid innebære aspekter av relasjonstillit, konflikter og behandlingsmotivasjon. Til og med effekten av legemidler har i noen studier vist seg å være avhengige av hvordan pasienten ble presentert



disse, det vil si at effekten er tilknyttet til fortelling og relasjon (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Det å skape kontakt med pasienter i psykisk helsevern kan være utfordrende da pasientene kan være mistenksomme, og at deres språk kan være vanskelig å forstå på grunn av hva lidelsen gjør med dem (Hummelvoll, 2012). Vi må derfor i utgangspunktet akseptere at pasientene bevisst eller ubevisst vil prøve ut om sykepleieren er til å stole på, og hvorvidt vi er virkelig interessert i deres problemer (Hummelvoll, 2012). Skal vi klare å bygge en allianse med pasienten må vi la han få venne seg til oss, og vi må være bevisste på pasientens behov for personlig avstand og rom (Hummelvoll, 2012). Dette er spesielt viktig i møte med pasienter i psykose, da den gode profesjonelle holdningen preges av en intuitiv forståelse av forholdet mellom nærhet og avstand (Hummelvoll, 2012). Vi må også ha en anerkjennende og lyttende holdning i møte med pasienten, og gjennom praksis vise at vi er til å stole på. Det vil si at hvis vi sier at vi skal gjøre noe, så bør vi også gjøre det. Liv Strand (2013) trekker fram at det å bryte avtaler ikke nødvendigvis trenger å være fatalt for samarbeidet om man gir beskjed og lager en ny avtale, men man bør unngå at dette gjentar seg. Det er lite trolig at man som sykepleier oppnår en allianse med schizofrene pasienter uten å være bevisst på seg selv og hvordan man opptrer overfor pasienten. Vi må derfor møte opp og være tilgjengelige gang på gang, og vi må ha en tålmodig og ikke-krevende utholdenhet i møte med pasienten. Kontinuitet og regelmessighet er av stor betydning for at forholdet mellom sykepleier og pasient skal etableres og utvikle seg. Vi må derfor tilby pasienten jevnlig kontakt og ha en viss rutine i det vi gjør. Siden schizofrene pasienter ofte er skeptiske til andre og har en generell mistillit til omverdenen er det nødvendig at man som sykepleier viser at man er til å regne med (Strand, 2013). Vi må ha følsomhet for å se hvor mye støtte pasienten trenger, og hvor store utfordringer han kan tåle (Hummelvoll, 2012). Det kan imidlertid være lett å feile i slike medmenneskelige ”prosjekt”, en kan bli oppgitt over at pasientene ikke alltid følger de rådene man gir, og kategorisere pasientene etter diagnose i stedet for å se individet (Hummelvoll, 2012). For å unngå dette og samtidig få en paternalistisk holdning ovenfor pasientene hvor en ser pasienten som problemet, og ikke lidelsen, må en jevnlig reflektere over sine egne og andres holdninger (Hummelvoll, 2012)

## 4. Drøfting:

I dette kapittelet vil drøfte og belyse oppgavens problemstilling med utgangspunkt i teori, forskningsartikler og egne praksiserfaringer. Vi har delt opp kapittelet i 4 underdeler, hvor vi tar for oss temaene: Sykepleierens rolle, opplevelse av sykdom, bruken av kognitiv terapi og utfordringer knyttet til dette.

### 4.1 Sykepleierens rolle

De sentrale målene for sykepleie er helse, livskvalitet og mestring, og for å nå disse målene må den hjelpen vi gir baseres på fagkunnskap, men også innlevelse i pasientens forståelse og opplevelse av den situasjonen den befinner seg i (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). Det handler om at vi må møte hver pasient som et unikt menneske og ikke oppfatte de som en stereotyp pasient basert kun på fagkunnskap rundt diagnosen. I følge Travelbee (1999) er sykepleierens oppgave klar: *"Hun skal bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i "pasienten"*. Dette går igjen i Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (2011) som sier *"Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet"*. Det vi ser som essensen i dette er at selv om man bygger sykepleien på fagkunnskap rundt diagnoser, må vi ha forståelse for at hver pasient kan oppleve sin situasjon forskjellig fra en annen med samme diagnose/problematikk, og det er først når vi har forståelse for hvordan hver enkelt pasient opplever sin situasjon at vi kan gi sykepleie tilpasset individet og dets behov. Når en yter sykepleie ovenfor pasienter som opplever psykose bør en vektlegge samarbeid (Hummelvoll, 2012), og vi ser det som nærmest umulig å ha et samarbeid med en person hvis vi ikke klarer å forstå hvordan pasienten opplever sin lidelse. Dette legges vekt på i sykepleier-pasient-fellesskapet som Hummelvoll (2012) beskriver, at vi må tilstrebe å møte pasienten som et unikt menneske med egne ønsker og som er i stand til å ta egne valg, og ikke bare se en schizofren pasient med vrangforestillinger. Vi tolker dette som at selv om man som sykepleier er nødt til å ha inneha teoretisk kunnskap om de sykdommer og lidelser vi skal yte pleie ovenfor, må man også evne å se det enestående individet som er "bak" sykdommen. På denne måten kan man møte pasienten "der den er" i en situasjon og yte best mulig pleie.

Sykepleiere har også en psykoterapeutisk funksjon, det vil si at man benytter seg av psykoterapeutisk kunnskap og holdning (Hummelvoll, 2012). På grunn av sykepleierens daglige direkte kontakt med pasientene er vi i en god posisjon til å vurdere pasienters

psykotiske symptomer og til å sette inn tiltak for disse (Chan & Leung, 2002). Det blir vår jobb å engasjere pasientene som rammes av lidelsen til å ta tak i sin situasjon slik at de kan forsøke å gjøre endringer i livet (Martinsen, 2011).

Det er imidlertid flere utfordringer rundt dette. Det er ikke enkelt å vite hva slags sykepleietilbud pasientene reagerer best på. Vi må kunne skille ut hvilke av elementene i sykepleien som er virksomme opp mot pasientgruppen, samtidig som man må ta hensyn til at hver pasient er unik og derfor har behov for et individuelt tilbud (Hummelvoll, 2012).

*”Mennesket er et enestående, uerstattelig individ – et engangs-eksisterende-vesen i denne verden, lik, men også ulik hver eneste person som noen gang har levd eller noen gang vil leve.”* (Travelbee 1971, gjengitt i Kirkevold, 2012 s. 114)

Vi mener det er dette hele hovedtesen til Travelbees teori bygger på, at sykdom og lidelse først og fremst er en genuint personlig opplevelse, og de erfaringer de gjør seg er strengt individuelle. Selv om disse erfaringene kan virke meningsløse for pasienten i situasjonen den befinner seg i, kan det allikevel være en mulighet for selvutvikling hos pasienten. Og det er vår jobb som sykepleiere å hjelpe pasienten til å utholde og mestre sykdommen eller lidelsen slik at pasienten kan finne mening i disse erfaringene. Mening i Travelbees teori er knyttet opp til spørsmål som ”hvorforskjedde dette meg?” og ”hvordan skal jeg komme meg gjennom denne lidelsen?”, og representerer svarene til slike spørsmål (Kirkevold, 2012). Travelbee gir det å finne mening i livets ulike erfaringer fundamental betydning for at pasienten skal kunne bruke den som en styrkende livserfaring (Kirkevold, 2012).

## **4.2 Opplevelse av sykdom**

Tidlig oppdagelse er en forutsetning for tidlig behandling (Larsen, 2011). Mange av symptomene på schizofreni er snikende noe som medfører at det ofte tar lang tid før en diagnose blir stilt. Den som selv lider og de rundt den som lider kan ha problemer med å se at det er noe galt (Walton, 1999), som på den ene siden er grunnen til at det er vanskelig forstå nødvendigheten å få hjelp. Ved alvorlige psykoser mangler nemlig pasientene ofte sykdomsinnsikt. Denne mangelen på forståelse kan føre til at de selv ikke ser at de er syke og dermed er heller ikke ønsket om å få behandling tilstede. Dette er noe som beskrives som en unik problemstilling i psykiatrien (Larsen, 2011). På den andre siden er det knyttet mange myter og tabuer til det å være psykisk syk, det, sammen med at man som regel prøver å finne normale forklaringer på avvikende adferd så lenge man kan har gjort det ekstra vanskelig for både pårørende og pasienten selv til å søke hjelp (Larsen, 2011). At man selv ikke ser at symptomene som et tegn på sykdom er vanlig ved schizofreni (Larsen, 2011). Walton (1999)

gjorde en undersøkelse med ti personer som var diagnostisert med schizofreni, hvor hun ba dem fortelle om sine erfaringer, med sykdommen og hvordan den påvirket hverdagen deres. En person fra undersøkelsen forteller at: ”*normalt i løpet av livet tviler man ikke på sine sanser, ei heller på sine egne overbevisninger*”. (Walton, 1999, s. 102). Denne personen fortalte at hun trodde hun var synsk og at hun hadde oppdaget en sammenheng mellom Russerne og været. I ettertid forteller personen at hun ser at disse tankene var symptomer på lidelsen, men på det tidspunktet hun hadde tankene tvilte hun ikke på sin egen oppfatningsevne (Walton, 1999). Dette gikk igjen hos de andre personene i undersøkelsen. På det gitte tidspunktet så de ikke at deres tanker, adferd og bedømmelsesevne var preget av sykdommen, så de hadde ingen grunn til å tvile på seg selv og dermed ingen grunn til å oppsøke hjelp.

Årseth & Johannessen (2013) ga i starten av 2013 ut resultatet av en liten kvalitativ studie om hvordan det opplevdes for pasienter å få og måtte leve med en psykiatrisk diagnose. Det legges blant annet fram viktige aspekter ved å få stilt en diagnose. Som på den ene siden er at det forteller noe om årsaken til sykdommen, hvilken behandling man får og hvordan prognosen for sykdommen er. På den andre siden trekker de fram, særlig ved de psykiatriske diagnosene, at de kan utløse negative holdninger og handlinger, både hos den som får diagnosen og i samfunnet rundt (Årseth & Johannessen, 2013).

Selv om studien er forholdsvis liten i form av deltakere, 4 stykker, synes vi at noen av funnene er interessante og understreker vår valgte sykepleierteori opp mot kognitiv terapi. En av deltakerene i denne undersøkelsen uttrykte: ”*Jeg er vel et menneske, ikke en diagnose! For det er veldig ofte det man blir møtt med i helsevesenet*” (Årseth & Johannessen, 2013, s. 31). Funnene i studien viser at flere av deltakerene hadde opplevd å bli møtt og behandlet som om diagnosen var den største delen av dem, mens de selv opplevde diagnosen som en liten del av hvem de var og ønsket å bli møtt som et menneske, ikke en diagnose (Årseth & Johannessen, 2013). Det er jo nettopp dette Travelbees teori går ut på, det å se individet og ikke diagnosen. Ved at man som sykepleier tilstreber å forstå hvordan pasienten opplever sin lidelse/situasjon, i våres tilfelle vrangforestillinger, kan vi se hvordan dette utgjør er et problem for akkurat denne pasienten. Dermed kan vi hjelpe pasienten til å se andre forklaringer på vrangforestillingene gjennom kognitiv terapi.

Et annet aspekt fra studien som vi velger å trekke fram er at det å få en psykiatrisk diagnose kan oppleves som en form for avmakt. Det beskrev en av deltakerene som at ”*diagnosen*

*følger deg*” (Årseth & Johannessen, 2013, s. 32), selv etter man er blitt frisk ved at samfunnet rundt fortsetter å tillegge personen egenskaper som knyttes opp mot den psykiske diagnosen (Årseth & Johannessen, 2013). Walton (1999) trekker også dette fram, at det er viktig at også samfunnet rundt og vi mener det er en viktig holdning å ha med seg i arbeidet med psykisk syke personer, at de også kan bli friske. Vi tror at god sykepleie til schizofrene pasienter hviler på at vi som sykepleier klarer å se enkeltindividets behov og at vi sammen med dem kan jobbe mot deres ønsker, mål, håp og drømmer.

### **4.3 Kognitiv Terapi Anvendelse**

Forskning viser at kognitiv terapi har effekt ovenfor pasienter med schizofreni og vrangforestillinger, og sammenlignet med andre behandlingsformer har kognitiv terapi vist å ha en betydelig bedring og langvarig effekt på alvorlighetsgraden til symptomene (Turkington Et al., 2008), økt innsikt i egen lidelse og færre negative symptomer (Turkington Et al., 2006). Vi ser kognitiv terapi som en god måte å møte pasienter på som sykepleiere, og flere studier viser til at sykepleiere kan være kompetente terapeuter ved bruk av kognitiv terapi (Chan & Leung, 2002). Noe forskning viser at sykepleiere, etter kun noen dager med kursing innenfor kognitiv terapeutiske teknikker, kan bruke terapiformen på en trygg måte som gagnar pasienter med schizofreni (Turkington Et al., 2014). Selv om forskning viser at sykepleieres bruk av kognitiv terapi har god effekt ovenfor schizofrene pasienter, i form av at de får mindre psykotiske symptomer (Chan & Leung, 2002), har vi ikke fått noen innføring i dette gjennom våres utdanningsløp. Psykoterapi utført av sykepleiere har også vist seg å kunne gjøre tjenestene mer lønnsomme, og dermed bedre det kliniske utfallet (Chan & Leung, 2002). Man kan derfor spørre seg hvorfor det ikke legges mer vekt på utviklingen av dette under utdanningen våres. Vi har flere ganger stått i situasjoner med psykisk syke pasienter og følt at vi ikke helt har visst hvordan vi skal forholde oss, og følt oss litt ”hjelpeløse” i møte med de psykotiske tankene til pasienter. Det kan derfor være lett å bruke avledning som strategi, hvor vi ber pasienten legge opplevelsen bak seg siden det ikke har skjedd i ”virkeligheten” og dermed ikke anser pasientens reaksjon som betydningsfull (Berge & Repål, 2010). Hadde vi hatt mer kunnskap om kognitiv terapi og tilnærming når slike episoder har oppstått kunne vi heller ha betraktet det psykotiske som en traumatisk opplevelse, og dermed sett det meningsbærende for pasienten i en slik situasjon (Berge & Repål, 2010). Ved at vi som sykepleiere får større kunnskap rundt hvordan dynamikken mellom tanker, følelser og adferd fungerer kan vi få en større forståelse for hvordan den syke opplever sin situasjon (Hallberg & Ørbeck, 2006). Når sykepleieren har innsikt i hvordan en

vrangforestilling kan være en pasients fortolkning av en hendelse den føler behov for å forstå, kan vi sammen med pasienten utfordre denne forestillingen for å se om det kan finnes andre forklaringer på hendelsen uten å avfeie pasientens fortolkning som ved for eksempel realitetsorientering, da det å forsøke å motbevise pasientens vrangforestillinger ikke hjelper pasienten til å reflektere rundt sin situasjon (Hummelvoll, 2012). Fokuset ved en kognitiv tilnærming har pasientens individuelle opplevelse i fokus (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005), noe som går igjen i Travelbees teori hvor det å forholde seg til en persons opplevelse av sykdommen er viktigere enn diagnosen (Kirkevold, 2012). Her vil B i ABC-modellen, hvor pasientens tanker kommer frem, være en nøkkel for oss til å forstå hvordan pasienten opplever situasjoner (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005).

Kognitiv terapi bygger på samarbeid mellom pasient og behandler/sykepleier, noe vi ser på som essensielt for å kunne få en forståelse inn i en pasients tankemønstre. Dette samarbeidet har ligget til bunns i Becks kognitive terapiform over lang tid, selv om det for ikke så alt for lenge siden ble sett på som potensielt skadelig å diskutere pasienters psykotiske symptomer (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005). Ved tilbakeblikk på tanker som dette kan en tenke seg at dette bidro til at pasienter følte seg ensomme i sin sykdom.

Vi ser på kognitiv terapi som en god tilnæringsmåte i tråd med Travelbees teori, da vi har enkeltindividet i fokus, og ikke bare diagnosen. Det at kognitiv terapi er basert på ”sunn fornuft” –prinsipper og psykoedukasjon (Hallberg & Ørbeck, 2006) ser vi på som en fordel, da vi tror at dette gjør behandlingsformen lettere å forstå både for pasienten selv og de som skal behandle pasienten.

#### **4.3.1 ABC-modellen**

ABC-modellen virker på oss å være et nyttig verktøy til å forstå en pasients vrangforestillinger. Den fungerer som et rammeverk for å forstå vrangforestillinger, avklare pasientens nåværende forvirring og gir en ny tilnærming til behandling (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005).

Vrangforestillingene setter vi som B i ABC modellen, det vil si de tankene eller bildene pasienten gjør seg i A, situasjonen, og som fører til C, en handling.

Ved å putte opplevelsene med vrangforestillinger inn en slik modell kan en lett se at hendelsene viser at pasientens tolkning bare er en mulig forklaring på situasjonen,

og en vil også raskt se om vrangforestillingen utgjør et problem for pasienten (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005).

Eksempel på slik ABC-modell i praksis:

Vrangforestilling	Hendelse/situasjon(A)	Tanker/følelser(B)	Konsekvens/utfall(C)
Tankekringkasting	Ute å handler, hører annen person si det han tenkte på.	Mine tanker overføres til andre.	Panikk Flukt Redsel

I tillegg vil det å se vrangforestillinger gjennom ABC-modellen føre med seg en større forståelse for vrangforestillingen, vi kan se at vrangforestillingene alltid har bunn i en spesifikk slutning/forklaring pasienten gjør seg i situasjonen, og hvordan hendelsen kan føre til den slutningen (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005). Først når vrangforestillingen og tankerekkene/mønstrene som førte til den er blottstilt på denne måten kan vi virkelig forstå de følelsesmessige og adferdsmessige konsekvensene for pasienten (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005).

#### 4.4 Intervensjoner

Forskning viser at det å trene sykepleier i bruk av kognitiv terapi både er trygt og effektivt (Turkington Et al., 2006), og sykepleieres bruk av kognitive intervensjoner kan føre til en bedring av psykiatriske symptomer (Turkington, Kingdon, & Weiden, 2006). Man ser også at pasienter som har fått kognitive intervensjoner av sykepleiere i tillegg til den vanlige behandlingen har en større bedring i forhold til symptomer og selvfølelse enn de som bare har fått vanlig behandling (England, 2007). Pasienter med schizofreni som har fått korte økter med kognitiv terapi av sykepleiere viste i en studie og ha lenger opphold mellom nye innleggelser enn kontrollgruppen som ikke hadde fått denne terapien, og vesentlig mindre dager innlagt når de ble det (Turkington Et al., 2006). Selv om all forskning vi har funnet viser bedring av symptomer til en viss grad, er det fortsatt forskjeller i funnene som er gjort i studiene. De aller fleste studiene tar for seg pasientenes bedring av negative symptomer som apati, nedsatt vilje og asosialitet. Dette er oppmuntrende funn siden selv atypisk medikamentell behandling har vist lite bedring av disse symptomene tidligere (Turkington Et al., 2006). Samtidig sier en av studiene vi har funnet at noen av pasientene ga uttrykk for flere positive symptomer enn tidligere, men det er uklart om dette kommer av en forverring av symptomene eller om det skyldes at pasientene har fått en større innsikt i egen situasjon som

følge av terapien (Turkington Et al., 2006). Det som imidlertid går igjen i de fleste studiene er at vi som sykepleiere er i en unik posisjon når det kommer til å bruke kognitive intervensjoner, dette fordi vi ser pasienten i det daglige og kan hjelpe pasienten når situasjoner oppstår (England, 2007, Chan & Leung, 2002).

Sykepleieres bruk av kognitiv terapi er allikevel et tema det ikke er forsket mye på (Chan & Leung, 2002), og siden vi baserer helsehjelp i dag på evidensbasert kunnskap kunne det med fordel blitt forsket mer på dette.

#### Normalisering:

Når vi er engstelige, deprimerte eller veldig vaksomme øker sjansen for at vi kan misforstå hendelser vi havner i (Berge & Repål, 2010), vi må derfor prøve å formidle til pasienten at det er menneskelig å tolke situasjoner feil, og at alle kan ha irrasjonelle tanker knyttet opp til hendelser i sitt livsforløp. Ved at vi forklarer pasienten at alle mennesker under gitte betingelser, for eksempel mangel på søvn, rusmiddelpåvirkning, sansedeprivasjon og traumatiske opplevelser, kan høre stemmer eller bli hallusinerte vil vi forsøke å normalisere deres situasjon. Det å normalisere deres opplevelse kan gi pasienten håp rundt sin situasjon, og samtidig redusere stigmatisering og angst knyttet opp til pasientens psykotiske opplevelser (Berge & Repål, 2010). Vi kan dermed forklare pasienten at deres vrangforestillinger kan være en naturlig reaksjon når man er i psykisk ubalanse, en reaksjon på en hendelse, og deres måte å forstå den på der og da.

#### Empirisk Testing:

Det er essensielt når en jobber med kognitiv terapi at pasientens tanker eller fortolkning blir testet ut (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005). En slik realitetstesting skjer ved at man planlegger og utfører en aktivitet som enten bekrefter eller avkrefter pasientens forestilling. Et eksempel på dette kan være hvis en pasient er overbevist om at maten som blir servert er forgiftet. Vi kan da vise pasienten ved å spise av den samme maten at vi ikke er bekymret for om den er forgiftet, og forhåpentligvis da også avkrefter pasientens forestilling. Poenget med slik testing er å få til en kognitiv forandring hos pasienten, det vil si, å svekke pasientens forestilling om at maten er forgiftet (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005).

Empirisk testing av pasienters vrangforestillinger er vanligvis blitt sett på som den mest effektive måten å utfordre noens forestilling (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005). Beck sier: *"There is no easy way to "talk the patient out" of his conclusions that he is weak, inept or vacuous...By helping the patient change certain behaviours, the therapist may*



*demonstrate to the patient that his negative, overgeneralized conclusions were incorrect*” (Beck et al., 1979, gjengitt i Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005).

Dette er ikke Chadwick, Birchwood og Trower (2005) enig i. De mener at å bruke en slik tilnærming som en tidlig intervensjon i møte med pasienten ikke har ønsket effekt, da vrangforestillinger som har vedvart over tid kan være ”immune” mot avkrefting (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005). De mener å ha observert bedre resultater ved å utfordre pasienten i samtale som første intervensjon, og mener at deres observasjoner ikke kunne vært slik om realitetstesting alene var den beste metoden (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005). Et annet argument de har mot det å bruke realitetstesting alene eller som første intervensjonsmetode er at det er veldig individuelt hvordan pasienter reagerer på det, for noen er det kjempeeffektivt, men for andre har det ingen effekt (Chadwick, Birchwood, & Trower, 2005). De gangene de har effekt har gjerne pasienten selv vært med på å sette kriteriene for testingen (Berge & Repål, 2010).

#### **4.5 utfordringer**

Forskjellige varianter av kognitiv terapi er på mange vis blitt en suksesshistorie, og det er sannsynligvis flere grunner til dette (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Det at metodene har vist seg effektive i flere forskningsrapporter er selvsagt av stor betydning, og det at behandlingen ofte er basert på terapeutiske manualer gjør prinsippene relativt enkle å tilegne seg (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). En del av tiltakene innenfor terapien har sin naturlige plass innenfor primærhelsetjenesten, og fordi det ofte er snakk om ”korttidsterapier” er de også relativt billige (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Selv om dette høres bra ut og det ikke er noen grunn til å bruke lang tid på noe som kan gjøres på kort tid er det flere fallgruver rundt akkurat dette. I psykiatriens reelle verden er det mange tilstander og situasjoner som krever arbeid over lang tid for å få til endringer, mange pasienter har fått dårlig tillit til andre mennesker på grunn av for eksempel omsorgssvikt, overgrep og tilknutningsbrudd, og i et slikt perspektiv blir det tydelig at korttidsterapier ikke vil være tilstrekkelig i en rekke tilfeller (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Kognitive retninger er blitt kritisert for at de synes å presentere de forskjellige modellene som om de har utspring av en progressiv vitenskapsutvikling, hvor kognitiv terapi blir presentert som ”det siste og det beste” (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Det at kognitive terapeuter tidvis kan synes å argumentere at de er alene om å arbeide med kognisjon, gjerne som en kritikk til psykodynamiske tradisjoner, er også problematisk. Det blir en forenkling i våres øyer, da kognisjon også står sentralt i både psykodynamiske og andre terapeutiske

tilnæringsmåter (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). En retorisk formulering er at tradisjonens styrker også er dens svakheter (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Siden behandlingsformen er manualisert med intervensjoner som er relativt lette å lære, uten for store krav til lange utdannelser, kan man risikere å overvurdere teknikkene og samtidig undervurdere klinisk skjønn og erfaring (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Den kognitive terapien bygger på stor grad i det rasjonelle i mennesket, på fornuftige endringer av ”dårlige” tanker. Dette når nok mange ”fornuftige” mennesker som ønsker å bli kvitt plagene sine, men når kanskje ikke mennesker som drives av destruktive og selvdestruktive tanker, sterke følelser og som er preget av indre uro eller sterk ambivalens, da dette kan virke hemmende på den strukturerte jobben det er å endre tankemønstre (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Kognitiv terapi blir i mye forskning anbefalt som ”treatment of choice” på grunn av dens evidensbaserte historie, men det er flere metodiske svakheter og vitenskapelige dilemmaer knyttet til den evidensbaserte tradisjonen, og selv om det finnes vitenskapelig dokumentasjon for at en behandlingsform virker, er ikke dette synonymt med at denne fungerer best (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Vi ser at en del av den evidensbaserte forskningen går på studier av diagnostiske grupper, slik som schizofreni, og ved slike studier virker det å være lett å overse pasientens heterogenitet. Det at pasienter har samme symptomer som gjør at de får samme diagnose betyr ikke at de er sammenligbare når det kommer til andre variabler (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Vi ser også at en del av studiene på mange måter blir satt opp som laboratoriesudier hvor det er spesifikke rammer, rekruttering, utvelgelse og inkludering av deltakere på bakgrunn av diagnose. En kan stille seg kritisk til om alle disse studiene er overførbare til hverdagens praksis, hvor en ofte har mange flere arbeidsoppgaver enn å ha samtaler med pasientene.

Selv om kognitiv terapi har vist seg å ha god effekt på personer med psykoselidelser er det 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. Pasientens engasjement og involvering i behandlingen er helt avgjørende for et positivt resultat (Berge & Repål, 2010). Det blir derfor sykepleierens jobb å engasjere pasienten til å delta i slik behandling, da pasienten ikke er en passiv mottaker av behandlingen, men heller den viktigste bidragsyteren (Berge & Repål, 2010). Kvaliteten på forholdet mellom pasient og terapeut er det som har størst innvirkning på hvorvidt pasienter deltar i behandling eller ikke, og studier har vist at det å oppleve terapeuten som positivt imøtekommende, varm og empatisk er det viktigste bidraget til en god relasjon (Berge & Repål, 2010). Selv om studier viser at sykepleiere kan være gode terapeuter med

denne behandlingsformen, blant annet fordi sykepleiere er tilstede på avdelingen hele døgnet (Chan & Leung, 2002), ser vi allikevel en del utfordringer. Om pasienten har et godt forhold til én sykepleier vil ikke pasienten nødvendigvis ha et godt forhold til alle andre sykepleiere på avdelingen. Alle vil oppleve at man som ellers i hverdagen ikke kommer like godt overens med alle, slik vil det også kunne være for pasienter og sykepleiere. Dette mener vi kan være en utfordring for bruken av kognitiv terapi som sykepleiere, med bakgrunn i hvorvidt relasjonen mellom pasient og sykepleier er god, er noe som Berge & Repål (2010) trekker fram som den viktigste faktoren for å nå fram med behandlingen. For å få til en slik relasjon i terapien er det helt nødvendig at både pasient og sykepleier er enige om hvilke mål en jobber mot, og vi ser at dette kan bli vanskelig om pasienten er for ”dypt” inne i en psykose til å ha innsikt i egen situasjon. Skal en få kognitiv terapi inn i den daglige miljøterapien ser vi det som viktig at alle er ”med på det”, slik at ikke noen bruker kognitiv tilnærming hvor en får pasienten til å lete etter alternative forklaringer på sine vrangforestillinger, mens andre forteller pasienten at vrangforestillingene ikke er reelle ved bruk av realitetsorientering.

Noe annet vi ser på som en utfordring er at psykologisk teori og terapi er rotfestet i vestlig kultur. Det er ikke blitt tatt så mye hensyn til kulturelle og etniske forskjeller i verden, og konteksten disse opptrer i (Berge & Repål, 2010). Siden mesteparten av forskningen på kognitiv terapi går på befolkning i den vestlige verden, er det ikke sikkert at de samme tilnæringsmåtene vil fungere like bra ovenfor personer fra andre kulturer. Noe litteratur påstår at kinesesiske pasienter har problemer med å uttrykke sine følelser (Chan & Leung, 2002), noe vi ser at kan bli problematisk ved bruk av vår vestlige rettede kognitiv terapi som går mye på det at pasienten må uttrykke hvordan den opplever sin situasjon. Selv om dette bare er et eksempel på en kultur, føler vi det er viktig å ha dette i bakhodet hvis vi skal bruke kognitiv terapi som tilnærming i møte med nye pasienter. Nå kommer det heldigvis stadig flere beskrivelser av kognitiv terapi i forskjellige kulturer (Berge & Repål, 2010), men overvekten av forskning er fortsatt rotfestet i den vestlige kulturen. Vi ser at hvis en skal få integrert kognitiv terapi inn i helsevesenet må en ta høyde for pasienters kulturelle verdier (Chan & Leung, 2002).

## 5. Konklusjon

I denne oppgaven har vi sett på hvordan sykepleiere kan bruke kognitiv terapi som en del av sykepleien til schizofrene pasienter med vrangforestillinger. Som nevnt i innledningen har vi valgt dette temaet da vi synes at psykiatrifaget er spennende, og fordi vi ønsket å få en større oversikt i faget. Dette så vi kan gi bedre sykepleie til pasienter som står i situasjoner som tidligere har vært vanskelige for oss, da vi har følt at vi har manglet et ”verktøy”.

Våre funn i den anvendte litteraturen viser til at kognitiv terapi gitt av sykepleiere har effekt på schizofrene pasienters symptomer, og at vi på grunn av vår jevnlige kontakt med pasientene er i en unik posisjon til å anvende den når situasjoner oppstår. De funnene som er gjennomgående i stort sett all litteraturen vi har funnet er at kognitiv terapi har god effekt på de negative symptomene ved schizofreni, forskningen viser derimot forskjellige resultater på hvorvidt terapien har effekt på de positive symptomene som for eksempel vrangforestillinger, noe som gjør at det blir vanskelig å konkludere effekten av terapien opp mot dette. Kognitiv terapi virker på oss som en terapiform som er relativt lett å forstå tankegangen bak, både for sykepleiere og pasienter. Dette har reist spørsmål hos oss om hvorfor vi ikke har hørt noe om terapiformen i våres utdanningsløp. Med kunnskap om terapiformen og bruken av den får vi som sykepleiere større innsikt i hvordan følelser og tanker spiller sammen, og vi vil derfor ha en større forståelse for hvordan pasienten opplever sin situasjon slik at vi kan gi sykepleie etter individets behov og ikke kun ut i fra diagnose. Ved at man har forståelse for hvordan en vrangforestilling er en pasients fortolkning av noe den føler behov for å forstå, kan vi som sykepleiere hjelpe pasienten med å se alternative forklaringer på sin fortolkning. Vi har sett på Travelbees sykepleierteori om at man må se individet og ikke diagnosen og lagt den til grunn i vår oppgave, og vi synes at kognitiv terapi sin tilnærming til pasienter stemmer bra overens med hennes teori. Vi ser allikevel at det er visse kriterier som må ligge til grunn for at anvendelsen av kognitiv terapi skal gi positive resultater, og det er dermed ikke sagt at kognitiv terapi alltid er den riktige tilnæringsmåten i alle situasjoner og/eller faser av sykdom. For at terapien skal ha effekt er man avhengig av å ha en god relasjon til pasienten, og det er vår oppgave å få pasienten engasjert i terapien da han/henne er en den viktigste bidragsyteren. Vi har derfor sett på hvordan pasienter selv opplever å få en psykiatrisk diagnose, og hvordan de selv ønsker å bli møtt av helsevesenet. Funnene våres der synes vi igjen passer bra med Travelbees teori, da pasientene selv sier at de ønsker å bli møtt som et helhetlig menneske, og ikke kun utifra en diagnose.

## 6. Bibliografi

\*Andersen, M. H. (2005). Kognitiv terapi ved skizofreni. I M. M. Mørch, & N. K. Rosenberg, *Kognitiv Terapi - Modeller og metoder* (1. utg., s. 270-295). København: Hans Reitzels Forlag.

\*Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen* (3. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Cullberg, J. (2005). *Psykosser - et intergrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

\*Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower, P. (2005). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd.

\*Chan, S. W.-C., & Leung, J. K.-Y. (2002). Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice. *Journal of clinical nursing*, 214-224.

\*England, M. (2007). Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 69-76.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Hagen, R. (2011). Kognitiv terapi ved schizofreni. I B. R. Rund, & B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (4. utg., s. 251-264). Stavanger: Hertervig Akademisk.

\*Hallberg, M., & Ørbeck, A. L. (2006). Kognitiv terapi gir gode resultater. *Sykepleien*, 46-49.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.

Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Kringlen, E. (2008). *Psykometri* (9. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2012). Om Sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie - Sykepleiens grunnlag, Rolle og Ansvar* (2. utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Larsen, T. K. (2011). Tidlig intervensjon ved schizofreni. I B. R. Rund, *Schizofreni* (4. utg., s. 235-250). Stavanger: Hertervig Akademisk.

\*Linden, M., & Kavanagh, R. (2011). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 1359-1368.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs Etiske Regler*. Lokalisert 27. januar 2014, på: [https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., et al. (2011). *Bedre føre var... Psykisk hesle: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Martinsen, E. W. (2011). Psykiske lidelser som folkehelseutfordring. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høigaard, *Folkehelsearbeid* (s. 112-123). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

\*Pavalonis, D. L. (2008). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. I Fortinash, & Holoday Worret, *Psychiatric Mental Health Nursing* (s. 249-283). St. Louis, Missouri, USA: Mosby Elsevier.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Strand, L. (2013). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Rigby, A. P. (2008, March 19). Understanding Schizophrenia. *Nursing standard*, 49-56.

\*Rosenberg, N. K., & Mørch, M. M. (2005). Kognitiv terapi. I N. K. Rosenberg, & M. M.

Mørch, *Kognitiv Terapi - modeller og metoder* (s. 17-45). København: Hans Reitzels Forlag.

\*Rosenberg, N. K., Mørch, M. M., & Arendt, M. (2012). Kognitiv adfærdsterapi - terapi og metoder. I M. Arendt, N. K. Rosenberg (Red.), *Kognitiv Terapi - Nyeste udvikling* (1.utg.). s. 23-50). København: Hans Reitzels Forlag.

\*Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T.R.E., Nur, U., Siddle, R., Hammond, K., Samarasekera, N., Kingdon, D. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow up. *Schizophrenia Research*, 1-7.

\*Turkington, D., Munetz, M., Pelton, J., Montesano, V., Sivec, H., Naushen, B., Kingdon, D. (2014). High-Yield Cognitive Behavioural Techniques for Psychosis Delivered by Case Managers to Their Clients With Persistent Psychotic Symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 30-34.

\*Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 36-40.

\*Turkington, D., Kingdon, D., & Weiden, P. J. (2006). Cognitive Behaviour Therapy for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 365-373.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Thorbjørnsen, Trans.) Oslo: Universitetsforlaget.

\*Walton, J. A. (1999). On living with schizophrenia. I I. Madjar, & J. A. Walton, *Nursing and the experience of illness* (s. 98-122). London: Routledge.

Øyri, A., & Øyri, B. (2007). *Norsk medisinsk ordbok*. Oslo: Det Norske Samlaget.

\*Årseth, A. L., & Johannessen, B. (2013). Opplevelsene av å få og leve med en psykiatrisk diagnose. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 25-35.

## Vedlegg 1: Søkehistorikk

Dato:	Database:	Søkeord:	Avgrensning:	Antall treff:	Leste abstrakt :	Leste artikler:	Kommentarer:	Utvalgte artikler:
13.01.14	Oria	"Nursing aggression" AND "Psychiatry" AND "In-patients"	Fagfellevurderet. Etter år 2006.	384	2	2		2 artikler. "Experiences of psychiatric nurses exposed to hostility from patients in a forensic ward."  "Aggression in psychiatry wards: A systematic review"
13.01.14	Oria	"Paranoid schizophren*" AND "Aggression" AND "Nursing"	Fagfellevurderet. Etter år 2000.	214	1	1		
14.01.14	Ovid nursing	"Schizophrenia" AND "Psychiatry nursing" AND "Aggression"	Fagfellevurderet.	18	2	2		2 artikler "Aggression and psychopathology in treatment-resistant inpatients with"



								schizophrenia and schizoaffective disorder”  “Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia”
14.01.14	EbscoHost	”Nursing” AND ”Psychiatry” AND ”Aggression”	Fagfelleverurde rt	30	1	1	Abstrakt virker interessant/relevant, men artikkel er fra 1994.	1 artikkel Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards
16.01.14	Oria	”Paranoid	Fagfelleverurde	199	2	2		2 artikler:

		schizopren *” AND ”Cognitive therapy” AND ”Nursing”	rt. Etter år 2001. Engelsk språk.					“Cognitive behavioural therapy for risk management in schizophrenia”  “Understanding schizophrenia”
16.01.14	Oria	”Cognitive behavioural therapy” AND ”Schizophreni” AND ”Nursing”	Fagfelleurde rt. Engelsk språk	2506	1			1 artikkel: ” Cognitive behavioural therapy implications for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice”

16.01.14	Ovid Nursing	"Cognitive therapy" AND "Schizophrenia" AND "Psychiatric Nursing"	Fagfelleverurde rt.	17	3		En av artiklene var funnet før.	2 artikler: "Collecting subjective and rating scale data within a single case study design: cognitive behavioural therapy for a person experiencing psychosis".  "Training in cognitive behavioural interventions on acute psychiatric inpatient wards".
17.01.14	BMJ Evidence-Based Nursing	"Cognitive Therapy" AND "Schizophrenia"	Fagfelleverurde rt.	1817	1	1	Har fått anbefalt artikkelen fra en kollega.	"Brief cognitive behavioural therapy improved insight and reduced negative symptoms and readmissions in schizophrenia"
24.01.14	Oria	"Cognitive	Fagfelleverurde	2553	1	1		En

		therapy” AND ”Delusions” AND ” Schizophren *” AND ”Resultst”	rt. Etter år 2003					artikkel: ”Effective elements of cognitive behaviour therapy for psychosis : results of a novel type of subgroup analysis based on principal stratification
24.01.14	PsycINFO	”Schizophrenia” AND ”Cognitive therapy” AND ”Symptoms”	Fra 2005 til 2014	36	1			1 artikkel: ”A randomized controlled trial of cognitive- behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up”
24.01.14	PubMed	Søkte på artikkelen vnet	Fagfelle vurdert.	1	1	1	Fått anbefalt artikkelen av fagfelle.	1 artikkel: ”High- yield cognitive behavioral techniques for psychosis delivered

								by case managers to their clients with persistent psychotic symptoms an exploratory trial”
28.01.14	Sykepleien.no	Kognitiv terapi ”OG resultater		12	1	1	Søket ga treff på en fagartikkel	1 artikkel: ”Kognitiv terapi gir gode resultater”.
30.01.14	Cinal	”Cognitive therapy” AND ”Schizophrenia” AND ”Nursing” AND ”Interventions” AND ”Efficacy”	Fagfellevurderet.	2	1	1		1 artikkel: ”Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing”
30.01.14	The american journal of psychiatry	Søkte på artikkelnavnet		1	1	1	Søkte etter artikkelen i referanseliste i en annen artikkel.	1 artikkel: ”Cognitive behavior therapy for Schizophrenia”