



# Kognitiv terapi ved psykose med vrangforestillinger

”Hvordan kan sykepleiere bidra til behandlingen av vrangforestillinger hos pasienter i psykose ved hjelp av kognitiv terapi?”

Kandidatnummer: 353

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9493

Dato: 14.04.15



Lovisenberg diakonale høgskole

Dato: 14.04.16

Tittel: Kognitiv terapi ved psykose med vrangforestillinger

## ABSTRAKT

### Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til behandlingen av vrangforestillinger hos pasienter i psykose ved hjelp av kognitiv terapi?

### Metode

Dette er en litterær oppgave. Relevant pensum og fag- og forskningslitteratur er undersøkt for å kunne svare på oppgavens problemstilling. Forskningsartiklene er funnet via databasen Cinahl, og noe er funnet via andre artiklers litteraturliste, mens faglitteraturen er funnet på skolens bibliotek. I tillegg har noe faglitteratur blitt kjøpt i de tilfellene bøkene ikke ble funnet andre steder.

### Teoretisk perspektiv:

Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter er brukt som sykepleiefaglig perspektiv, med fokus på å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Det er også brukt teori om psykoser og relasjon med personer i psykose, vrangforestillinger og kognitiv terapi, samt trukket inn etiske og juridiske aspekter som er relevante for problemstillingen.

### Drøfting

Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter blir drøftet opp mot litteraturen om psykose og kognitiv terapi ved vrangforestillinger. Det legges vekt på hvordan sykepleier kan bygge en relasjon til pasienter i psykose med vrangforestillinger og deretter utøve kognitiv terapi i samarbeid med pasienten.

### Konklusjon

Sykepleiere skal ha gode forutsetninger for å bidra til behandling av vrangforestillinger hos personer i psykose. Sykepleieren må bygge en relasjon til pasienten og sette seg inn i pasientens forståelse av virkeligheten for å kunne utføre den kognitive terapien. Den kognitive modellen passer dermed godt sammen med Travelbees teori om mellommenneskelige aspekter i sykepleien. Ved å bruke en systematisk fremgangsmåte som kognitiv terapi kan sykepleieren oppnå det Travelbee mener er sykepleiens overordnede hensikt. Nemlig å hjelpe pasienten i mestre sin lidelse.

**Nøkkelord: Sykepleie, kognitiv terapi, psykose, vrangforestillinger, relasjon.**

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Problemstilling</b> .....	<b>1</b>
<b>1.3 Avgrensning av problemstillingen</b> .....	<b>1</b>
<b>1.4 Definisjoner av begreper i problemstillingen</b> .....	<b>2</b>
<b>1.5 Oppgavens formål</b> .....	<b>3</b>
<b>1.6 Oppgavens oppbygning</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Metode</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Litteratursøk</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2 Kildekritikk</b> .....	<b>5</b>
<b>3 Sykepleiefaglige referanserammer</b> .....	<b>6</b>
<b>3.1 Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter</b> .....	<b>6</b>
3.1.1 Å etablere et menneske-til-menneske-forhold .....	7
<b>3.2 Etiske og juridiske aspekter</b> .....	<b>8</b>
3.2.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	8
3.2.2 Pasientens autonomi.....	8
3.2.3 Bruk av tvang .....	9
3.2.4 Pasientens rett til informasjon og brukervedvirkning .....	10
<b>4 Psykose og vrangforestillinger</b> .....	<b>11</b>
<b>4.1 Psykose</b> .....	<b>11</b>
4.1.1 Fakta om psykoser.....	11
4.1.2 Pasientens perspektiv .....	12
<b>4.2 Vrangforestillinger</b> .....	<b>13</b>
<b>4.3 Samarbeid og relasjon med mennesker i psykose</b> .....	<b>14</b>
<b>5 Kognitiv terapi</b> .....	<b>16</b>
<b>5.1 Kognitiv forståelsesmodell – ABC-modellen</b> .....	<b>16</b>
<b>5.2 Forberedelse til kognitiv terapi</b> .....	<b>17</b>
<b>5.3 Kognitiv terapi ved vrangforestillinger</b> .....	<b>17</b>
<b>6 Hvordan kan sykepleiere bidra til behandlingen av vrangforestillinger hos pasienter i psykose ved hjelp av kognitiv terapi?</b> .....	<b>19</b>
<b>6.1 Orienteringsfasen</b> .....	<b>20</b>
6.1.1 Å bygge relasjon .....	20

6.1.2 Vurdering og kartlegging .....	21
6.1.3 Å informere pasienten .....	22
6.1.4 Pasientens forutsetninger for kognitiv terapi .....	22
6.1.5 Sykepleierens forutsetninger for å utøve kognitiv terapi .....	23
<b>6.2 Arbeidsfasen – kognitiv terapi ved vrangforestillinger .....</b>	<b>24</b>
6.2.1 Å forstå pasientens virkelighet.....	24
6.2.2 Kognitiv terapi - utfordring av holdepunkter .....	25
6.2.3 Kognitiv terapi - aktiv utfordring.....	26
6.2.4 Kognitiv terapi - empirisk uttesting .....	27
<b>6.3 Etiske og juridiske aspekter ved kognitiv terapi til personer i psykose .....</b>	<b>27</b>
6.3.1 Pasientens rett til informasjon .....	28
6.3.2 Brukermedvirkning og autonomi .....	28
6.3.3 Bruk av tvang .....	29
<b>7 Avsluttende bemerkninger .....</b>	<b>30</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>31</b>

# **1 Innledning**

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

Ifølge rapporten Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv (Mykletun & Knudsen, 2009) får rundt 3,5% av befolkningen schizofreni eller en annen psykoselidelse i løpet av livet. Det å leve med psykotiske symptomer, som vrangforestillinger, kan være både skremmende og belastende (Jordahl & Repål, 2009), og en psykotisk tilstand kan ha alvorlige konsekvenser for personens evne til å fungere i hverdagen (Simonsen, Lyse, Hansen, & Knudsen, 2002). Helsedirektoratet skriver i de nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoser at forskning har vist at kognitiv terapi har en effekt i behandlingen av disse pasientene. Videre sier retningslinjene at behandlingen av mennesker i psykose bør inneholde en individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte virksomme elementer, blant annet kognitiv terapi.

Sykepleiere er den største faggruppen som jevnlig er i kontakt med pasienter i psykose (Turkington et al., 2006). Hallberg og Ørbeck (2006), spesialister i henholdsvis klinisk psykologi og klinisk nevropsykologi, skriver at kognitiv terapi tradisjonelt blitt utført av psykologer og leger, men at en måte å jobbe på som passer utmerket for sykepleiere. Dagens ressursituasjon i helsevesenet i Norge gjør at det ofte ikke er mulighet til å tilby blant annet kognitiv terapi til pasienter (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2013), til tross for at det er ”relativt enkelt å lære og anvende” (Hummelvoll, 2014, s. 122).

## **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleiere bidra til behandlingen av vrangforestillinger hos pasienter i psykose ved hjelp av kognitiv terapi?

## **1.3 Avgrensning av problemstillingen**

Denne oppgaven avgrenses til å handle om de nødvendige forberedelsene i forkant av terapi og hvordan sykepleiere kan bruke kognitiv terapi til å hjelpe pasienter. Oppgaven vil ikke se på forebygging av tilbakefall. Videre bør kognitiv terapi til personer i psykose gjøres i kombinasjon med blant annet medikamentell behandling (Helsedirektoratet 2013), men dette

blir ikke beskrevet i denne oppgaven. Det går heller ikke inn på bakenforliggende og utløsende årsaker til psykosetilstanden. Og selv om det finnes en rekke lidelser som kan føre til psykotiske tilstander, blir kun lidelsen schizofreni beskrevet i denne oppgaven fordi dette er den mest alvorlige av disse lidelsene (Skårderud et al., 2013).

Siden det ikke kommer frem i den gjennomgåtte litteraturen at det gjøres forskjell innen kognitiv terapi når det gjelder voksne pasienters alder eller kjønn, er oppgavens eneste avgrensning når det gjelder alder kun at den omhandler voksne personer fra 18 år og oppover. Oppgaven er også avgrenset til ikke å gjelde psykoser som er utløst av rusmisbruk.

Kompliserte tilstander med rus og psykose krever en annen fremgangsmåte med kompetanse på både psykosebehandling og rusbehandling (Skårderud et al., 2013).

Selv om det er mange steder sykepleiere kan jobbe hvor de møter pasienter i psykose, skrives det i denne oppgaven kun om pasienter som befinner seg på lukkede psykiatriske sengeposter. Videre blir pårørende beskrevet som en viktig faktor i den kognitive terapien. Denne oppgaven tar imidlertid kun for seg relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Avslutningsvis er det viktig å påpeke at vrangforestillinger vil ifølge Hummelvoll (2014) være avhengig av pasientens sosiale og kulturelle bakgrunn, men dette vil ikke bli nærmere beskrevet i denne oppgaven.

Gjennom oppgaven brukes for ordens skyld ”behandler” om den som har behandlerrollen når det gjelder den mer generelle beskrivelsen av kognitiv terapi, og ”sykepleier” når det konkret retter seg mot oppgavens problemstilling.

#### **1.4 Definisjoner av begreper i problemstillingen**

Å befinne seg i en psykose vil si å ha en forandret virkelighetsforståelse av omverdenen og andre personer (Skårderud et al., 2013).

Vrangforestillinger er åpenbart feilaktige eller urealistiske overbevisninger som opprettholdes til tross for motstridende beviser (Rathod, Kingdon, Weiden, & Turkington, 2008).

Kognitiv terapi er samtaleterapi hvor det forsøkes å påvirke uønskede følelser og symptomer ved å endre pasientens måte å tenke (Jordahl & Repål, 2009).

## **1.5 Oppgavens formål**

Psykoser og vrangforestillinger er kompliserte tilstander som jeg finner interessante og har lyst til å lære mer om. Samtidig viser forskning at kognitiv terapi kan være til hjelp for denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2013), og i psykiatrisk praksis fikk jeg et lite innblikk i denne terapiformen. Her fikk jeg oppleve at noen av sykepleierne utførte kognitiv terapi i samarbeid med pasientene, og jeg ble derfor interessert i dette temaet.

Oppgavens formål blir derfor å se på hvordan kognitiv terapi kan knyttes opp mot sykepleieteori og faglitteratur om sykepleie for å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra med dette i behandlingen av vrangforestillinger hos personer i psykose.

## **1.6 Oppgavens oppbygning**

I kapittel 2 beskrives metoden som er benyttet i denne oppgaven, og hvordan det er gått frem for å finne litteraturer som er brukt. Kapittel 3 handler om sykepleiefaglige referanserammer blant annet Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter, og hvordan sykepleier bygger et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Den forskjellige faglitteraturen blir beskrevet i kapittel 4 og 5, og inneholder en beskrivelse av psykose, vrangforestillinger og kognitiv terapi. Deretter, i kapittel 6, er faglitteraturen, samt sykepleieteorien, drøftet opp mot hverandre understøttet av relevante forskningsartikler. Oppgaven oppsummeres i kapittel 7 i form av avsluttende bemerkninger.

## 2 Metode

Metode er en framgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap, og sier noe om hvordan en går fram for å skaffe seg eller etterprøve denne kunnskapen. Den hjelper en til å samle den informasjonen man trenger til undersøkelsen som utføres (Dalland, 2013).

### 2.1 Litteratursøk

Dette er en litterær oppgave. Metoden som benyttes i denne oppgaven er derfor gjennomgang og bruk av pensumlitteratur som er relevant for å besvare den valgte problemstillingen. I tillegg benyttes annen faglitteratur fra skolens bibliotek som omhandler nevnte tema, og innkjøpte bøker.

For å finne relevant forskningslitteratur har databasen "Cinahl full text" blitt benyttet. Dette er en internasjonal referansedatabase som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag.

Søkeordene som er brukt er "nursing", "cognitive therapy", "cognitive behavioral therapy", "CBT", "psychotic disorders", "delusions" og "psychosis".

Deretter ble det søkt på "cognitive therapy" or "cognitive behavioral therapy" or "CBT", og "psychotic disorders" or "delusions". Til slutt ble treffene etter nevnte søk satt sammen med "and". Dette ga hele 810 treff. Etter å ha begrenset søket til å gjelde forskningsartikler på engelsk mellom 2006 og 2016 falt det ned til 260 treff. Dette var fortsatt for mange treff til å kunne gå gjennom alle, og søket ble derfor også begrenset til å gjelde artikler med "full text" slik at det var lettere å få tak i artiklene. Dette førte til at antall treff ble redusert til 134. For å redusere antall treff ytterligere ble "psychosis" lagt til med "and". Deretter var antall treff nede i 38. Til slutt ble artiklene som ikke omhandlet oppgavens problemstilling luket ut, for eksempel de som handlet om angst og psykose.

For å finne artikler som også omhandlet sykepleie, ble det første søket, som ga 810 treff, satt sammen med "and" og "nursing". Dette ga 111 treff, og det ble deretter også begrenset til engelske forskningsartikler mellom 2006 og 2016. Dette ga 23 treff. Her var det mange treff som omhandlet demens og alzheimers, og disse ble da luket ut.

Videre er noen av artiklene funnet gjennom litteraturlistene til andre artikler.



## 2.2 Kildekritikk

Tallene for hvor mange personer som får psykoselidelser stammer fra en undersøkelse fra Finland. Det er usikkert hvor overførbart disse tallene er til norske forhold, men Folkehelseinstituttet bruker selv disse tallene i ”Psykkiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv” del 1 av Mykletun og Knudsen (2009). Bruken av disse tallene blir begrunnet med at den finske undersøkelsen er den beste og mest omfattende studien som omfatter dette området. Og selv om den omtalte rapporten er noen år gammel, fra 2009, er det fortsatt denne det linkes til på Folkehelseinstituttets nettsider. Denne rapporten og tallene som kommer frem i den vurderes derfor som relevante å bruke.

I denne oppgaven brukes det tre forskningsartikler som kan kritiseres for å være gamle. ”Cognitive Therapy Of Delusional Beliefs” fra 1994, ”Cognitive Behavioural Therapy For Clients With Schizophrenia: Implications For Mental Health Nursing Practice” fra 2002 og ”Cognitive-Behavioral Therapy For Medication-Resistant Symptoms” fra 2000. Den førstnevnte tas i bruk fordi en av forfatterne av artikkelen er Aaron Beck, som av blant annet Hummelvoll (2014) blir beskrevet som opphavsmannen til kognitiv terapi. Det som brukes fra artikkelen er også i tråd med det som skrives i nyere faglitteratur, blant annet av Jordahl og Repål (2009).

Den andre artikkelen kan, i tillegg til å kritiseres for å være gammel, kritiseres for å være fra Hong Kong. Den kan derfor ha blitt skrevet i en annen kultur enn det vi er vant til i Norge. Men denne artikkelen brukes for å underbygge at det er sykepleiere som har mest kontakt med pasientene på psykiatriske sykehus, og dette bekreftes igjen av Turkington et al. (2006). Dette er også i tråd med egne opplevelser fra psykiatrisk praksis.

Den sistnevnte artikkelen tas i bruk fordi den er den eneste artikkelen som er funnet som sier noe om hvilke faktorer som kan tyde på hvilke pasienter som vil ha best nytte av kognitiv terapi, og den tas derfor i bruk.

Noen av artiklene som brukes har spesifikt fokusert kun på diagnosen schizofreni. De vurderes som relevante fordi de beskriver effekten av kognitiv terapi ved en psykoselidelse, og kommenterer at kognitiv terapi har god effekt på positive symptomer som vrangforestillinger.

### **3 Sykepleiefaglige referanserammer**

I denne oppgaven blir Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter brukt som sykepleiefaglig perspektiv. Denne teorien fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon (Travelbee, 1999).

Travelbees sykepleieteori kan ifølge Kirkevold (2009) betraktes som en forløper til omsorgsteoriene som de senere årene har oppnådd stor utbredelse.

Dette kapittelet beskriver i tillegg etiske og juridiske aspekter som er relevante for kognitiv terapi ved vrangforestillinger.

#### **3.1 Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter**

Travelbee hevdet at for å forstå hva sykepleie er og bør være, må man ha en forståelse for hva som foregår mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 1999), og hun definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29).

Travelbee tar utgangspunkt i at ethvert menneske er et enestående og uerstattelig individ, og hevder at personens egen opplevelse av sykdom og lidelse er viktigere å forholde seg til for sykepleiere enn den diagnosen pasienten har fått. For å forstå hvordan personen opplever sin sykdom må sykepleieren i samtale med vedkommende finne ut hvilken mening han eller hun knytter til sin tilstand. Den overordnede hensikten med sykepleie er å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse, og å finne denne meningen i disse erfaringene. For å kunne hjelpe pasienten med dette må sykepleieren bruke en disiplinert og intellektuell tilnæringsmåte (Travelbee, 1999).

Sykepleiens hensikt oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold, hvor det viktigste ved dette forholdet er at pasientens sykepleiebehov blir oppfylt. Det er sykepleieren som er ansvarlig for å opprette og beholde dette forholdet, men han eller hun kan ikke gjøre dette alene. Det må være et gjensidig forhold mellom sykepleieren og pasienten (Travelbee, 1999).

Ifølge Travelbee er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste redskap, og en forutsetning for å oppnå sykepleiens hensikt. Kommunikasjon er en komplisert prosess som krever at sykepleieren blant annet mestrer ulike kommunikasjonsteknikker (Travelbee, 1999).

### **3.1.1 Å etablere et menneske-til-menneske-forhold**

Et menneske-til-menneske-forhold er et mål som etableres ved at sykepleier og pasient går gjennom flere interaksjonsfaser. Disse fasene er:

1. Det innledende møtet,
2. fremvekst av identiteter,
3. empati,
4. sympati (Travelbee, 1999).

I det innledende møtet møtes to personer som ikke kjenner hverandre, og denne fasen preges av generaliserte oppfatninger og forventninger til den andre. I denne fasen må sykepleieren være klar over hvordan stereotype oppfatninger preger hans eller hennes inntrykk av pasienten, og forsøke å få øye på det særegne individet i pasienten (Travelbee, 1999).

Etter hvert kommer pasientens og sykepleierens identiteter og personligheter gradvis frem for den andre. Sykepleieren får en begynnende forståelse av hvordan pasienten oppfatter sin situasjon, og pasienten vil oppfatte sykepleieren som en person og ikke som en rolle (Travelbee, 1999).

Empati er evnen til å gå inn i og forstå en annens psykiske tilstand. Pasient og sykepleier tar i denne fasen del i og forstår meningen med og relevansen av tankene og følelsene til hverandre, men er samtidig adskilt. Når empati først oppstår kan forholdet aldri bli det samme igjen som det var før empatien oppsto. Dette er en intellektuell prosess som ikke er avhengig av om en liker eller misliker den andre (Travelbee, 1999).

Empati oppstår ikke av seg selv, men er avhengig av at personene har like erfaringer, og fremmes av en rik bakgrunn av erfaringer og et ønske om å forstå den andre (Travelbee, 1999).

Sympatifasen springer ut fra den empatiske prosessen, og er et steg videre og er knyttet til et grunnleggende ønske om å lindre lidelse. Sykepleieren er her delaktig i pasientens lidelse.

Sympati kan ikke oppstå dersom en ikke føler en nærhet til den andre, og det er en ekte

bekymring for den andres lidelse. Dette kan bidra til å lette pasientens lidelse fordi han eller hun ikke lenger bærer på lidelsen alene (Travelbee, 1999).

Disse fasene resulterer i gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient, og i etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Erfaringen de sammen har vært gjennom er meningsfulle og betydningsfulle for begge (Travelbee, 1999).

### **3.2 Etiske og juridiske aspekter**

Etikk og juss er sentralt i utøvelsen av sykepleie, og er to av verktøyene som kan hjelpe sykepleiere med å avklare hva som er rett og galt i yrkesutøvelsen. I helselovgivingen finnes grunnleggende prinsipper som respekt for menneskeverdet, autonomi og rettferdighet (Lunde, 2013). Selv om lovverket regulerer mye av dette, er etisk refleksjon viktig for å kunne handle moralsk riktig (Brinchmann, 2013).

#### **3.2.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på Det internasjonale sykepleierrådet (ICN) sine etiske prinsipper og FNs Menneskerettighetserklæring, og sier noe om idealer for gode praktiske og moralske handlinger innenfor sykepleie (Sneltvedt, 2013).

Retningslinjene består av seks kapitler hvor hver av disse inneholder flere retningslinjer.

Dette er de mest relevante for denne oppgaven:

- Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.
- Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.
- Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse.
- Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensninger og tvang (Norsk sykepleierforbund, 2011).

#### **3.2.2 Pasientens autonomi**

Prinsippet om pasienters autonomi har fått en stadig mer fremtredende plass i Norge, og i dagens medisinske etikk regnes pasientautonomi som et sentralt etisk og juridisk prinsipp

(Brinchmann, 2013). Det vil si at pasienten skal ha rett til å bestemme selv over det som angår dem (Molven, 2012). Dette er blant annet nedtegnet i kapittel 4 i pasient- og brukerrettighetsloven, hvor det står ettertrykkelig at ”helsehjelp bare skal gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Her i landet er retten til selvbestemmelse stort sett knyttet til denne nevnte retten. I situasjoner der pasienten nekter å motta helsehjelp, er det viktig å vurdere om pasienten har fått god nok informasjon og om han eller hun er i stand til å forstå denne informasjonen (Brinchmann, 2013). I utgangspunktet skal sykepleiere respektere pasientens rett til selv å foreta valg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

### **3.2.3 Bruk av tvang**

Som nevnt tidligere utgjør pasienter i psykose den største gruppen som er innlagt under tvang (Skårderud et al., 2013). I §3-3 i psykisk helsevernloven gis det tilgang til å legge pasienter inn under tvang dersom visse vilkår er oppfylt. Blant annet må pasienten ha en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at pasienten enten får sin sjanse til helbredelse eller vesentlig bedring betydelig redusert, eller det er sannsynlig at han eller hun i nær fremtid får sin tilstand forverret. Alternativt så må denne personen utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for seg selv eller andre. Videre må institusjonen hvor personen legges inn være faglig og materielt i stand til å tilby tilfredsstillende behandling og omsorg (Psykisk helsevernloven, 1999).

Det gis også adgang til bruk av mekaniske tvangsmidler som belter og remmer, kortvarig isolasjon bak låst dør, korttidsvirkende legemidler i beroligende hensikt, eller kortvarig fastholding. Disse tvangsmidlene kan kun brukes når det er helt nødvendig for å hindre skade på pasienten selv eller andre, eller på bygninger, klær, inventar og andre ting. I tillegg må andre lempeligere midler ha blitt forsøkt og funnet forgjeves eller utilstrekkelige (Psykisk helsevernloven, 1999). Det er viktig å være klar over at det å bruke tvang mot en person er et alvorlig inngrep mot han eller hennes integritet (Hummelvoll, 2014).

Målet med tvang må være å hindre skade, sørge for å gi pasienten tilstrekkelig behandling, og bidra til at han eller hun gjenvinner kontrollen over eget liv (Helsedirektoratet, 2013).

### **3.2.4 Pasientens rett til informasjon og brukermedvirkning**

I kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at pasienten har rett på informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som tilbys. I tillegg skal pasienten informeres om eventuelle risikoer og bivirkninger av behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, har rett til brukermedvirkning så langt det lar seg gjøre (Helsedirektoratet, 2013). Helsepersonell skal ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-1 sørge for at medvirkningens form tilpasses pasientens evne til å gi og motta informasjon.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og har samtidig en terapeutisk verdi. Når pasienten kan være med på å påvirke omgivelsene gjennom egne valg, kan dette påvirke hans eller hennes selvbilde på en positiv måte og være med på å styrke motivasjonen hans eller hennes (Helsedirektoratet, 2015).

## 4 Psykose og vrangforestillinger

Beck (2004) hevder at de forskjellige symptomene ved psykose kan forstås som ulike former for dysfunksjonell tenkning. Det er vanlig å hevde at forekomst av vrangforestillinger er identisk med å være i en psykose (Bratfoss, gjengitt etter Hummelvoll, 2014, s. 343)

### 4.1 Psykose

Det karakteristiske ved å være psykotisk er at en har en forandret virkelighetsoppfatning, en realitetsbrist. Den psykotiske personen oppfatter ikke lenger verden rundt seg, andre menneskers holdninger og sin egen rolle på samme måte som andre gjør. De har i stedet havnet i en privat forståelse som kan være fordreid, usammenhengende eller kaotisk (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2013, s. 303).

#### 4.1.1 Fakta om psykoser

Psykoser kan oppstå i alle aldre, men de oppstår oftest for første gang i ung alder, mellom 15 og 30 år. De som rammes tidlig har ofte ikke rukket å etablere seg i arbeidslivet eller skaffet seg sin egen familie. Ifølge Skårderud et al. (2013) har personer med langvarige psykotiske lidelser og svikt i den sosiale funksjonen som regel behov for å bo i vernede boliger, og har veldig ofte tilleggsvansker som ensomhet, dårlig økonomi, få arbeidsmuligheter, angst, depresjon eller rusmisbruk. De fleste som er innlagt under tvang er i en psykose, men når det er sagt er gruppen med psykotiske lidelser som behandles frivillig langt større enn gruppen som er under tvungent psykisk helsevern (Skårderud et al., 2013).

Psykotiske tilstander kan arte seg veldig forskjellig. De kan oppstå akutt eller gradvis, og de kan være forbigående eller langvarige. Noen blir etterpå helt som de var før psykosen, mens andre kan bli preget av det i forskjellige grader i etterkant. Av de personene hvor psykosen oppstår plutselig, kommer flertallet seg helt til hektene igjen etter den psykotiske episoden. Noen kan imidlertid få et eller flere tilbakefall, og blir aldri helt symptomfrie igjen (Skårderud et al., 2013).

Fordi psykotiske tilstander kan arte seg så forskjellig, har det i 150 år blitt arbeidet med hvordan de forskjellige tilstandene skal deles inn i diagnostiske grupper. I diagnosesystemet ICD-10 (International Classification of Diseases, utgave 10), som følges i Norge i dag, deles tilstandene inn i følgende seks grupper: schizofreni, schizotyp lidelse, vedvarende

vrangforestillinger, akutte og forbigående psykoser, induisert vrangforestillingslidelse, og schizoaffektiv lidelse (Skårderud et al., 2013).

Skårderud et al. (2013) skriver at schizofreni er den alvorligste av disse gruppene, og kriteriene for denne diagnosen er at minst to av symptomene vrangforestillinger, hallusinasjoner, desorganisert tale, grovt desorganisert adferd eller flat affekt, fattig språk eller apati er tilstede i minst en måned. Ifølge forfatterne er det vanlig å dele disse symptomene inn i positive symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner, negative symptomer som tilbaketrekning og initiativløshet, og desorganiserte symptomer som merkverdig oppførsel og usammenhengende tale (Skårderud et al., 2013).

Schizofreni rammer omtrent 1% av befolkningen, og på langt sikt blir cirka en fjerdedel helt symptomfrie, mens cirka 60% blir mer eller mindre rehabiliterte med enkelte restsymptomer som for eksempel nedsatt initiativ og livsglede, sosial angst eller mistenksomhet (Skårderud et al., 2013).

#### **4.1.2 Pasientens perspektiv**

Ved psykotiske tilstander vil det ofte skje en svekkelse av den fundamentale subjektivitet som gjør at vi mennesker opplever oss selv som oss selv, at våre tanker er våre egne og at den verdenen vi lever i er virkelig. Personer i psykose har altså mistet fotfestet i den felles menneskelige virkelighetsoppfatningen. De dette gjelder innbiller seg ting som ikke kan bekreftes av andre, de blir ofte livredde for ting andre anser som fantasier, samtaler går i stå og folk trekker seg unna. Ifølge Skårderud et al. (2013) fører det å være i en psykotisk tilstand derfor med seg en ufattelig ensomhetsfølelse. Når personen er helt alene med sine tanker, og ingen bekrefter eller utfordrer dem, øker gjerne angsten, og for å holde ut denne angsten tyr han eller hun ofte til adferd som kan oppfattes bisarr av andre. Dette kan for eksempel være rastløs vandring, snakke høyt eller gjøre bestemte bevegelser. Ensomhetsfølelsen fører altså til angst, som fører til tankemessig forvirring som igjen fører til ytterligere isolasjon. På denne måten oppstår en selvforsterkende sirkel. Når verden ikke lenger er slik personen trodde den var, og man ikke kan stole på andres forsikringer om at alt er i orden, kan dette oppleves som veldig skremmende (Skårderud et al., 2013).



## 4.2 Vrangforestillinger

Vrangforestillinger kan ifølge Rathod et al. (2008) forstås som antagelser eller overbevisninger som åpenbart er feilaktige eller urealistiske, som ikke deles av andre i den samme kulturen, og som fortsatt opprettholdes selv om personen konfronteres med motstridende beviser. De er basert på personens indre oppfatninger fremfor ytre realiteter (Melle & Andreassen, 2014). Dette vil si at vrangforestillinger kan forstås som en form for dysfunksjonelle fortolkninger av egne opplevelser, og slik tenkning er ofte skjevt fokusert og egosentrisk (Hagen, Kråkvik, & Gråwe, 2007).

Vrangforestillingene kan være sannsynlige og handle om hverdagslige ting, men de kan også være bisarre (Melle & Andreassen, 2014). Bizarre vrangforestillinger er det man kaller vrangforestillinger som er svært uforståelige, og de er oftest knyttet til schizofreni (Skårderud et al., 2013).

Bizarre vrangforestillinger, spesielt førstegangssymptomer, er tradisjonelt vektlagt ved diagnostisering av schizofreni. Eksempler på dette kan være selvhenføringsideer, en oppfatning om at tilfeldige hendelser har betydning for personen, tankekringkasting, at andre personer kan høre ens tanker, tankeinnsetting, at personens tanker er satt inn i hodet av andre, eller tanketyveri, at ens tanker blir fjernet fra hodet og stjålet av andre. Med i samme gruppe symptomer regnes influenssymptomer og passivitetsbevissthet, en opplevelse av at kroppen kan påvirkes av en ytre kraft (Melle & Andreassen, 2014).

Vrangforestillingene kan ifølge Kingdon og Turkington (2007) blant annet være grandiose, paranoide, religiøse, hypokondriske eller olfaktoriske vrangforestillinger. Grandiose vrangforestillinger vil si antakelser om at personen har spesielle overnaturlige evner eller tro på at han eller hun er en spesiell person, for eksempel en historisk eller religiøst betydelig person som Napoleon eller Jesus. Paranoide vrangforestillinger har vanligvis fokus på en person, en gruppe mennesker eller organisasjon som i personens sinn forfølger eller overvåker han eller henne. Religiøse vrangforestillinger kan for eksempel handle om at personen oppfatter det som at han eller hun hører Guds budskap eller blir befalt av djevelen.

Hypokondriske antakelser kan opptre i flere former, men noe av det mest vanlige er blant annet oppfatninger om at visse deler av kroppen er defekt, at vedkommende har en spesifikk fysisk sykdom eller at personen opplever kronisk smerte. Olfaktoriske vrangforestillinger er vanligvis antakelser om at vedkommende selv lukter vondt (Kingdon & Turkington, 2007).

### **4.3 Samarbeid og relasjon med mennesker i psykose**

Psykiatrisk sykepleie til personer med som befinner seg i psykotiske tilstander bør ifølge Hummelvoll (2014) vektlegge blant annet samarbeid. Men det å få til et samarbeid med mennesker i psykose er en utfordring, og det kan være vanskelig å bli kjent med personens virkelighetsoppfatning. For å få del i personens tolkning av verden må sykepleieren tålmodig og interessert jobbe seg frem til kontakt. Det er viktig å få en forståelse for hvordan personen sanser, tenker og vurderer andre personer og omgivelsene for å kunne hjelpe personen ut av psykosen. Og det er avgjørende at man ser på pasientens opplevelser som gyldig for han eller henne (Hummelvoll, 2014).

Et positivt samarbeid er avgjørende for at behandlingen skal gi resultater. Samarbeid basert på kommunikasjon og forståelse er ikke bare et virkemiddel for å oppnå et godt resultat, det er et mål i seg selv som må gjennomsyre hele prosessen. Den som skal arbeide med mennesker i psykose trenger både erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap (Hummelvoll, 2014).

Det første steget i all psykologisk behandling er etablering av tillit og samarbeid (Kingdon & Turkington, 2007). I den første fasen av samarbeidet, orienteringsfasen, må sykepleieren forsøke å bli kjent med pasienten, og få oversikt over hans eller hennes situasjon ved å kartlegge blant annet problemområder og mestringsstrategier. Dette må gjøres med varsomhet, og sykepleierens holdning bør preges av respektfull undring, nysgjerrighet og ekte interesse. Fordi personer i psykose ofte er mistenksomme, må pasienten få tid til å venne seg til menneskene som kommer nær. Her er det vesentlig at sykepleieren har en lyttende og anerkjennende holdning, og at han eller hun viser seg å være til å stole på (Hummelvoll, 2014).

Den neste fasen er arbeidsfasen. I denne fasen forsøkes det å bearbeide pasientens selvoppfatning. Tradisjonelt har realitetsorientering vært sentralt i arbeidet med mennesker i psykose. Denne orienteringen har vanligvis vært basert på personalets forståelse, men det er nødvendig å gjøre orienteringen gjensidig. Det vil si at pasienten orienterer sykepleieren om sin virkelighet for å få en felles virkelighetsforståelse. Det å forsøke å diskutere og motbevise pasientens vrangforestillinger vil ifølge Hummelvoll (2014) ikke hjelpe han eller henne. Sykepleieren bør heller møte pasienten der han eller hun befinner seg i sin eksistensielle situasjon. Ved å benytte seg av utdypende spørsmål legger sykepleieren til rette for at pasienten kan revurdere sine oppfatninger og tolkninger (Hummelvoll, 2014).

Avslutningsvis undersøker pasient og sykepleier hva de har oppnådd i fellesskap. Har må pasienten få mulighet til å snakke om sine opplevelser av å være psykotisk. Mange har behov

for å gjennomgå disse opplevelsene for å få klarhet i hva som egentlig har skjedd. Men det må være opptil pasienten hva han eller hun vil ta opp og snakke om (Hummelvoll, 2014).

## **5 Kognitiv terapi**

Kognitiv terapi ble utviklet av den amerikanske psykiateren Aaron Tomkin Beck, og var i utgangspunktet en terapiform for å behandle depressive tilstander. Frem til i dag har kognitiv terapi blitt utviklet til å bli en behandlingsform for en rekke tilstander, som angsttilstander, tvangslidelser, spiseforstyrrelser, og psykotiske symptomer (Hummelvoll, 2014).

Ifølge Helsedirektoratet (2013) bør alle pasienter med psykoselidelser tilbys individuell kognitiv terapi med en varighet på minst 15-20 samtaler.

Kognitiv terapi ved psykoser krever et aktivt samarbeid mellom pasient og behandler, og er spesifikt rettet mot symptomer som vrangforestillinger. Her forsøkes det å påvirke uønskede følelser og symptomer ved å endre pasientens måte å tenke. I mange tilfeller vil målet med behandlingen være at pasienten klarer å leve med sine symptomer, men optimalt vil pasienten bli helt kvitt dem (Jordahl & Repål, 2009).

### **5.1 Kognitiv forståelsesmodell – ABC-modellen**

Kognitiv terapi bygger ifølge Hagen et al. (2007) på tanken om at hvilke antagelser og tanker en person gjør seg etter en aktiviserende hendelse, spiller inn på hvordan personen reagerer emosjonelt. Dette vil si at A-en er en aktiviserende hendelse, B-en er hvilke antagelser og tanker personen har rundt hendelse, og C-en er hvilke følelser som oppstår som følge av disse tankene og antagelsene. Vrangforestillingene representerer i denne modellen B-en, og de psykiske problemene som oppstår, i dette tilfellet psykose med vrangforestillinger, utgjør C-en. Det er altså ikke hendelsen i seg selv som fører til følelsesmessige problemer, men hvilke forestillinger personen har rundt denne hendelsen. ABC-modellen er et nyttig verktøy i arbeidet med vrangforestillinger for å finne sammenhengen mellom utløsende hendelser, antagelser og konsekvenser av vrangforestillingene (Hagen et al., 2007).

Innen den kognitive terapimodellen forsøkes det å hjelpe pasienten med å kartlegge antagelsene han eller hun gjør i forbindelse med en gitt hendelse. Ofte vil det kunne vises at disse antakelsene er urealistiske og knyttet til en grunnleggende leveregel pasienten har med seg fra oppveksten. En slik leveregel kan for eksempel være ”jeg er ikke verdt noe”. Alle har med seg slike leveregler, men det er først når en person kommer i en kritisk situasjon at denne leveregelen trer i kraft og utløser mer sekundære leveregler. Dette kan formuleres som ”hvis-så”-setninger. For eksempel ”hvis noen forlater meg, betyr det at jeg ikke er verdt noe”. I behandlingen med kognitiv terapi forsøkes det å kartlegge disse automatiske tankene og

forestillingene som dukker opp etter en hendelse, og knytte dem til leveregler (Jordahl & Repål, 2009).

## **5.2 Forberedelse til kognitiv terapi**

Først og fremst må det bygges opp et tillitsforhold mellom behandler, i dette tilfellet sykepleieren, og pasienten. Dette gjøres best ved å ha regelmessig kontakt der det gjøres rede for hvilke intensjoner behandleren har. Til å begynne med kan kontakten være litt tilfeldig og uformell, for eksempel drikke kaffe sammen på avdelingen og prate om nøytrale emner som interesserer pasienten. Gradvis gjøres denne kontakten mer strukturert og formell. På denne måten blir behandleren kjent med pasienten og hans eller hennes opplevelse av seg selv og omverdenen (Jordahl & Repål, 2009).

Før selve intervensjonen av de psykotiske problemene starter, er det viktig at pasienten forstår meningen bak den kognitive tilnærmingen. Hvis ikke kan pasienten se på behandleren som nok en person som vil overbevise han eller hun om at de tar feil. Hensikten med terapien er ikke å påpeke feil i pasientens forståelse, men å vise pasienten at det finnes alternative måter å tolke hendelser på. Når pasienten har forstått formålet og er trygg på behandleren, kan selve intervensjonen starte (Jordahl & Repål, 2009).

## **5.3 Kognitiv terapi ved vrangforestillinger**

Sammen med pasienten forsøker behandleren å utforske innholdet i pasientens vrangforestillinger, og å finne alternative forklaringer på vrangforestillingene. behandleren bør benytte seg av såkalte sokratiske spørremetoder, og unngå å påpeke unøyaktigheter eller fravær av sammenheng i pasientens forklaringer (Alford, & Beck, 1994).

Sokratiske spørremetode vil si at behandler kommer med hypotetiske spørsmål som ”la oss bare for et øyeblikk tenke oss at det og det (pasientens vrangforestillinger) ikke er tilfelle. Finnes det en annen forklaring på det som har skjedd? Hvilke følelsesmessige konsekvenser ville denne alternative forklaringen fått?”. Det beste er om pasienten selv klarer å finne alternative forklaringer, men behandleren kan komme med forslag dersom dette ikke går. Her er det viktig å unngå å havne i en diskusjon om hvem som har rett (Jordahl & Repål, 2009). Neste trinn er aktivt å teste ut hvor holdbare pasientens vrangforestillinger er. I dette stadiet, i motsetning til tidligere, kan dette gjøres ved å påpeke inkonsekvens eller ulogiske sammenhenger samtidig som en ser etter alternative forklaringer. Her gjelder det ikke å prøve

å endre vrangforestillingene direkte, men å ta tak i antagelsene som bygger opp om vrangforestillingene (Jordahl & Repål, 2009). Dette blir nærmere beskrevet i neste kapittel.

## **6 Hvordan kan sykepleiere bidra til behandlingen av vrangforestillinger hos pasienter i psykose ved hjelp av kognitiv terapi?**

Drøftingen av oppgavens problemstilling er bygget opp etter Hummelvolls (2014) beskrivelse av hvordan man samarbeider med mennesker i psykose. Dette innebærer en orienteringsfase, arbeidsfase og avslutningsfase. Som tidligere nevnt vil drøftingen fokusere på de to førstnevnte fasene fordi disse er mest relevante for oppgavens problemstilling. Fasene flettes sammen med de nevnte fasene i Travelbees teori om sykepleiers mellommenneskelige aspekter og de forskjellige, relevante, stadiene innen kognitiv tilnærming som Jordahl og Repål (2009) nevner. Disse stadiene er etablering av en behandlingsallianse, kartlegging, introduksjon av terapimodell og intervensjonsfase. Den siste fasen, forebygging av tilbakefall, er også, som tidligere nevnt, utelukket på grunn av oppgavens avgrensning. Det er viktig å være klar over at disse stadiene overlapper hverandre, og det kan ofte være nødvendig å bevege seg tilbake til tidligere faser (Jordahl & Repål, 2009). Avslutningsvis vil drøftingen ta for seg de etiske og juridiske aspektene ved å utøve kognitiv terapi rettet mot vrangforestillinger hos personer i psykose. Relevante forskningsartikler trekkes også inn for å belyse noen av drøftingens punkter.

Ifølge Helsedirektoratet (2013) må behandleren, før selve terapien kan starte, bygge en relasjon til pasienten og sørge for at han eller hun og pasienten har en felles forståelse av de problemene de sammen skal løse. Dette understøttes av både Hummelvoll (2014) og Alford og Beck (1994). I tillegg er dette både etisk og juridisk riktig, og det er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene (2009). Derfor blir dette tillagt stor vekt i den første delen av oppgavens drøfting. Dette bekreftes også av en studie fra Tyskland som handler om den terapeutiske alliansen mellom pasient og behandler ved bruk av kognitiv terapi. Denne studien tyder på at en god allianse mellom deltakerne gjør at behandleren implementerer de terapeutiske teknikkene på en mer fullstendig og kompetent måte (Weck, Grikscheit, Jakob, Höfling, & Stangier, 2015).

## **6.1 Orienteringsfasen**

I denne fasen søker sykepleier å bli kjent med pasienten, få en forståelse for hvordan pasienter opplever sin tilstand, og kartlegge pasientens vrangforestillinger og forutsetninger. Det er i denne fasen grunnlaget for samarbeidet legges (Hummelvoll, 2014).

### **6.1.1 Å bygge relasjon**

Som Kingdon og Turkington (2007) skriver er det første steget i all behandling innen psykiatrien å etablere tillit og samarbeid mellom behandler og pasient. Behandling med kognitiv terapi ved vrangforestillinger er intet unntak. Dette understrekes også av Alford og Beck (1994). Ifølge disse må det vies stor oppmerksomhet til å etablere, og opprettholde, et mellommenneskelig forhold. Dette går hånd i hånd med Joyce Travelbees teori om sykepleiers mellommenneskelige aspekter. Hun hevder at relasjonen er et middel for å oppfylle pasientens behov for sykepleie (Travelbee, 1999).

Fordi det å ha en relasjon til pasienten er så viktig anbefales det av Helsedirektoratet (2013) at det er samme person som følger pasienten gjennom hele behandlingsforløpet. Stadige brudd i kontakten fører ofte til resignasjon hos både pasient og behandler (Skårderud et al., 2013).

Ifølge Skårderud et al. (2013) er nettopp det å skape et tillitsforhold mellom pasient og, i dette tilfellet, sykepleier den største utfordringen når det gjelder arbeid med mennesker i psykose. Dette bekreftes av Alford og Beck (1994) som skriver videre at mange av disse pasientene har store problemer med å skape en relasjon til andre. Men selv om dette er utfordrende, er det mulig (Jung, Wiesjahn, Rief, & Lincoln, 2015). Og det er sykepleiere som er i den beste posisjonen for å bygge en relasjon siden det er de som har mest direkte kontakt med pasientene (Chan, & Leung, 2002).

Her er det viktig å utvise ro, tålmodighet og vennlighet for å få pasienten til å forstå at sykepleieren vil pasientens beste (Skårderud et al., 2013).

Utgangspunkt tas i Travelbees første fase i å etablere et menneske-til-menneske-forhold. I dette innledende møtet møtes sykepleier og pasient for første gang. Som beskrevet i et tidligere kapittel preges denne fasen av generaliserte oppfatninger av den andre (Travelbee, 1999). I denne innledende fasen forsøker altså sykepleieren å bli kjent med pasienten, men dette kan som sagt by på utfordringer når det gjelder personer i psykose. Disse personene er ofte mistenksomme til omgivelsene, og kan se på sykepleieren som en person som prøver å



motarbeide han eller henne (Jordahl & Repål, 2009). Ifølge Hummelvoll (2014) må sykepleieren akseptere at pasienten, bevisst eller ubevisst, forsøker å teste ut om sykepleieren faktisk er til å stole på. Pasienten må derfor få tid til å venne seg til et nytt menneske, og sykepleieren må respektere pasientens behov for å trygge seg selv, og være klar over hans eller hennes frykt for nærkontakt og psykisk invadering (Hummelvoll, 2014).

Et annet viktig poeng er at de fleste pasienter som er lagt inn under tvang er psykotiske (Skårderud et al., 2013). Av egen erfaring fra psykiatrisk praksis er de aller fleste som er lagt inn på lukkede sengeposter lagt inn under tvungen psykisk helsevern. Dermed er det stor sjanse for at dette gjelder pasientene i den konteksten denne oppgaven omhandler. Det å bli lagt inn under tvang er, som tidligere beskrevet, et alvorlig inngrep mot pasientens integritet, og kan dermed være et hinder når sykepleieren skal opprette en relasjon og et samarbeid med pasienten (Brinchmann, 2013).

### **6.1.2 Vurdering og kartlegging**

Ifølge Travelbee (1999) kan ikke sykepleieren vite hvordan pasienten opplever sin sykdom før han eller hun har snakket med pasienten om dette, og blitt fortalt hvilken mening pasienten knytter til sin tilstand.

Hummelvoll (2014) skriver at vurderingsprosessen er et viktig punkt av flere grunner. Sykepleieren må ha en god forståelse av pasientens problemer for å vite hva han eller hun har å forholde seg til. Samtidig kan dette hjelpe pasienten å få en bedre forståelse av sine problemer, og dermed øke hans eller hennes innsikt og situasjonsforståelse (Hummelvoll, 2014).

I kartleggingen av vrangforestillinger kan sykepleieren ta i bruk ABC-modellen. For eksempel hvis en pasient føler at han eller hun blir forfulgt fordi samme person ble observert to ganger på kort tid, og dette igjen fører til at pasienten blir redd og drar hjem og låser seg inne. Her utgjør observasjonen A-en, antagelsene om forfølgelse B-en, mens frykten og flukten hjem utgjør C-en (Hagen et al., 2007).

Ifølge Jordahl og Repål (2009) er det også nyttig å kartlegge når pasientens forestillinger oppsto for første gang. Dette kan nemlig gi informasjon om mulige årsaker til at feiltolkningene har oppstått (Jordahl & Repål, 2009).

I tillegg er det viktig å kartlegge pasientens oppmerksomhet, konsentrasjon og utholdenhet. Dette sier nemlig noe om hans eller hennes forutsetninger for å nyttiggjøre seg av kognitiv terapi, og hvordan terapien bør tilrettelegges for denne pasienten (Jordahl & Repål, 2009).

### **6.1.3 Å informere pasienten**

Jordahl og Repål (2009) understreker at det er viktig at pasienten forstår intensjonen bak den kognitive tilnærmingen før selve terapien i det hele tatt kan starte. Pasienten må derfor bli informert om hensikten bak den kognitive tilnærmingen. Fordi pasienter i psykose ofte har nedsatt evne til å bearbeide informasjon, er det viktig at sykepleieren bruker et klart språk, og fokusere på en ting av gangen (Jordahl & Repål, 2009). Videre skriver de at bruk av skriftlig informasjon er vanlig ved kognitiv terapi, og at pasienter med psykoselidelser også kan dra nytte av dette. Også her er det viktig at informasjonen ikke er for overveldende, og at det fokuseres på en ting av gangen (Jordahl & Repål, 2009).

### **6.1.4 Pasientens forutsetninger for kognitiv terapi**

Psykotiske tilstander kan arte seg på forskjellige måter og ha forskjellige forløp (Skårderud et al., 2013). Det er derfor naturlig å tenke at forutsetningene varierer fra pasient til pasient. Dette passer godt med Travelbees mening om at hvert menneske er et enestående individ (Travelbee, 1999).

Generelt kan det sies at denne gruppen pasienter ikke klarer å tenke rasjonelt, og at de mener at de ikke trenger hjelp (Hummelvoll, 2014). Pasientene er ofte ute av stand til å fortelle behandleren på en forståelig måte hva de opplever og hvilke tanker og følelser som opptar dem (Skårderud et al., 2013).

Som tidligere skrevet har personer som befinner seg i en psykotisk tilstand mistet sitt fotfeste i virkeligheten. Dette kan være en meget skremmende opplevelse, og mange av disse pasientene har vanskelig for å stole på andre mennesker, deriblant sykepleiere og andre behandlere (Hummelvoll, 2014). Jordahl og Repål skriver at mange også har nedsatt evne til å bearbeide informasjon, og nedsatt utholdenhet.

Forskning viser at det til en viss grad går an å forutse hvilke pasienter som vil være mest mottakelig for kognitiv terapi. Personer som er åpne for at det kan finnes alternative forklaringer på vrangforestillingene, pasienter som har flere innleggelses de siste fem årene, og de som har et snev av innsikt i sin sykdom har bedre forutsetninger for å få effektiv hjelp

av kognitiv terapi (Garety, Fowler, & Kuipers, 2000). På den andre siden skriver disse forfatterne at høy IQ og intakt kognitiv funksjon ikke ser ut til å forutsi god effekt av kognitiv terapi.

### **6.1.5 Sykepleierens forutsetninger for å utøve kognitiv terapi**

Som poengtert innledningsvis skal sykepleiere ha gode forutsetninger for å bidra til å behandle vrangforestillinger hos mennesker i psykose ved hjelp av kognitiv terapi (Hallberg og Ørbeck, 2009).

Travelbee hevder at sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk, og at dette innebærer å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet for å forsøke å etablere et forhold til pasienten.

Videre betyr det at sykepleieren bruker fornuft og intelligens i utførelsen av sykepleien (Travelbee, 1999).

Ifølge Travelbee må sykepleieren ha den nødvendige kunnskap og innsikt for å kunne oppfylle pasientens behov (Hummelvoll, 2014). Dette understøttes av Chan og Leung (2002) som hevder at opplæring er viktig for å utstyre sykepleieren med den nødvendige kunnskapen for å benytte seg av kognitiv terapi.

I forbindelse med en studie ble 103 britiske og 111 amerikanske klinikere, deriblant sykepleiere, spurt om deres syn på hvor effektivt kognitiv terapi faktisk er. Her kom det frem at de britiske klinikerne hadde større tro enn de amerikanske på hvor effektiv terapien er, og dermed brukte de kognitiv terapi oftere. De amerikanske klinikerne derimot hadde mindre tro på hvor effektivt kognitiv terapi er, og brukte medikamenter i større grad enn de britiske (Kuller, Ott, Goisman, Wainwright, & Rabin, 2009). Dette tyder på at hvor mye sykepleieren kan om kognitiv terapi og hvor stor tro han eller hun har på terapiformen, har betydning for i hvilken grad kognitiv terapi blir tatt i bruk. Dette er viktig å se i sammenheng med at sykepleiere har et ansvar for en praksis som fremmer helse (Norsk sykepleierforbund, 2011), at behandlingen av personer i psykose bør inneholde blant annet kognitiv terapi (Helsedirektoratet, 2013), og at forskning viser til at kognitiv terapi har en positiv effekt i behandlingen av positive symptomer som vrangforestillinger. At kognitiv terapi har en effekt kommer blant annet frem i ”Psychological Interventions for Psychosis: a Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies” (Turner, van der Gaag, Karyotaki, & Cuijpers, 2014), og støttes i det av Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013).

## **6.2 Arbeidsfasen – kognitiv terapi ved vrangforestillinger**

Ifølge Hummelvoll (2014) går arbeidsfasen ut på å bearbeide pasientens oppfatning av seg selv for å styrke hans eller hennes selvaktelse. Dette innebærer å jobbe med pasientens selvinnsett og situasjonsforståelse for å vise valgmuligheter og hvilke konsekvenser ulike valg kan få (Hummelvoll, 2014).

Travelbee skriver at for å hjelpe pasienten med sin lidelse er kommunikasjon en forutsetning. Hun hevder at kommunikasjon er en komplisert formålsstyrt prosess som blant annet krever mestring av ulike kommunikasjonsteknikker. Videre må sykepleieren bruke en intellektuell og disiplinert tilnæringsmåte for å kunne hjelpe pasienten. Dette gjøres ved at sykepleieren på en systematisk måte bruker sine fagkunnskaper (Travelbee, 1999). I dette tilfellet er det den kognitive modellen som er den intellektuelle og disiplinerte tilnæringsmåten, og blant annet de sokratiske spørsmålene som er kommunikasjonsteknikken. På den måten bruker sykepleieren sine fagkunnskaper systematisk.

### **6.2.1 Å forstå pasientens virkelighet**

Det er stor enighet i den gjennomgåtte litteraturen at det er viktig å sette seg inn i og forsøke å forstå pasientens forståelse av og mening om hvordan han eller hun opplever sin virkelighet. Også Travelbees teori sammenfaller med dette, i og med at hun hevder at det er viktigere for sykepleiere å forholde seg hvordan pasienten opplever sin sykdom og lidelse enn å forholde seg til han eller hennes diagnose (Travelbee, 1999). Det er nemlig pasienten som er ekspert på sin egen lidelse, og hvordan det føles å leve med den (Hummelvoll, 2014). Gjennom å forstå pasientens virkelighet får sykepleieren, som Travelbee skriver, en begynnende forståelse av hvordan pasienten oppfatter sin situasjon (Travelbee, 1999).

Her er det viktig å være klar over at ingen vrangforestillinger er komplett absurde.

Vrangforestillingene har ofte en, for pasienten, logisk tråd til virkeligheten. Derfor er det, som tidligere skrevet, avgjørende for sykepleieren å akseptere pasientens opplevelser som gyldige for han eller henne. Pasientens virkelighetsoppfatning kan ikke sees på som feil eller riktig, men bør i steden sees på noe som er logisk for pasienten (Hummelvoll, 2014). Alford og Beck (1994) skriver at det er viktig å ha en følelsesmessig nøytral fremtoning for ikke å kommunisere overraskelse eller skeptiske reaksjoner overfor vrangforestillingene.

For å forstå pasientens virkelighet bør sykepleierens holdning være preget av respektfull undring og ekte interesse. Her gjelder det gjennom spørsmål å stimulere pasienten til å fortelle

sin historie. Disse spørsmålene bør starte åpne og generelle for etter hvert bli mer detaljerte og lukkede. På den måten kan sykepleieren sirkle seg inn det som for pasienten oppfattes som problemer (Hummelvoll, 2014). Videre skriver Hummelvoll (2014) at sykepleieren bør lete etter den meningen symptomene har for pasientens livssituasjon.

Her går det over i det Travelbee omtaler som empatifasen, hvor sykepleieren forstår meningen med og relevansen av tankene og følelsene til pasienten (Travelbee, 1999). Men den empatien som sykepleieren utviser må, ifølge Jung et al. (2015), oppfattes som ekte. Videre skriver forfatterne at det er usannsynlig et empatien føles bekreftende hvis den oppfattes som påtatt. Dette kan by på utfordringer når det gjelder pasienter med vrangforestillinger om at de blir forfulgt, fordi det er sannsynlig at disse pasientene er enda mer mistenksomme til sykepleieren (Jung et al., 2015).

### **6.2.2 Kognitiv terapi - utfordring av holdepunkter**

Å bedrive kognitiv terapi i samarbeid med pasienter i psykose er i seg selv utfordrende av grunner som er nevnt tidligere i oppgaveteksten (Hummelvoll, 2014). Men etter å ha bygget opp et tillitsforhold til pasienten, kartlagt pasientens vrangforestillinger og satt seg inn i pasientens virkelighetsforståelse, kan sykepleieren starte den kognitive terapien (Jordahl & Repål, 2009).

Vrangforestillinger ved psykose beskrives av Jordahl og Repål (2009) som en reaksjon på vanskelige hendelser, og at de kan ses på som en måte å forsøke å skape forståelse i en kaotisk eller truende situasjon.

Ifølge Jordahl og Repål (2009) bør sykepleieren i begynnelsen forsiktig starte å utfordre pasientens holdepunkter rundt vrangforestillingene han eller hun har. Alford og Beck (1994) skriver at dette gjøres ved å starte med de minst betydningsfulle vrangforestillingene. Tanken bak dette er at disse vrangforestillingene er mindre motstandsdyktige mot kognitiv terapi (Alford & Beck, 1994). Sykepleieren spør da etter pasientens tolkninger og prøver å få han eller henne til å foreslå alternativer til denne tolkningen. Det beste er som tidligere skrevet at pasienten selv klarer å finne alternativer forklaringer, men dersom dette ikke går kan sykepleieren komme med forslag (Jordahl & Repål, 2009).

I dette begynnende stadiet er det viktig at sykepleieren ikke begynner å diskutere med pasienten hvem som har rett når det gjelder vrangforestillingene, men heller vise pasienten

hvordan ABC-modellen kan anvendes (Jordahl & Repål, 2009). Ifølge Hagen et al. (2007) gjør ABC-modellen det lettere å finne sammenhengen mellom utløsende hendelser, tanker rundt hendelsene og hvilke konsekvenser som oppstår som følge av pasientens vrangforestillinger. Fordi det i den kognitive modellen er pasientens tanker rundt en hendelse som fører til vrangforestillingen, vil det si at om de dysfunksjonelle antagelsene endres, så vil dette føre til endring i symptomene (Hagen et al., 2007).

### **6.2.3 Kognitiv terapi - aktiv utfordring**

En mer aktiv utfordring av pasientens vrangforestillinger starter ifølge Jordahl og Repål (2009) etter 6-7 samtaler. Da kan sykepleieren begynne å påpeke inkonsekvens eller logiske brister i pasientens vrangforestillinger, samtidig som de ser på alternative forklaringer. Her er det viktig at sykepleieren ikke prøver å forandre vrangforestillingene direkte, men heller fokuserer på antagelsene som skaper vrangforestillingene (Jordahl & Repål, 2009).

For eksempel hos den tidligere beskrevne pasienten som følte seg forfulgt fordi samme person ble observert to ganger på kort tid, bør sykepleieren sette spørsmålstegn ved disse antagelsene om forfølgelse, og forsøke å hjelpe pasienten i å finne en alternativ forklaring (Jordahl & Repål, 2009). Betyr det at pasienten observerte denne personen to ganger på kort tid nødvendigvis at han forfølger pasienten? Det er jo stor sannsynlighet at andre i nærheten også observerte denne personen to ganger. Forfølger han da alle som har gjort samme observasjon som pasienten?

Her kan kanskje en alternativ forklaring være at den observerte personen ikke visste veien dit han skulle, og dermed vandret frem og tilbake for å finne ut hvor han skulle gå.

Jordahl og Repål (2009) skriver at målet er at pasienten klarer å erstatte sine antagelsene med tolkninger som er mindre hemmende enn de tidligere antagelsene.

Hvis sykepleieren sammen med pasienten på denne måten klarer å endre pasientens antagelser om at han eller hun ble forfulgt, så vil dette ifølge den kognitive modellen føre til at pasientens frykt rundt denne "forfølgelsen" forsvinner (Hagen et al., 2007).

Ved å ha et ønske om å avhjelpe pasientens lidelse og ta del i denne lidelsen viser sykepleieren ifølge Travelbee sympati med pasienten. Sympati er en ekte bekymring for

pasientens lidelse og kan være med på å lette lidelsen fordi han eller hun ikke lenger alene bærer byrden av denne lidelsen (Travelbee, 1999).

#### **6.2.4 Kognitiv terapi - empirisk uttesting**

En mer direkte fremgangsmåte enn aktiv utfordring er empirisk uttesting (Jordahl & Repål, 2009). Ifølge Hagen et al. (2007) er dette en måte å teste ut pasientens antagelser i konkrete situasjoner for å se om de holder mål. Tanken med dette er å finne bevis som gjør at pasienten endrer tolkningene av en utløsende hendelse. Hvis dette gjøres riktig og bevisene er utvetydige, kan det være et sterkt argument mot pasientens vrangforestillinger. Utfallet av testen må være helt klart og tydelig, og det bør være målbart. På forhånd bør sykepleieren undersøke hvordan pasienten vil tolke ulike utfall av uttestingen, og bli enig med pasienten hvilke resultater som tyder på hva (Hagen et al., 2007).

Jordahl og Repål (2009) advarer imidlertid mot denne typen empirisk uttesting fordi det er lite effektivt når det gjelder denne typen lidelse. Deres erfaring er at for tidlig bruk av dette ikke fører til noen endring i vrangforestillingene. Hvis pasienten på forhånd av uttestingen ikke har fått den alternative forståelsen som beskrives i forrige underkapittel, vil ikke dette ha noen effekt. Da blir det gjerne slik at pasienten finner forklaringer som passer inn i han eller hennes eksisterende vrangforestilling. Et annet problem ifølge Jordahl og Repål (2009) er at det kan være vanskelig å bli enig med pasienten om hva et gitt resultat tyder på.

Det er kun mulig å lykkes med dette når sykepleieren har hjulpet pasienten med å finne mer hensiktsmessige strategier for å tolke hendelser (Jordahl & Repål, 2009).

Til slutt vil pasienten og sykepleieren oppnå det Travelbees kaller gjensidig forståelse og kontakt. Dette er et resultat av samarbeidet disse har hatt i de foregående fasene, og i dette tilfellet gjennom samarbeidet om den kognitive terapien. Erfaringene de har vært gjennom sammen er meningsfulle for dem begge, og forholdet er også et resultat av at sykepleieren har hjulpet pasienten gjennom han eller hennes lidelse (Travelbee, 1999).

### **6.3 Etiske og juridiske aspekter ved kognitiv terapi til personer i psykose**

Etikk og jus er som tidligere nevnt sentrale verktøy i sykepleieutøvelsen. Det er en forutsetning at sykepleiere kjenner til lover som er styrende for deres utøvelse (Molven, 2012).

Ifølge Molven (2012) har etikk tradisjonelt sett vært sentralt i sykepleien. Etter hvert har det utviklet seg et generelt verdigrunnlag som kan hjelpe sykepleiere i å vite hva deres handlinger skal være styrt av (Molven, 2012).

### **6.3.1 Pasientens rett til informasjon**

Ikke bare er det å informere pasienten i tråd med den kognitive tilnærmingen, men det er også, som skrevet i kapittel 3, en lovfestet rett. Det er også nevnt i et av punktene i de yrkesetiske retningslinjene (2011) at sykepleieren har et ansvar for å blant annet gi pasienten tilpasset informasjon og forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen.

Ifølge Helsedirektoratet (2013) må informasjonen tilpasses pasientens forutsetninger.

Samtidig kan dette by på utfordringer når det gjelder personer i psykose fordi de har en forandret virkelighetsoppfatning og ofte feiltolker informasjon fra omverdenen og andre personer (Skårderud et al., 2013). Sykepleieren må likevel forsøke å legge til rette for at pasienten får den informasjonen han eller hun har krav på (Molven, 2012).

Sykepleiefaglig er det ifølge Hummelvoll (2014) lagt til grunn at gode behandlingsresultater krever et tett samarbeid mellom pasienten og sykepleieren. Det er derfor viktig at pasienten informeres om behandlingsopplegget slik at han eller hun kan medvirke i dette. Dette bygger på de etiske prinsippene om å vise respekt for den enkeltes autonomi og integritet.

Det er også en lovfestet rett for pasienten å få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen, som i dette tilfellet er kognitiv terapi. Det er imidlertid viktig å påpeke her at kognitiv terapi ifølge Turkington et al. (2006) er trygt og effektivt, og har svært få bivirkninger, om noen.

### **6.3.2 Brukermedvirkning og autonomi**

Helsedirektoratet (2013) skriver i de nasjonale faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse at all god psykisk helsehjelp setter pasienten i fokus slik at pasienten selv kan ta ansvar for seg selv og sin utvikling. Videre står det at brukermedvirkning også fungerer som et terapeutisk virkemiddel fordi det kan føre til større autonomi og bidra til at pasienten opplever større kontroll (Helsedirektoratet, 2013).

Brukermedvirkning er en rettighet alle pasienter har, og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette gjelder også de pasientene som er underlagt tvungent psykisk helsevern, så langt det lar



seg gjøre (Helsedirektoratet, 2013). Dette går også igjen i de yrkesetiske retningslinjene (2011) som sier at sykepleieren skal respektere pasientens rett til å foreta egne valg.

Brukermedvirkning og autonomi kommer også tydelig frem i Travelbees sykepleieteori, i og med at det er den syke som er i fokus og det er lagt stor vekt på sammen med pasienten å opprette et gjensidig menneske-til-menneskeforhold (Travelbee, 1999).

Men selv om pasienten har rett til å medvirke, har han eller hun ikke plikt til å gjøre dette og kan selv velge i hvilken grad denne retten skal benyttes (Hummelvoll, 2014).

Sykepleiere må sørge for at muligheten til å bruke medvirkningsretten er ivarettatt (Hummelvoll, 2014). Dette forutsetter vilje til åpen kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, og det er sykepleieren som oftest må være den som legger til rette for dette (Molven, 2012).

### **6.3.3 Bruk av tvang**

Som beskrevet i kapittel 3 gir loven adgang til å bruke tvang i det psykiske helsevernet. Både når det gjelder innleggelse og på institusjonen etter innleggelse (Psykisk helsevernloven, 1999). Men fordi kognitiv terapi krever et tett samarbeid mellom behandler og pasient (Helsedirektoratet, 2013), kan det hevdes at det ikke er mulig å bedrive kognitiv terapi under tvang.

Ifølge de yrkesetiske retningslinjer (2011) skal sykepleiere beskytte pasienten mot unødvendig tvang. Da kan det være verdt å være klar over en studie fra USA som viser at kognitiv terapi kan ha en positiv effekt på tilfeller av isolering og bruk av mekaniske tvangsmidler. I denne studien fikk 29 ansatte, inkludert sykepleiere, på en psykiatrisk sengepost fikk en måneds opplæring i kognitiv terapi. De fire neste månedene etter fullført opplæring ble tilfeller av bruk av tvangsmidler mer enn halvert sammenlignet med de fire siste månedene før opplæringen (Chang, Grant, Luther, & Beck, 2013). Dette tyder på at kognitiv terapi kan være med på å øke pasientens medvirkning og autonomi. Dermed, ved å utøve kognitiv terapi kan sykepleieren indirekte være med på å beskytte pasienten mot unødvendig tvang.

## **7 Avsluttende bemerkninger**

I denne oppgaven har det blitt forsøkt å svare på hvordan sykepleiere kan bidra til behandlingen av vrangforestillinger hos pasienter i psykose ved hjelp av kognitiv terapi. Dette skiller seg ikke ut fra hvordan andre faggrupper ville gjort det, men sykepleiere skal ha meget gode forutsetninger for å kunne bidra til dette.

Beskrivelsen av hvordan kognitiv terapi utføres, både generelt og når det gjelder vrangforestillinger hos personer i psykose, passer godt med hvordan Joyce Travelbee beskriver at sykepleie bør utøves. Både innen den kognitive modellen og i Travelbees sykepleieteori legges det stor vekt på relasjonen mellom pasient og behandler eller sykepleier. I og med at det er sykepleiere som har tette kontakt med de aktuelle pasientene er det også muligens de som har den beste muligheten til å kunne opprette en relasjon med dem. Dermed er det nærliggende å tro sykepleiere har svært gode forutsetninger for å bedrive kognitiv terapi i samarbeid med pasientene.

For å få dette til må sykepleieren, i tillegg til å vite hvordan kognitiv terapi utføres, tålmodig og interessert, med forståelse for pasientens situasjon, jobbe seg frem til kontakt med pasienten på et empatisk vis. På denne måten kan sykepleieren sette seg inn i pasientens virkelighetsforståelse, og bidra til pasientens behandling ved hjelp av kognitiv terapi.

Skulle sykepleieren lykkes med dette har han eller hun oppnådd det Travelbee mener er sykepleiens overordnede hensikt, nemlig å hjelpe pasienten i å mestre sin lidelse og finne mening i erfaringen.

## Litteraturliste

- Alford, B.A., & Beck, A.T. (1994). Cognitive Therapy Of Delusional Beliefs. *Behaviour Research And Therapy*, 32(3), 369-380. doi:10.1016/0005-7967(94)90134-1
- Beck, A.T. (2004). A Cognitive Model Of Schizophrenia. *Journal Of Cognitive Psychotherapy*, 18(3), 281-288. doi:http://dx.doi.org/10.1891/jcop.18.3.281.65649
- Brinchmann, B. S (Red.). (2013). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Chan, S., & Leung, J. (2002). Cognitive Behavioural Therapy For Clients With Schizophrenia: Implications For Mental Health Nursing Practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 11(2), 214-224. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00593.x
- Chang, N., Grant, P., Luther, L., & Beck, A. (2014). Effects Of A Recovery-Oriented Cognitive Therapy Training Program On Inpatient Staff Attitudes And Incidents Of Seclusion and Restraint. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 415-421. doi:10.1007/s10597-013-9675-6
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Garety, P., Fowler, D., & Kuipers, E. (2000). Cognitive-Behavioral Therapy For Medication-Resistant Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 73-86. Hentet fra <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/26/1/73.full.pdf>
- Hagen, R., Kråkvik, B., & Gråwe, R. W. (2007). Kognitiv terapi ved schizofreni. I T. C. Stiles (Red.) , *Lidelsesspesifikk kognitiv terapi*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Hallberg, M., & Ørbeck, A. L. (2006, 05.03). Kognitiv terapi gir gode resultater. *Sykepleien*, 94(11), 46-49. doi:10.4220/sykepleiens.2006.0018 Hentet 22.03.16 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kognitiv-terapi-gir-gode-resultater>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Brukermedvirkning*. Hentet 24.03.16 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Jordahl, H., & Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Jung, E., Wiesjahn, M., Rief, W., & Lincoln, T. M. (2015). Perceived Therapist Genuineness Predicts Therapeutic Alliance In Cognitive Behavioural Therapy For Psychosis. *British Journal Of Clinical Psychology*, 54(1), 34-48. doi:10.1111/bjc.12059

- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2007). *Kognitiv terapi ved schizofreni*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kuller, A., Ott, B., Goisman, R., Wainwright, L., & Rabin, R. (2010). Cognitive Behavioral Therapy And Schizophrenia: A Survey Of Clinical Practices And Views On Efficacy In The United States And United Kingdom. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 2-9. doi:10.1007/s10597-009-9223-6
- Lunde, B. V. (2013). Juss og etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann (Red.) , *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Melle, I., & Andreassen, O. A. (2014). Schizofreni, schizotyp og schizoaffektiv lidelse. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, I. Melle, & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri* (s. 358). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Mykletun, A., & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 21.03.16 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern>
- Rathod, S., Kingdon, D., Weiden, P., & Turkington, D. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy For Medication-Resistant Schizophrenia: A Review. *Journal Of Psychiatric Practice*, 14(1), 22-33. doi:10.1097/01.pra.0000308492.93003.db
- Simonsen, E., Lyse, H.-G., Hansen, A. O., & Knudsen, P. (2002). *Om og med psykose*. København: Psykiatrifonden.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stånicke, E. (2013). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snelvedt, T. (2013). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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. *British Journal Of Psychiatry*, 189(7), 36-40.  
doi:10.1192/bjp.bp.105.010884

Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological Interventions For Psychosis: A Meta-Analysis Of Comparative Outcome Studies. *American Journal Of Psychiatry*, 171(5), 523-538.  
doi:10.1176/appi.ajp.2013.13081159

Weck, F., Grikscheit, F., Jakob, M., Höfling, V., & Stangier, U. (2015). Treatment Failure In Cognitive-Behavioural Therapy: Therapeutic Alliance As A Precondition For An Adherent And Competent Implementation Of Techniques. *British Journal Of Clinical Psychology*, 54(1), 91-108. doi:10.1111/bjc.12063