

# Kognitiv atferdsterapi ved psyko

Det har tidligere blitt antatt at psykotiske symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner ikke kan være gjenstand for psykoterapi. Nyere forskning når det gjelder psykoseproblematikk, tyder på at det motsatte er tilfellet.

TEKST

**Vegard Klausen**

**Roger Hagen**

PUBLISERT 1. mai 2008

ABSTRACT:

## **Cognitive behavioural therapy and psychosis**

Persons suffering from psychotic disorders frequently experience a considerable amount of discomfort. The authors of this article challenge the assumption that psychotic symptoms, such as delusions or auditory hallucinations, do not respond to psychological treatment. Studies of cognitive behavioural therapy indicate the opposite. This paper focuses on issues related to the assessment of psychotic symptoms. It presents cognitive case analyses of psychosis, and it discusses how cognitive behavioural therapy can be used to treat psychotic disorders. Finally the authors discuss the validity of empirical support for cognitive behavioural therapy as a mode of treatment for persons suffering from psychotic disorders.

---

Keywords: cognitive behavioural therapy, psychosis; schizophrenia, delusions, hallucinations

---

EMNER

kognitiv atferdsterapi

Psykose; Schizofeni

Vrangforestillinger

Hallusinasjoner

---

Ifølge ICD-10 (WHO, 1992) er positive symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner noen av de viktigste kjennetegnene ved psykoser. I utgangspunktet skilles det mellom schizofreni og andre psykoselidelser i de diagnostiske manualene. Denne artikkelen vil betrakte disse diagnosene under ett, da det er psykosetilstanden og de vanligste psykotiske symptomene forbundet med den som drøftes. Begrepene schizofreni og psykose blir begge brukt i artikkelen, men det er altså de psykotiske *symptomene* det fokuseres på, og ikke de spesifikke diagnosene.

Psykotiske lidelser er alvorlige tilstander, ofte karakterisert ved svekkelser i kognisjon, affekt, atferd og funksjon (WHO, 1992). Til tross for at psykofarmaka har vist seg effektivt når det gjelder behandling av psykotiske symptomer og forhindring av tilbakefall, opplever fortsatt en del av pasientene som har vært medisinert med

antipsykotika, vedvarende vrangforestillinger, hallusinasjoner og emosjonell tilbaketrekking (Oppjordsmoen, 2005).

I psykiatrien har det vært aksept for en overveiende biologisk forståelse av lidelsen, noe som har bidratt til en terapeutisk pessimisme omkring effekten av psykoterapi ved de psykotiske symptomene (Bentall, 2007). Dette har bidratt til et syn hvor psykotiske symptomer antas ikke å respondere på rasjonell argumentasjon (Jaspers, 1963), og hvor intensiv psykoterapi kan gjøre ting verre (Mueser & Berenbaum, 1990). Nyere forskning i forbindelse med kognitiv atferdsterapi (KAT) på området tyder på at dette er en feilslutning. Studier, som vil bli omtalt senere, viser at ubehaget som er forbundet med positive symptomer ved psykoser, kan lettes ved hjelp av kognitiv atferdsterapi.

Kognitiv atferdsterapi ved psykoser innebærer å samtale med pasienter om symptomene og deres vanskelige livssituasjon, og å forsøke å forstå denne type problemer ved hjelp av en kognitiv formulering av psykosen. Målet er å engasjere til samarbeid og diskusjoner som fører til mindre belastende og mer konstruktive måter å forstå psykosen og atferden på, noe som igjen trolig vil føre til bedring (Fowler, Garety & Kuipers, 1998).

Kognitiv atferdsterapi benyttes også ved andre psykotiske symptomer enn vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner, for eksempel negative symptomer som passivitet, isolasjon og følelsesmessig avflatning (Rector, Beck & Stolar, 2005; Stolar & Grant, 2007). Men vi vil her konsentrere oss om de positive symptomene vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner, siden disse er blant de største årsakene til ubehag hos pasienter, og fordi de har fått mye oppmerksomhet i faglitteraturen, men også på grunn av plassbegrensninger.

Først blir kognitiv teori som ligger til grunn for KAT beskrevet. Deretter gjennomgår vi prinsipper for hvordan man som terapeut innhenter informasjon omkring pasientens psykotiske symptomer, og bruken av kognitive kasusformuleringer ved KAT ved psykoser. Senere i artikkelen blir de ulike fasene i behandlingen gjennomgått med et spesielt fokus på hvilke særskilte utfordringer behandlingsfasen bringer med seg, før vi ser på effektstudier av KAT ved psykoser. Til slutt går vi i korthet igjennom forebygging av tilbakefall.

## **Kognitiv teori**

Morrison, Renton, Dunn, Williams og Bentall (2004) skiller mellom tre ulike paradigmer som har rådet i forståelsen av psykoser. Det første er sykdomsparadigmet, som i stor grad ble utformet av Kraepelin i begynnelsen av 1900-tallet og varte til 1970-tallet. Her dominerte tankene om at det finnes et klart skille mellom normalitet og abnormalitet, at det finnes et bestemt antall diagnostiserbare psykiske lidelser, og at alle mentale lidelser skyldes hjernesykdommer som sannsynligvis er arvelige. Dette utgangspunktet har store begrensninger. I dag antas det at mentale problemer ligger på et kontinuum med det normale, og at de altså ikke er kvalitativt forskjellig. Tanken om et bestemt antall diagnoser skaper også problemer fordi de samme symptomene finnes

i ulike diagnoser. I tillegg gir ideen om at mentale lidelser skyldes hjernesykdommer lite rom for psykologiske og sosiale intervensjoner.

Stress-sårbarhetsmodellen for psykose eksemplifiserer det andre paradigmet (Zubin & Spring, 1977). I dette paradigmet antas det at biologisk disponerte individer blir psykotiske bare hvis de blir utsatt for stressende livshendelser. Selv om psykotiske lidelser fortsatt faller inn under generelle diagnostiske kategorier, gir dette en mer optimistisk tilnærming. Lidelsene antas å ligge på det samme kontinuumet som normal atferd og erfaringer, og det åpnes for at man kan skape terapeutisk endring ved å påvirke miljøet.

Det siste paradigmet er det symptomfokuserte paradigmet. Her legges det vekt på de enkelte symptomene fremfor brede diagnostiske kategorier. De psykotiske symptomene antas å ligge på et kontinuum med normale opplevelser, og man har funnet at de er mer utbredt enn tidligere antatt også i den generelle populasjonen. På dette grunnlaget har det blitt hevdet at de tradisjonelle diagnostiske systemene synes å ha mindre vitenskapelig og klinisk verdi (Bentall, 2007). En fordel med symptomtilærmingen er at den ikke bare er opptatt av kognitive svekkelser («deficits»), men retter forskning mot skjevheter i persepsjon og resonnering (skjevheter som i større grad er et resultat av feillæring, og derfor kan være mer påvirkbare enn svekkelser). Men det finnes også begrensninger ved denne tilnærmingen, og to av disse er det spesielt viktig å nevne: 1) psykologiske modeller av psykose er ofte generelle modeller, basert på statistiske data, mens behandleren må forholde seg til individer. Slike modeller må derfor sees på som veiledende (og tilpasses individuelt); og 2) modellene søker å forklare spesifikke enkeltsymptomer, mens pasienter ofte viser flere symptomer. I praksis vil man derfor kanskje måtte ta i bruk flere kognitive modeller. Ifølge Morrison et al. (2004) nødvendiggjør disse begrensningene bruk av en formuleringsbasert tilnærming. Denne tilnærmingen blir gjennomgått senere i denne artikkelen.

Summa summarum kan man hevde at kognitiv atferdsterapi for psykoser tar utgangspunkt i stress-sårbarhetsparadigmet når det gjelder forståelsen og ved kasusformuleringen av pasientens problemer, samt i planleggingen av behandlingen (Kingdon & Turkington, 2005). Når man derimot kommer til selve behandlingsintervensjonene, er grunnlaget i større grad basert på det symptomfokuserte paradigmet (Rector & Beck, 2002).

Blant de viktigste positive psykotiske symptomene er hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger. Vi skal se nærmere på hvordan disse symptomene forstås i en kognitiv rammemodell.

## **Hørselshallusinasjoner**

Hørselshallusinasjoner er det symptomet som oftest rapporteres ved schizofreni, og de finnes også ved andre psykiske lidelser (Rector & Beck, 2002). DSM-IV (APA, 1994) definerer hørselshallusinasjoner som «en sensorisk persepsjon som har en overbevisende virkelighetsfølelse lik en ekte persepsjon, men som oppstår uten ekstern

stimulering av relevant sensorisk organ». Slade og Bentall (1988) anslår at 60 % av pasientene med en schizofrenidiagnose opplever hørselshallusinasjoner. Studier tyder på at hallusinasjoner som fenomen kan ligge på et kontinuum med normale opplevelser (Rector & Beck, 2002; Kinderman 2007), og det synes å råde en enighet om at slike studier snarere gir støtte for at hørselshallusinasjoner oppstår når folk feilaktig oppfatter tanker og erindringer som eksterne stimuli, enn som et patologisk fenomen i seg selv (Bentall, 1990). Denne skjevheten i attribusjon har blitt demonstrert blant annet av Johns et al. (2001). De fant at personer med hallusinasjoner var tilbøyelige til å attribuere feedback av sin egen stemme, det vil si at de fikk høre en forstyrret utgave av sin egen stemme samtidig som de leste høyt, til en ekstern kilde. Det er derimot ulike teorier i forhold til hva denne feiltagelsen skyldes, og for en nærmere utdyping av disse teoriene henviser vi til Kinderman (2007). Noen forskere hevder at ekstern attribusjon skyldes en kognitiv svekkelse, mens andre mener det skyldes en skjevhet i en normal psykologisk prosess (Morrison et al., 2004). Teoretiske forklaringer på hørselshallusinasjoner fokuserer ofte på kognitive mekanismer, noe som kan være av begrenset klinisk betydning. For i klinisk praksis vil derimot fokuset være å vurdere hva som gjør at stemmene oppleves som ubehagelige for pasienten, og det viktigste temaet i det terapeutiske arbeidet med pasienter blir de emosjonelle konsekvensene man opplever i forhold til sine av hørselshallusinasjoner (Kinderman, 2007; Chadwick, Barnbrook & Newman-Taylor, 2007).

## **Vrangforestillinger**

Tradisjonelt har vrangforestillinger blitt vurdert som abnormale antagelser, kvalitativt forskjellige fra normale antagelser. I økende grad blir vrangforestillinger nå ansett som å ligge på den ekstreme enden av et antagelseskontinuum, heller enn å representere kategoriske abnormaliteter (Bentall, 2004). Det finnes nå en rekke studier som antyder tilstedeværelse av kognitive skjevheter hos mennesker med vrangforestillinger, hvor disse skjevhetene hovedsakelig viser seg i forhold til resonnering, selektiv oppmerksomhet, attribusjon og metakognisjon (Garety & Freeman, 1999; Bell, Halligan & Ellis, 2006).

Den kognitive tilnærmingen forsøker å forstå hvordan pasienter skaper mening ut fra livserfaringer, og hvordan vanlige kognitive skjevheter kan forstyrre opplevelsen av disse erfaringene. Blant disse kognitive skjevhetene finner man egosentriske skjevheter (irrelevante hendelser blir gjort selvrelevante), eksternaliserende skjevheter (interne sensoriske opplevelser eller symptomer blir tilskrevet til eksterne aktører eller omstendigheter) og intensjonaliserende skjevheter (pasienten attribuerer onde og fiendtlige intensjoner til andre menneskers handlinger) (Rector & Beck, 2002). Evnen til å slutte seg til andres mentale tilstander («theory of mind») har også blitt antatt å spille en rolle i forhold til vrangforestillinger (Frith & Corcoran, 1996). De kognitive skjevhetene forekommer i sterkest grad når utfallet av en situasjon er vurdert som viktig, man føler seg sårbar og situasjonen oppleves som en personlig trussel (Rector & Beck, 2002).

## **Kognitiv behandling ved psykoser**

Vi vil her presentere et forslag til hvordan man kan drive en kognitiv behandling ved psykotiske symptomer. Vi skal prøve å gi en oversikt over de viktigste elementene i en slik terapi, og se nærmere på selve intervensjonsfasen når det gjelder de psykotiske symptomene vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner. Først gir vi et innblikk i de prinsippene og den strukturen terapien vanligvis følger, før vi presenterer en oversikt over de ulike stadiene i terapiprosessen. Tilslutt i denne delen av artikkelen vil vi i mer detalj gjennomgå de ulike stadiene.

### **Prinsipper og struktur i kognitiv atferdsterapi**

Kognitiv atferdsterapi er edukativ og basert på et samarbeid med pasienten. Det betyr at terapeut og pasient sammen setter mål for behandlingen, og sammen finner måter å løse problemene på. I KAT benytter man seg hovedsakelig av den sokratiske metoden («guided discovery»), og det innebærer at i stedet for å gi pasienten svar på spørsmål eller problematisere negative tanker stiller terapeuten spørsmål slik at man hjelper pasienten til selv å finne svar. På denne måten blir pasienten aktivt deltagende, og kan få et innblikk i den terapeutiske prosessen. En trygg terapeutisk relasjon er nødvendig for at KAT skal finne sted. En pasient må føle seg trygg på terapeuten og ha en følelse av tillit til denne. Med mange pasienter er dette uproblematisk. Når det gjelder pasienter med psykoser, derimot, kan det være en større utfordring som med fordel kan tas tak i tidlig i behandlingen (Kingdon & Turkington, 2005). Til slutt bør det nevnes at KAT er strukturert og problemorientert: hver time begynner med at agenda bestemmes i felleskap av pasient og terapeut, og man spesifiserer hvilke problemer som skal håndteres i timen og eventuelt hvilken edukativ informasjon som det er nødvendig å lære bort.

### **Forløpet i KAT ved psykoser**

Det er vanlig å betrakte terapiprosessen i stadier, selv om stadiene ikke nødvendigvis følger i en bestemt rekkefølge. I praksis vil de gli over i hverandre, og elementer i ett stadium vil kunne dukke opp i et annet (Hagen, 2005).

Det første stadiet vil, som ved andre typer behandling, være etablering av en terapeutisk allianse. Dette er svært viktig, og ved psykoseproblematikk kan det utgjøre en ekstra utfordring, blant annet på grunn pasientens mulige vanskeligheter med engasjement. Det andre stadiet er innhenting av informasjon om pasienten og hans eller hennes problemer. Dette stadiet overlapper med det tredje stadiet, som innebærer en kasusformulering. Kasusformuleringen bygger på informasjonen man har samlet inn, og innebærer kort fortalt en beskrivelse av pasientens problemer.

Kasusformuleringen vil således være grunnlaget for det fjerde stadiet, som er intervensjonsfasen. I intervensjonsfasen implementerer man ulike kognitive og atferdsmessige teknikker for å lette pasientens ubehag knyttet til de psykotiske symptomene. Det siste stadiet er forebygging av tilbakefall.

Det skal nevnes at spesielt vurdering og kasusformulering er prosesser som pågår under hele behandlingsforløpet. Dersom det dukker opp ny informasjon eller nye aspekter ved pasienten eller hans eller hennes problemer, bør dette vurderes og implementeres fortløpende i kasusformuleringen (Morrison et al., 2004).

### **Etablering av terapeutisk allianse**

Å engasjere pasienten i terapi kan være en utfordring for terapeuten uavhengig av hvilke problemer som er aktuelle. Når det gjelder pasienter med psykotiske symptomer, er det imidlertid noen områder som det er spesielt viktig å være oppmerksom på. Chadwick, Birchwood og Trower (1996) har beskrevet disse nærmere.

Som ved terapi ved andre problemområder er pasientens opplevelse av empatisk forståelse viktig i forhold til engasjement. Det kan være et stort sprik mellom pasientens og terapeutens erfaringer, spesielt med tanke på pasientens psykotiske symptomer. Om dette gjør det vanskelig for terapeuten å være empatisk, kan det være nyttig å huske på at det ikke nødvendigvis er opplevelsen i seg selv som krever empatisk forståelse. I stedet bør målet være å anerkjenne opplevelsen og å basere sin empatiske forståelse og kommunikasjon på grunnlag av de reaksjoner pasienten opplever i forhold til sine psykotiske opplevelser.

Terapeutens antagelser om psykoser og hvorvidt psykologisk behandling kan hjelpe, er også av vesentlig betydning. Et eksempel kan være at terapeuten ser på psykotisk atferd som uten sammenheng med annen atferd, og således utenfor rekkevidden av forståelse og empati. Da vil dette sannsynligvis gjenspeiles i terapeutens følelser og atferd overfor pasienten, samt i hans eller hennes forventning om terapeutisk endring.

Også pasienten kan komme til terapi med forventninger og antagelser som kan blokkere behandlingen. Mange frykter at terapeuten skal misbruke makten sin, for eksempel øke medisindoser dersom pasienten forteller om sine psykotiske symptomer. Videre kan pasienten frykte at hans eller hennes antagelser, perspektiver eller opplevelser blir avvist. Det er derfor viktig å berolige pasienten ved å fortelle om hvordan kognitive terapeuter jobber, hva slags menneskesyn man har, og hvordan terapien forløper. Det er også viktig å diskutere eventuell økning eller redusering av medisinen, og opplyse om at dette, hvis nødvendig, vil skje for å ivareta pasienten.

Mange pasienter har en historie med vanskelige interpersonlige forhold, og vil kunne oppleve en-til-en-interaksjon som stressende. Fokuset blir lett på det de opplever som truende og avvisende atferd fra terapeutens side, og det blir vanskelig for pasienten å engasjere seg i en terapeutisk relasjon. I slike tilfeller kan det være nyttig å gjøre behandlingstimene kortere og mer «formelle» i begynnelsen. I tillegg kan økt struktur i timene være til hjelp.

Et potensielt problem, som oftest oppstår i selve terapien, er det å skulle se på vrangforestillinger som forestillinger og ikke fakta. Pasienter kan oppleve dette som at enda en person ikke tror dem. Det er derfor viktig å ikke forsøke å overbevise pasienten om at han eller hun tar feil og at terapeuten har rett. I stedet anbefales det å ta i bruk

sokratiske spørsmål. Dette kan hjelpe pasienten til selv å oppdage tvil og erfaringer som kan peke mot en alternativ forståelse av de psykotiske opplevelsene.

En annen utfordring i selve terapien omhandler det å skape en felles rasjonale for å utfordre vrangforestillinger. Det er problematisk å gjennomføre en intervensjon dersom pasienten selv ikke har en klar ide om hva formålet er og hvilke potensielle fordeler intervensjonen kan medføre. Det er derfor viktig at man kartlegger det ubehag og de atferdsmessige problemer som er knyttet til pasientens vrangforestillinger. Deretter må man utforske hvordan vrangforestillingen påvirker livet til pasienten, både fordeler og ulemper, og hvordan livet ville vært annerledes dersom vrangforestillingen ikke var til stede.. På denne måten kan pasienten se på vrangforestillingen som en forestilling som fører til ubehag.

Et viktig element i KAT ved psykoser er normalisering av psykotiske opplevelser eller symptomer (Dudley et al., 2007). Dette innebærer å gi pasienten en forståelse av at psykotiske symptomer ikke er kvalitativt forskjellige fra andre menneskers opplevelser eller erfaringer. For eksempel kan informasjon om at «normale» situasjoner, som deprivasjonstilstander, frykt eller traumer, også kan føre til psykotiske symptomer, være med å redusere frykten for å «bli gal», redusere stigmatiseringen, øke selvfølelsen eller fasilitere andre forklaringer på vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner (Kingdon & Turkington, 2005).

Det er altså av stor betydning i KAT ved psykoser å begynne terapiprosessen gradvis, samtidig som man legger vekt på å opptre empatisk og å gi pasienten innføring i hvordan KAT foregår. På denne måten kan pasienten få innsikt og motivasjon til aktivt å engasjere seg i det terapeutiske arbeidet.

### **Innhenting av informasjon og vurdering av de psykotiske symptomene**

I KAT ved psykoser er det svært viktig at terapeut og pasient har en felles forståelse av hvilke problemer som skal drøftes, og hva disse problemene innebærer. Man må altså identifisere problemene. Dette er ikke bare viktig for fokusering av intervensjon, men det kan også være av stor betydning for arbeidsalliansen at man har en felles forståelse av hva som utgjør pasientens problemområder.

Et av de viktigste målene med vurderingen er å samle inn viktig informasjon som senere skal brukes i utviklingen av en individuell psykologisk kasusformulering. Denne formuleringen vil senere utgjøre grunnlaget for intervensjoner og behandling.

Vurdering kan i seg selv være et viktig element i behandlingen og således utgjøre en intervensjon. For det første kan vurderingen hjelpe til å etablere en kontakt med pasienten og dermed utvikle den terapeutiske relasjonen som er nødvendig for at terapeutisk endring skal kunne finne sted. Videre er vurderingsfasen en god mulighet for å dele normaliserende informasjon, og på denne måten kan vurderingen være en terapeutisk intervensjon i seg selv. Det å invitere til selvmonitorering kan minske forekomsten av visse symptomer (Reynolds & Tarrier, 1996).

Morrison et al. (2004) har beskrevet noen punkter som bør være med i en vurdering. Vi skal summarisk gjennomgå disse for å se hvilke punkter som vektlegges.

- *Nåværende vanskeligheter.* Sentralt i vurderingen er de nåværende problemene sett fra en integrert synsvinkel: kognitiv, atferdsmessig, emosjonell og fysiologiske prosesser, samt miljømessige variabler.
- *Kognitive komponenter.* Dette inkluderer blant annet *kognitive inntrengninger* («intrusions»; påtrengende tanker, negative automatiske tanker, bekymringer eller minner, «Hvilke tanker hadde du på *det* tidspunktet?»), *vurderinger og tolkninger av inntrengninger* (inntrengninger blir ofte tolket på en måte som kan øke ubehaget ved dem og kan øke frekvensen av dem, «Hva betydde det for deg å ha den tanken?»), *oppmerksomhet* (hvilken rolle oppmerksomhetsfaktorer spiller i utviklingen og opprettholdelsen av problemet, «Når du var i situasjonen, hva var du mest oppmerksom på?»), *kognitive skjevheter* (for raske konklusjoner, tankelesning, personliggjøring, katastrofetenkning, alt-eller-intet-tenkning, maksimering og minimalisering), og *bilder* («imagery»; mange psykotiske pasienter opplever bilder knyttet til psykotiske symptomer – disse kan være nyttige i arbeidet med å få tak i underliggende antagelser og leveregler, samt viktige hendelser fra fortiden).
- *Atferdsmessige komponenter.* Disse komponentene omhandler i hovedsak sikkerhetsatferd (atferd en pasient bruker for å forhindre et fryktet utfall – slik atferd kan være et viktig element i hypotesetesting, og kan bidra til å avkrefte antagelser) og unngåelse («Er det noe du unngår å gjøre på grunn av dette problemet?»).
- *Affektive komponenter.* Emosjonelle responser bør vurderes og rangeres for intensitet i forhold til spesifikke situasjoner, idiosynkratiske tanker og atferd. Det er viktig få tak i når emosjonene oppdages i forhold til andre komponenter, med tanke på at de kan fungere som triggere eller cues.
- *Fysiologiske komponenter.* Fysiske responser må sees i sammenheng med spesifikke situasjoner, idiosynkratiske tanker, emosjoner og atferd. Vanlige fornemmelser er de angstreaksjonene som ofte finner sted ved panikkangst (svetting, svimmelhet, uklart syn, ansenthet, pustevansker, stamming og skjelving, kiling i magen, etc). Det er viktig å avklare hvorvidt disse fornemmelsene blir brukt som bevis for antagelser eller kriterier for start eller slutt av visse prosesser, for eksempel fokusering av oppmerksomhet eller stereotype atferder.

Alle de ovennevnte komponentene kan fungere som utløsere for visse tanke-følelse-atferd-sirkler. I tillegg kan også spesifikke hendelser, omstendigheter, situasjoner, mennesker eller substanser indusere (og dempe eller øke) visse symptomer eller opplevelser.

### **Longitudinell vurdering**

I tillegg til her-og-nå-fokuset er det viktig å ha en historisk kontekst som grunnlag for å analysere nåværende vanskeligheter. Det er spesielt viktig å få informasjon om



pasientens tidlige livserfaringer og de antagelser som kan ha utviklet seg som et resultat av disse (Morrison et al., 2004).

- *Tidlige erfaringer.* Viktige aspekter her er pasientens personlige og sosiale historie, med fokus på familieforhold, erfaringer med jevnaldrende og lærere i forhold til skolegang, vennskap og seksuelle forhold. Fordi psykotiske symptomer per definisjon skiller seg fra kulturelle normer, er det viktig å undersøke personens kulturelle bakgrunn. Temaer som ofte sees i klinisk praksis, er uønskede seksuelle opplevelser, mobbing på skole eller arbeid og fysiske angrep. Det viktig å gå varsomt frem når man undersøker disse forholdene, slik at pasienten føler seg trygg og ivaretatt.
- *Grunnleggende leveregler og dysfunksjonelle antagelser.* I tillegg til å forstå opprettholdelsen av spesifikke problemsituasjoner må en kartlegge noen grunnleggende leveregler og dysfunksjonelle antagelser knyttet til de aktuelle problemene for å oppnå en fullstendig konseptualisering av problemet. Grunnleggende leveregler er dype forestillinger som oftest har en form av absolutte påstander («statements»; som «Jeg er slem» eller «Man kan ikke stole på andre»). Dysfunksjonelle antagelser er leveregler som ofte har formen «hvis... så...» (for eksempel «Hvis jeg ikke blir likt av alle, så er jeg verdiløs»). Disse forestillingene er ofte formet av tidlige erfaringer. Det er derfor viktig å vurdere hvorvidt en forestilling er funksjonell eller har vært det tidligere. Selv om forestillingen på et tidspunkt har vært nyttig, trenger den ikke lenger være det.

## **Relaterte temaer**

Det er viktig å vurdere komorbiditet i forhold til psykoser. Vanlige problemer som ofte forekommer samtidig med psykose, er angstlidelser (Kingdon & Turkington, 2005), depresjon (Hagen, Gråwe, Grotmol, & Holen, 2006) og rusproblemer (Kavanaugh & Mueser, 2007). Man bør derfor inkludere spørsmål om dette i en vurdering. Et spesielt viktig tema å vurdere er suicidrisiko. Videre er det viktig å få informasjon om antipsykotisk medisinering og dens bivirkninger. Man kan også vurdere eventuelle svekkelser i hukommelse og oppmerksomhet, da dette vil kunne påvirke hvordan terapien blir lagt opp (for eksempel langsomt tempo, kortere sesjoner eller visuell fremfor verbal presentasjon av informasjon). For å rette opp i eventuelle misforståelser knyttet til terapi bør man forhøre seg om tidligere erfaringer med terapi og om forventninger til terapien. Til slutt er det viktig å kartlegge pasientens motivasjon for endring. I tillegg til det kliniske intervjuet finnes det flere andre metoder for å innhente informasjon, og vi viser til Peters (2007) for en utdyping av vurderingsprosessen ved psykotiske symptomer. Det er viktig å huske at vurdering er en kontinuerlig prosess som pågår gjennom hele behandlingen.

## **Kasusformulering**

Informasjonen man har innhentet i vurderingsfasen, vil være utgangspunktet for en kasusformulering (Kingdon & Turkington, 2005). Det er sentralt i en formulering å ha

med beskrivelser av problemer både på et opprettholdelsesnivå (hva som gjør at problemet fortsetter) og et utviklingsmessig eller historisk nivå (hva som kan ha forårsaket problemet). De verktøy og teknikker som finnes i KAT, bør kun benyttes dersom både terapeut og pasient har en forståelse av følgende faktorer: 1) hvorfor problemet utviklet seg, 2) hvordan det opprettholdes, og 3) hvilken intervensjon som kan være effektiv.

En kasusformulering er også viktig i forhold til tilbakefall (Gumley, 2007). Dersom man forlater terapien og føler seg bedre, men ikke vet hvorfor, kan man neppe snakke om en suksessfull behandling. For dersom man ikke har en modell for å forstå vanskelighetene, hvordan de oppstod og hvordan blir vedlikeholdt, hvordan kan man da forhindre dem fra å oppstå igjen? Videre er det vanskelig å se hvordan man kan bli motivert for terapi hvis man ikke klarer å se hvordan dette arbeidet er direkte forbundet med vanskelighetene.

Persons (1989) definerer kasusformulering som en hypotese om egenskaper ved de psykologiske vanskelighetene som ligger til grunn for de problemene pasienten har. Hun har også beskrevet ni av de viktigste bruksområdene til en kasusformulering:

- å forstå sammenhengene mellom problemer
- å velge behandlingstilnærming
- å velge intervensjonsstrategi
- å velge intervensjonsområde
- å forutsi atferd og forstå, samt håndtere behandlingsvegring
- å forstå og jobbe med relasjonsvanskeligheter
- å ta avgjørelser om utenom-terapi-temaer
- å stake ut en ny kurs når behandlingen har vært mislykket

Kasusformuleringen kan også brukes i forbindelse med normaliseringsprosessen ved psykotiske opplevelser (Kingdon & Turkington, 2005). For eksempel kan den være med på å gi en alternativ forklaring på hvordan problemet har oppstått, og hvordan det blir vedlikeholdt, slik at for eksempel stigma forbundet med en psykosed diagnose kan reduseres. En delt kasusformulering kan også bidra til å engasjere både terapeut og pasient i et samarbeid for å evaluere alternative forklaringer på symptomer.

#### *Hvordan formulere en pasients vanskeligheter?*

Utvikling og bruk av en formulering kan ikke sees på som en atskilt prosess i behandlingen. I stedet kan formuleringen mer fruktbart sees på som en arbeidshypotese, som er pågående og modifiserbar underveis i hele behandlingsprosessen. Stikkordsmessig inneholder en kognitiv kasusformulering ved psykoser informasjon om følgende faktorer (Morrison et al., 2004):

- pasientens nåværende problemer
- hypoteser om underliggende mekanismer
- forholdet mellom underliggende mekanismer og nåværende problemer
- forløpere for nåværende problemer

- vedlikehold av nåværende problemer
- opprinnelsen til nåværende problemer
- antatte hindre for behandling
- underliggende mekanismer og vedlikeholdssirkler for andre nåværende problemer

Formuleringen bør generelt sett bli utviklet i samarbeid med pasienten, og bli presentert som en av mange mulige hypoteser for å forstå det aktuelle problemet. Videre bør man sammen evaluere om formuleringen utgjør en nyttig og gyldig forklaring på problemet. Om nødvendig bør formuleringen endres på grunnlag av den tilbagemeldingen pasienten gir.

Kingdon & Turkington (2005) har kommet med et forslag til en typisk progresjon i arbeidet med kasesformuleringen. De mener prosessen ofte vil begynne med *normaliserende informasjon*. Deretter fortsetter man med *modeller for å hjelpe pasienten å forstå nåværende følelser og ubehag*, ved å: 1) sette unormale opplevelser i sammenheng med tolkningen av disse, 2) se følelsesmessige tilstander som følge av slike tolkninger, og 3) forstå problematisk atferd som resultat av de følelsesmessige tilstandene, samt påpeke hvilken rolle atferden kan ha når det gjelder opprettholdelse av problemene. Videre kan formuleringen ta for seg *modeller for spesifikke symptomer som pasienten er opptatt av*, for eksempel kognitive modeller av vrangforestillinger og hallusinasjoner som tidligere har blitt beskrevet kort i denne artikkelen. For å gi pasienten en forståelse av hvorfor og hvordan problemene har oppstått, er *utviklingsformuleringer i form av stress-sårbarhets-perspektiv* viktig. Til slutt kommer oftest en *historisk formulering for å forstå selve problemutviklingen og sårbarheten hos pasienten*. Her vil man ønske å få tak i de tidlige erfaringene som kan ligge bak grunnleggende leveregler og underliggende antagelser. Dette kan gi en forståelse for hvordan spesifikke hendelser kan utløse dysfunksjonelle antagelser og lede til generering av negative automatiske tanker. I og med at slike historiske formuleringer ofte kommer mot slutten av behandlingen, er de også til hjelp i arbeidet med å forebygge tilbakefall.

## **Intervensjonsfasen**

KAT ved psykoser bygger i hovedsak på de samme hovedteknikker og tilnærminger som KAT for andre diagnoser. Målet er problemløsning og å lære pasienten å identifisere og registrere sine tanker og forestillinger i gitte situasjoner, vurdere disse tankene og forestillingene mot objektive ytre bevis, og deretter korrigere dem i henhold til de faktiske forhold (Hagen, 2005). For å få til dette må pasienten lære seg å ta i bruk ulike kognitive teknikker og strategier slik at han eller hun kan tilegne seg mer adaptive antagelser, selv om dette arbeidet kan være mer problematisk ved psykotiske symptomer enn ved andre lettere psykiske lidelser som angst og depresjon.

Hovedmålet med KAT ved psykoser er *ikke* å fjerne vrangforestillingene og hallusinasjonene, men i stedet forsøker man å redusere ubehag og begrensninger som følger av de psykotiske symptomene (Chadwick et al., 1996). Vi skal først ta for oss behandling av vrangforestillinger og deretter hørselshallusinasjoner.

## Behandling av vrangforestillinger

Modellen vi her tar utgangspunkt i når det gjelder behandling av vrangforestillinger, er ABC-modellen, som har sitt opphav fra Ellis (1962, 1994). ABC-modellen som blir brukt i behandling av psykoser, er videreutviklet av Chadwick et al. (1996).

I ABC-modellen står A for aktiverende hendelse, B for antagelse («belief») om den aktiverende hendelsen, og C står for de emosjonelle og atferdsmessige konsekvensene av B, gitt A (se tabell 1). Fordelen med modellen er at den deler komponentene opp på en hensiktsmessig måte. Slik kan modellen hjelpe pasienter til å skille mellom hendelser, tanker og konsekvenser.

**TABELL 1. ABC-MODELLEN VED VRANGFORESTILLINGER (ETTER CHADWICK ET AL., 1996).**

A	B	C
Aktiverende hendelse	Antagelser, forestillinger	Konsekvenser
Eksempel	Helikopter passerer	«Noen er ute etter meg» Engstelig, redd, isolering

Chadwick et al. (1996) har beskrevet modellen nærmere gjennom fem grunnleggende prinsipper:

- Alle kliniske psykologiske problemer som pasienten presenterer, er C-er. Det betyr altså at det er det emosjonelle og atferdsmessige ubehaget, for eksempel angst, depresjon eller isolasjon, som er problemet.
- Problemer oppstår fra B-er, ikke A-er. Dette er et viktig poeng i KAT generelt. Det er ikke en hendelse i seg selv som resulterer i et følelsesmessig eller atferdsmessig problem, men heller den antagelsen eller fortolkningen man har av hendelsen som har fører til konsekvensene.
- Det er forutsigbare forbindelser mellom B-er og C-er. Det finnes spesifikke forbindelser mellom ulike kognisjoner og emosjoner. For eksempel vil antagelser om trusler være knyttet til angst, mens en antagelse om tap av status eller selverdi vil være forbundet med depresjon eller tilbaketrekking.
- Grunnleggende antagelser stammer fra tidlige erfaringer. Dysfunksjonelle skjemaer vil ofte være dannet ut fra mønstre og traumer i relasjon til andre fra barndommen av.
- Svekkelse av antagelser svekker ubehag og atferdsmessige forstyrrelser.

Pasienter med psykotiske symptomer vil ofte gå direkte fra A til C, uten å reflektere over hvilke mellomliggende antagelser (B) som ligger til grunn. Ved gå igjennom fortolkningsprosessen med pasienten kan han eller hun bli bevisst hvordan hendelser blir fortolket. Det er disse antagelsene og fortolkningene som fører til de emosjonelle og atferdsmessige problemene (C). Dersom man kan endre disse mellomliggende antagelsene, vil det innebære en endring av symptomene.

I arbeidet med vrangforestillinger finnes det flere kognitive metoder tilgjengelige (Sørensen, Jørgensen, & Rosenberg, 1998): 1) sokratisk utspørring, kognitiv analyse og restrukturering, 2) atferdseksperimenter hvor bevisene for deler av vrangforestillingen eller vrangforestillingen i seg selv undersøkes gjennom testing, 3) psykoedukasjon og 4) reduksjon av følelsesmessige reaksjoner knyttet til selve vrangforestillingen.

Kognitiv behandling av vrangforestillinger har altså som mål å lære pasienten å identifisere og registrere sine tanker og forestillinger i gitte situasjoner, og vurdere disse mot objektive ytre bevis, for deretter å korrigere dem i forhold til de faktiske forhold. Målet er dermed ikke kun å gi pasienten et mer optimistisk syn på tilværelsen, men heller å gi pasienten et mer nøyaktig bilde på virkeligheten (Hagen, 2005).

I samarbeid med pasienten utforsker terapeuten innholdet i vrangforestillingen, og forsøker å identifisere bevisene som ligger til grunn for den. Ved å søke etter alternative forklaringer på pasientens forestillinger er håpet at ubehaget som er knyttet til dem, kan svekkes. I dette arbeidet er bruk av den sokratiske metoden viktig. Dersom pasienten opplever å bli konfrontert eller å ikke bli trodd på sine vrangforestillinger, kan det resultere i psykologisk reaktans, og eventuelt tilbaketrekking og redusert motivasjon for behandlingen.

Dersom man har mulighet til det, bør man ta utgangspunkt i de forestillingene pasienten holder fast i med minst overbevisning (Kingdon & Turkington, 2005). Med betoning av informasjon om utviklingen av forestillingen utforsker man så innholdet i vrangforestillingen. I denne prosessen kan man etablere hva slags bevis pasienten har for vrangforestillingen. Det er da viktig å være åpen for alle typer tilleggsinformasjon som kan fungere som støttende bevis for vrangforestillingen. Det kan virke unaturlig å skulle finne frem til bevis for en vrangforestilling, men som et svar på dette hevder Kingdon og Turkington (2005) at de aldri har opplevd at en åpen diskusjon om argumenter for eller imot om en forestilling er sann, har ført til forverring av symptomene.

Når man har tatt for seg de bevis pasienten har for forestillingen, kan man undersøke den interne konsistensen og riktigheten av forestillingssystemet. Forestillingen kan så reformuleres som en forståelig respons på, og en måte å forstå, en spesifikk hendelse. Ut fra dette kan man konstruere en alternativ forklaring med personlig mening. Til slutt vurderer man vrangforestillingen ut fra tilgjengelig informasjon, og ser på alternative forestillinger som pasienten kan godta, og som ikke gir ubehaget som er assosiert med vrangforestillingen (Nelson, 2005).

I tillegg til verbale metoder og vurdering av grunnlaget for en vrangforestilling kan vrangforestillingen (i seg selv) og eventuelt bevisene for den, undersøkes gjennom realitetstesting eller atferdseksperimenter. Realitetstester er situasjoner man konstruerer for å skape bevis som er direkte forbundet med pasientens antagelser. Hvis testen blir gjennomført på en god måte, vil bevisene være så klare at de kan virke som et meget kraftig argument mot pasientens vrangforestillinger. Det som er viktig for at en test skal være god, er at man finner frem til en situasjon som virker fornuftig for

pasienten, og at man på forhånd diskuterer betingelsene for testen. Det må foreligge en spesifikk antagelse som skal testes (av typen «hvis ..., så ...»), og man må gå igjennom ulike mulige utfall av testen, samt bestemme hva de eventuelle utfallene betyr. På denne måten sikrer man at resultatet av en slik test blir klart, presist og utvetydig (Hagen, 2005).

## **Behandling av hørselshallusinasjoner**

Hørselshallusinasjoner kan fremstå på flere ulike måter: som musikk, stemmer, susing, bråk og lignende (Peters, 2007). I KAT tar man utgangspunkt i det ubehaget som forårsakes av å høre stemmer (Rector & Beck, 2002), og det er også av stor betydning at terapeuten er i stand til å ta imot og akseptere pasientens hørselshallusinasjoner (Hagen, 2005). Stemmeaktivitet kan i noen tilfeller intensiveres ved oppstart av behandling, da dette kan være en stressende situasjon. Derfor bør terapeuten informere om dette tidlig i behandlingen.

Det er utviklet flere ulike kognitive metoder for behandling av hørselshallusinasjoner (Kinderman, 2007; Chadwick, 2006). Kinderman (2007) deler behandling av hørselshallusinasjoner i to grove kategorier. Den ene tilnærmingen fokuserer på bruken av distraksjonsstrategier, og disse strategiene har som hovedmål å hjelpe pasienten til å ignorere stemmene ved å konsentrere seg om noe annet. Det kan være passiv distraksjon ved at man for eksempel hører på musikk eller ser på tv, eller det kan være aktiv distraksjon i form av for eksempel det å løse en oppgave eller telle ting. Hovedmålet med slike mestringsstrategier er at man forsøker å redusere aktiviteter som fører til mer stemmer, og øker aktiviteter som fører til mindre stemmer.

Den andre tilnærmingen Kinderman (2007) beskriver, er fokuseringsstrategier. Formålet med fokusering er gjennom en gradvis eksponering å venne pasienten til å rette oppmerksomheten mot stemmene i stedet for å unngå dem. Et annet mål med denne tilnærmingen er at pasienten kan lære å refortolke stemmene som selvgenererende. Teknikkene som tas i bruk her, inkluderer både atferdsteknikker og kognitive teknikker, for eksempel selvmonitorering, kognitiv utfordring og atferdseksperimenter. Det sentrale målet for en slik tilnærming er å endre tenkningen som er forbundet med å høre stemmer. Denne tilnærmingen til behandling av hørselshallusinasjoner kan belyses gjennom bruk av ABC-modellen (Chadwick et al., 1996).

I ABC-modellen for hørselshallusinasjoner er det stemmen i seg selv som er den aktiverende hendelsen. En stemme (A) er altså aktiverende hendelse, mens forestillingen (B) innebærer den mening pasienten tillegger stemmen (A). De forestillingene (B) individet har om stemmen, fører igjen til det emosjonelle og/eller atferdsmessige ubehaget (C) som oppleves assosiert med stemmen (A). Ut fra dette omtaler Chadwick et al. (1996) de forestillingene pasienten har om stemmene, som sekundære vrangforestillinger. Det sentrale blir dermed ikke å fjerne stemmeaktiviteten, men å svekke de forestillingene som fører til ubehag. Forestillinger som er viktige i det terapeutiske arbeidet med hørselshallusinasjoner, blir da ifølge

Chadwick et al. (1996) å utfordre pasientens antagelser om stemmenes identitet, formål, makt og allvitenhet, og eventuelle effekter av ettergivenhet eller motstand. Før man kan begynne å utfordre og teste disse forestillingene, må terapeut og pasient ha et felles utgangspunkt når det gjelder tre viktige punkter. For det første må de være enige om at forestillinger ikke er fakta, men hypoteser eller slutninger, som kan være riktige eller falske. For det andre at det er forestillingene og ikke stemmene som fører til ubehag. Til slutt må det foreligge en felles forståelse om at den eneste grunnen til å diskutere og teste forestillinger er for å minske ubehag og forstyrrelser forbundet med dem. Med utgangspunkt i den innledende vurderingen og kaususformuleringen som er foretatt, kan terapeuten begynne å diskutere og utfordre forestillingene pasienten har om stemmene. Denne prosessen har store likhetstrekk med utfordringen av (primære) vrangforestillinger. Man gjennomgår bevis for og imot forestillingen, vurderer eventuelle inkonsistenser, og gjennomfører eventuelt atferdseksperimenter og realitetstester. Det underliggende målet er alltid å evaluere to mulige utfall: enten at forestillingen er sann, eller at den er feilaktig. Som nevnt over er det viktig at terapeuten opptrer sokratiske utspørrende og jobber i samarbeid med pasienten. Atferdseksperimenter kan også her tas i bruk for å teste vrangforestillinger i seg selv og eventuelle alternative forklaringer (Chadwick et al., 1996).

I de senere år har også andre terapeutiske behandlingstilnæringer i forhold til stemmehøring blitt utviklet, og vi skal nevne to av disse. Fellesnevneren for begge er at de tar utgangspunkt i mer metakognitive prinsipper enn behandlingen som er beskrevet tidligere i dette avsnittet. Den første tilnærmingen har utviklet bruken av «mindfulness» i forhold til pasienter som opplever auditive hallusinasjoner, med lovende resultater (Chadwick, Newman-Taylor, & Abba, 2005). Den andre er en mer metakognitiv behandlingsmodell hvor oppmerksomhetstrening og bruken av «detached mindfulness» utgjør hovedprinsippene i behandlingen av stemmer (Valmaggia, Bouman, & Schuurman, 2007). En nærmere beskrivelse av disse behandlingene ligger utenfor denne artikkelen, så vi viser til bøker av Chadwick (2006) og Wells (2000) hvis man ønsker en videre innføring i dette.

### **Forebygging av tilbakefall**

Etter avsluttet behandling er det viktig å hindre tilbakefall av de psykotiske symptomene. Kingdon og Turkington (2005) beskriver tilbakefall som en forverring av ubehag eller forstyrrelse (vanligvis manifestert ved økende symptomtrykk eller tilbakekomst av symptomer), eller endring i symptomenes karakter (for eksempel fra nøytralt til negativt innhold).

Det er viktig å informere om tilbakefall, og å normalisere dette, overfor pasienten. Ved å forsøke å minske katastrofetenkningen omkring tilbakefall, for eksempel gjennom bevisstgjøring av det faktum at et tilbakeskritt ikke nødvendigvis innebærer et tilbakefall, kan man gi pasienten håp og tro på fremtiden (Morrison et al., 2004).

Det arbeidet terapeut og pasient sammen har gjennomført i terapiforløpet, gir et grunnlag for tilbakefallsforebyggingen (Kingdon & Turkington, 2005). Ved hjelp av en

grundig kasusformulering har pasienten forhåpentlig fått en forståelse av sammenhengen mellom symptomer og ulike utløsende faktorer. Dette vil være viktig når det gjelder å identifisere mulige stressorer og utløsende faktorer i forhold til tilbakefall. Pasienten bør således motiveres til å monitorere seg selv i forhold til tidlige varselsignaler. Videre kan ulike støttepersoner, som familie, venner eller helsepersonale, med fordel være tilgjengelige for pasienten og hjelpe til med monitorering (Kingdon & Turkington, 2005). I tillegg vil pasienten optimalt sett gjennom terapien alt ha lært strategier for hvordan symptomer kan takles og utfordres. Dette kan gi pasienten en følelse av kontroll, og han eller hun kan ta dette i bruk for tidlig å kunne ta tak i symptomer som trenger seg på. Om pasienten har materiale som ble skapt i terapien lett tilgjengelig, øker sjansen for at det faktisk blir brukt. Gumley og Schwannauer (2006) påpeker også viktigheten av at tilbakefallsforebygging ikke bare omhandler å unngå nye psykotiske episoder i fremtiden, men at god tilbakefallsprevensjon også bør omhandle et fokus på følelsesmessig bedring. En behandling som fokuserer både på interpersonlige og kognitive temaer, vil da være nødvendig i slutfasen av behandlingen (Gumley, 2007).

### **Effekt av KAT**

Kognitiv atferdsterapi har sterk empirisk støtte for behandling av en rekke ulike psykiske tilstander og problemer. Men til tross for at vellykket psykologisk behandling av psykotiske symptomer ble beskrevet av Beck allerede i 1952 (Beck & Rector, 2000), er det først i de senere årene at man har begynt å undersøke effekten av kognitiv behandling ved psykotiske symptomer (Gaudiano, 2005). Rector og Beck (2001) gjennomførte en meta-analyse av syv randomiserte kontrollerte studier som testet KAT ved schizofreni. KAT viste seg å ha stor klinisk effekt på mål av både positive og negative symptomer ved schizofreni. Fem av studiene i analysen rapporterte pretest–posttest-resultater i forhold til positive symptomer (vrangforestillinger og hallusinasjoner). Her ble det funnet en gjennomsnittlig effektstørrelse på 1.31 ved KAT kombinert med «vanlig behandling» («routine care»), mens den gjennomsnittlige effektstørrelsen for støtteterapi kombinert med «vanlig behandling» var 0.63. Den kliniske bedringen i forhold til positive symptomer ble også opprettholdt gjennom en oppfølgingsperiode, der effektstørrelsen var 1.48 for kognitiv atferdsterapi kombinert med «vanlig behandling» og 0.64 for støtteterapi kombinert med «vanlig behandling». KAT hadde altså stor effekt, ikke bare rett etter terapien, men også over tid etter at terapien var avsluttet. Gould, Mueser, Bolton, Mays og Goff (2001) fant liknende resultater i en meta-analyse av syv studier som tok for seg KAT ved psykotiske symptomer i schizofreni. De fant en gjennomsnittlig effektstørrelse for reduksjon av positive symptomer på 0.65, hvilket tyder på at KAT er en effektiv behandling av pasienter med vedvarende psykotiske symptomer. I tillegg tydet oppfølgingsanalyser i fire av studiene på at pasientene fortsatte å vise bedring etter at terapien var avsluttet, med en effektstørrelse på 0.93. I sin gjennomgang av den empiriske statusen for KAT ved psykoser, konkluderer også Gaudiano (2005) med at det finnes evidens for å kunne hevde at KAT er effektiv i behandlingen av psykotiske symptomer. Han peker imidlertid



også på flere problematiske områder når det gjelder effektstudier av KAT ved psykoser og schizofreni. Blant annet er det ikke enighet om én kognitiv atferdsmessig behandlingsmanual for psykoser, men heller flere ulike og overlappende tilnærminger til KAT ved psykoser. Dette er knyttet til spørsmålet om hvilke spesifikke mekanismer som er effektive i behandlingen. Når det gjelder hvilke mekanismer som er de effektive, er dette av stor betydning for å forstå hvilke pasienter som best drar nytte av behandlingen. Turkington, Kingdon og Weiden (2006) mener også empiriske studier tilsier at kognitiv atferdsterapi ved schizofreni gir en klinisk signifikant bedring for pasienter med vedvarende psykotiske symptomer. De uttrykker behov for videre studier, spesielt når det gjelder spesifisiteten for behandlingen og varigheten av bedring, men påpeker at styrken på evidensen er av en slik art at kognitiv atferdsterapi nå er ansett som en del av standard behandling for schizofreni i Storbritannia, i tillegg til antipsykotisk medisinerings.

Et lite punkt må likevel tilføyes om fokus på effekten av behandling. Som tidligere nevnt er hovedmålet med KAT ved psykoser *ikke* å fjerne vrangforestillingene og hallusinasjonene, men i stedet å redusere ubehag som følger av dem. Birchwood og Trower (2006) påpeker at vektleggingen av randomiserte kontrollerte studier for å undersøke effekten av KAT ved psykotiske symptomer har ført til en dreining bort fra dette målet. I stedet for bare å fokusere på symptom mål for å avgjøre behandlingens kliniske effekt, bør fremtidige studier i større grad vektlegge bedring i emosjonelle variabler hos pasienten som mer betydningsfulle. Det vil derfor være en utfordring for fremtidig effektforskning å inkludere også disse målene, og ikke bare ha et ensidig fokus på nedgang i symptomer.

## **Oppsummering**

KAT baserer seg på stress-sårbarhetsmodellen, og har et symptomfokuseret utgangspunkt. I tillegg til dette legger KAT vekt på en helhetlig forståelse av pasientens problemer og vanskeligheter innenfor en tankegang om at symptomer ligger på et kontinuum med «normale» funksjoner, og ikke som noe kvalitativt forskjellig fra ikke-patologiske tankeprosesser.

Kognitive modeller antar at skjevheter i kognitiv bearbeiding kan være en viktig faktor i dannelsen og opprettholdelsen av psykotiske symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner. I KAT ved psykotiske lidelser er det spesielt viktig å bruke tid på å etablere en god arbeidsallianse hvor pasienten føler seg trygg. Videre legger man vekt på grundig informasjonsinnhenting. Denne informasjonen vil være grunnlaget for en individuell kasusformulering. Kasusformuleringen inneholder en beskrivelse av hvordan symptomene har oppstått og hvordan de vedlikeholdes, samtidig som den fungerer som en rettesnor for hvordan behandlingen vil foregå. Kasusformuleringen er således et viktig hjelpemiddel i behandlingen. Selve behandlingen har som mål å lære pasienten å identifisere og registrere sine tanker og forestillinger i gitte situasjoner, og vurdere disse tankene og forestillingene mot objektivt ytre bevis, for deretter å korrigere dem i henhold til faktiske forhold. Man forsøker ikke å fjerne

vrangforestillingene eller hallusinasjonene, men heller å minske det ubehaget som er knyttet til dem. I behandlingen fokuserer man også på forebygging av tilbakefall. Dette er viktig, fordi svært mange pasienter med psykotiske symptomer opplever nettopp dette.

Denne artikkelen har forsøkt å gi et innblikk i hva KAT ved psykotiske symptomer innebærer. Det er utenfor denne artikkelens rekkevidde å kunne ta med alle aspekter ved kognitiv behandling eller alle aspekter ved psykosens problemområder. Det finnes flere kognitive tilnærminger til behandling av psykotiske symptomer, men vi har valgt ut noen vi mener er både representative og anerkjente. Til tross for den skepsisen til psykologisk behandling av psykotiske symptomer som til dels har rådet i de siste tiårene, finnes det i dag grunn til optimisme. KAT viser med sin forskningsmessige støtte at den representerer et godt tillegg til medisiner som et behandlingsalternativ. Det er derfor viktig at denne behandlingsformen blir kjent og tatt i bruk i det psykiske helsevernet, noe som kan bidra til å minske ubehag og lidelse hos mennesker som ellers kanskje ikke ville fått ytterligere hjelp.

Vegard Klausen

Løvenskioldsvei 6c

1358 Jar

Tlf 909 47 004

E-post [vegardklausen@gmail.com](mailto:vegardklausen@gmail.com)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 5, 2008, side 545-554*

#### TEKST

**Vegard Klausen**

**Roger Hagen**

+ [Vis referanser](#)

#### Referanser

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: APA.

Beck, A. T. & Rector, N. A. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for the new millennium. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 291-300.

Bell, V., Halligan, P. W. & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: A cognitive perspective. *Trends in cognitive sciences*, 10 (5) , 219-226.

Bentall, R. P. (1990). *Reconstructing schizophrenia*. London: Brunner-Routledge.

Bentall, R. P. (2004). *Madness explained. Psychosis and human nature*. London: Penguin Books

Bentall, R. P. (2007). The new psychology and treatment of psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 524-526.

Birchwood, M. & Trower, P. (2006). *The future of cognitive- behavioural therapy for psychosis:*

Not a quasi-neuroleptic. *British Journal of Psychiatry*, 188, 107-108.

Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. London: John Wiley.

Chadwick, P., Newman-Taylor, K. & Abba, K. (2005). Mindfulness group for psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351-359.

Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester, England: John Wiley & Sons.

Chadwick, P., Barnbrook, E. & Newman-Taylor, K. (2007). Responding mindfully to distressing voices: Links with meaning, affect and relationship with voice. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 581-587.

Dudley, R., Bryant, C., Hammond, K., Siddle, R., Kingdon, D. & Turkington, D. (2007).

Techniques in cognitive behavioral therapy: Using normalising in schizophrenia. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 562-572.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and expanded edition*. New York: Lyle Stuart.

Fowler, D. Garety, P. & Kuipers, E. (1998). Cognitive behaviour therapy for psychosis: Formulation, treatment, effects and service implications. *Journal of Mental Health*, 7, 123-134.

Frith, C. & Corcoran, R. (1996). Exploring Theory of Mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26, 521-530.

Garety, P. A. & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.

Gaudio, B. A. (2005). Cognitive behaviour therapies for psychotic disorders: Current empirical status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 33-50.

Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V. & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia. An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335-342.

Gumley, A. & Schwannauer, M. (2006). *Staying well after psychosis. A cognitive interpersonal approach to recovery and relapse prevention*. London: Wiley & Sons.

Gumley, A. (2007). Staying well after psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 667-676.

Hagen, R. (2005). Kognitiv terapi ved schizofreni. I: B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (ss. 257-270). Stavanger: Hertervig Forlag.

Hagen, R., Gråwe, R. W., Grotmol, K. S. & Holen, H. S. (2006). Depresjon ved psykose - forståelse og kliniske implikasjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 99-104

Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. (J. Hoenig & M. Hamilton, Trans). Manchester, England: Manchester University.

Johns, L. C., Rossell, S., Frith, C., Ahmad, F., Hemsley, D., Kuipers, E., et al. (2001). Verbal selfmonitoring and auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 31, 705-715.

Kavanaugh, D. & Mueser, K. T. (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 618-637.

Kinderman, P. (2007). Auditory hallucinations. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 548-554.

Kingdon, D. G. & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York, Guilford.

Morrison, A. P., Renton, J. C., Dunn, H., Williams, S. & Bentall, R. P. (2004). *Cognitive therapy for psychosis. A formulation-based approach*. Hove, Storbritannia: Brunner-Routledge.

Mueser, K. T. & Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: Is there a future? *Psychological Medicine*, 20(2), 253-262.

- Nelson, H. (2005). *Cognitive behavioural therapy with delusions and auditory hallucinations*. London: Nelson & Thorne.
- Oppjordsmoen, S. (2005). Medikamentell behandling ved schizofreni. I: B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (ss. 309–324). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton Press.
- Peters, E. (2007). Assessment in psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 527–536.
- Rector, N. A. & Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 278–287.
- Rector, N. A. & Beck, A. T. (2002). Cognitive therapy for schizophrenia: From conceptualization to intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 39–48.
- Rector, N. A., Beck, A. T. & Stolar, N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: A cognitive perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 247–256.
- Reynolds, M. & Tarrier, N. (1996). Monitoring of intrusions in post-traumatic stress disorder: A report of single case studies. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 371–379.
- Slade, P. D. & Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. London: Croom-Helm.
- Stolar, N. & Grant, P. (2007). Negative symptoms and formal thought disorder: cognitive characterization and therapy. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 555–561.
- Sørensen, L. V., Jørgensen, P. & Rosenberg, N. K. (1998). Kognitiv terapi af vrangforestillinger. I: P. Jørgensen & N. K. Rosenberg (red.), *Kognitiv behandling af skizofreni* (ss. 95–111). København: Hans Reitzels Forlag.
- Turkington, D., Kingdon, D. & Weiden, P. J. (2006). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 365–373.
- Valmaggia, V. R., Boumann, T. K. & Schuurman, L. (2007). Attention training with auditory hallucinations: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 127–133.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders & metacognition. Innovative cognitive therapy*. London: Wiley & Sons.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genève: WHO.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.