Indholdsfortegnelse

[1 Indledning 1](#_Toc237142207)

[1.1 Problemformulering 3](#_Toc237142208)

[1.1.1 Kognitivt assessment 4](#_Toc237142209)

[1.1.2 Kognitiv behandling 4](#_Toc237142210)

[1.1.3 Teoretisk og empirisk vurdering af kognitiv terapi 4](#_Toc237142211)

[1.2 Begrebsafklaring og afgrænsning 4](#_Toc237142212)

[1.3 Disposition 7](#_Toc237142213)

[2 Definition af diagnose og symptomer 9](#_Toc237142214)

[2.1 De diagnostiske kriterier for skizofreni 9](#_Toc237142215)

[2.2 Definition af stemmehøring 11](#_Toc237142216)

[2.2.1 Den kognitive models konceptualisering 12](#_Toc237142217)

[2.3 Definition af vrangforestillinger 14](#_Toc237142218)

[3 Kognitiv terapi – fra videnskabsteori til metode 17](#_Toc237142219)

[3.1 Metateori og menneskesyn 17](#_Toc237142220)

[3.2 En eklektisk og evidensbaseret metode 19](#_Toc237142221)

[3.3 Den kognitive model 21](#_Toc237142222)

[3.3.1 Sårbarheds-stress-modellen 22](#_Toc237142223)

[3.3.1.1 Tænkningens struktur 23](#_Toc237142224)

[3.3.2 Dannelsen af hørehallucinationer 24](#_Toc237142225)

[3.3.2.1 Kognitive bias 25](#_Toc237142226)

[3.3.2.2 Perception 25](#_Toc237142227)

[3.3.2.3 Aktive skemata og stemmer 27](#_Toc237142228)

[3.3.3 Opretholdelse af hørehallucinationer 28](#_Toc237142229)

[3.4 Opsummering 29](#_Toc237142230)

[4 Assessment af stemmehøring 31](#_Toc237142231)

[4.1 Samarbejdsrelationen 32](#_Toc237142232)

[4.2 Modifikation af kognitiv terapi 33](#_Toc237142233)

[4.3 Anamnese 35](#_Toc237142234)

[4.3.1 Patientens baggrund og nuværende situation 36](#_Toc237142235)

[4.3.2 Nuværende problematikker og symptomer 39](#_Toc237142236)

[4.3.3 Vurderingsmetoder 40](#_Toc237142237)

[4.3.3.1 Diagnosticering 41](#_Toc237142238)

[4.3.3.2 Symptom rating scales 44](#_Toc237142239)

[4.3.3.3 Rating scales til kognitiv analyse og behandling 45](#_Toc237142240)

[4.3.3.4 Udvælgelse af vurderingsmetoder til en kognitiv anamnese 47](#_Toc237142241)

[4.3.3.5 Implikationer ved tværkulturel testning og intervention 47](#_Toc237142242)

[4.3.4 Problemliste og registrering 49](#_Toc237142243)

[4.4 Caseformulering 50](#_Toc237142244)

[4.5 Opsummering 52](#_Toc237142245)

[5 Behandling af stemmehøring 54](#_Toc237142246)

[5.1 Psykoedukation, normalisering, socialisering 55](#_Toc237142247)

[5.2 Copingstrategier 57](#_Toc237142248)

[5.2.1 Implementeringen af copingstrategier i KAT 57](#_Toc237142249)

[5.2.2 CSE metoden 59](#_Toc237142250)

[5.2.2.1 Fremgangsmåde og typer af coping 60](#_Toc237142251)

[5.2.3 Træning i problemløsningsfærdigheder 63](#_Toc237142252)

[5.3 Fokusering 64](#_Toc237142253)

[5.3.1 Fokusering på stemmernes indhold 65](#_Toc237142254)

[5.3.1.1 Stemmernes almagt og alvidenhed 67](#_Toc237142255)

[5.3.2 Vrangforestillinger om stemmerne 68](#_Toc237142256)

[5.3.3 Underliggende og selvevaluerende antagelser 69](#_Toc237142257)

[5.4 Diskussion af behandlingsmetoderne 70](#_Toc237142258)

[5.5 Opsummering 72](#_Toc237142259)

[6 Behandlingsmetodernes effektivitet 75](#_Toc237142260)

[6.1 Krav til forskning af psykoterapi 75](#_Toc237142261)

[6.2 Distraktion vs. fokusering 76](#_Toc237142262)

[6.2.1 Deltagergrundlag 77](#_Toc237142263)

[6.2.2 Assessment og procedure 77](#_Toc237142264)

[6.2.3 Intervention 77](#_Toc237142265)

[6.2.4 Resultater og diskussion 78](#_Toc237142266)

[6.2.5 Kritik af undersøgelsen 79](#_Toc237142267)

[7 Konklusion 80](#_Toc237142268)

[8 Litteraturliste 86](#_Toc237142269)

[8.1 Referenceliste 91](#_Toc237142270)

[8.2 Internetsider 97](#_Toc237142271)

# Indledning

Kognitiv terapi er inden for de seneste tre årtier trådt i karakter som en anerkendt og empirisk veldokumenteret, psykoterapeutisk metode. Den er især anerkendt for og har vist sig effektiv i behandlingen af depression og forskellige angstlidelser (Beck, 2007, pp. 7-9; Jørgensen & Rosenberg, 1998, p. 7; Tarrier, Wells & Haddock, 1998, p. xiii). I dag retter behandlingen sig mod en bred vifte af kliniske diagnoser, herunder også svære psykiske lidelser som skizofreni, der anses for at være en af de mest vanskelige psykiske lidelser at behandle med psykoterapeutiske metoder (Beck, 2007, pp. 7-9; Holm Andersen, 2005, p. 270).

Oprindeligt var psykoterapi ikke en velanset behandlings-metode over for skizofreni, da den havde en manglende eller en direkte forværrende effekt (Gaudiano, 2006, p. 11; Kingdon, 1998, p. 176). Denne holdning syntes også at have gjort sig gældende inden for kognitiv terapi, da denne terapiform blev udviklet i 1970’erne, idet kognitive terapeuter som Aaron T. Beck mente, at metoden var uanvendelig overfor denne patientgruppe (Gaudiano, 2006, p. 11; Kingdon, 1998, p. 176). Siden da har denne komplekse diagnose imidlertid mødt en stigende interesse, hvilket har frembragt en stor mængde faglitteratur og forskning på skizofreniområdet (Holm Andersen, 2005, p. 170; Temple, 2004, p 223).

Den største udvikling indenfor empirisk testning og udbredelse af kognitiv terapi ved skizofreni har hovedsageligt fundet sted i Storbritannien i 1990’erne, hvilket har resulteret i forskellige nye behandlingsmetoder (Beck, Rector, Stolar & Grant; Bentall, Haddock & Slade, 1994; Birchwood, Meaden, Trower & Gilbert, 2002; Byrne, Trower, Birchwood, Meaden & Nelson, 2003; Farhall, Greenwood & Jackson, 2007; Holm Andersen, 2005, pp. 270, 275-284; Tarrier, 1992; Tarrier, Harwood, Yusopoff, Beckett & Barker, 1990; Temple, 2004, p. 223). Kognitiv behandling af skizofreni er imidlertid fortsat et supplement til psykiatrisk behandling med psykofarmaka, der er den primære og meste anvendte form for behandling af skizofreni (Gouliaev & Vind, 1998, p. 7; Kingdon & Turkington, 2005, p. xi; Tarrier & Wykes, 2004, p. 1378). Behovet for psykoterapeutisk behandling er dog særlig udtalt for de skizofrene patienter, som viser sig at have mange bivirkninger af antipsykotika, eller som er medicinresistente over for den medikamentelle behandling. Dertil kommer, at op til 20 % af de skizofreniramte forbliver kronisk syge trods medicinsk behandling, hvilket har en stor indvirkning på livsudfoldelsen hos de patienter, som lider af svære psykotiske symptomer, som hallucinationer og vrangforestillinger (Falk, 1998, p. 112; Rathod et al., 2008, p. 22; Rector & Beck, 2002, p. 39).

Hallucinationer er et af de hyppigst forekommende symptomer ved skizofreni, hvoraf hørehallucinationer er den mest almindelige hallucinationsform. Hørehallucinationer forekommer hos omkring 50-75 % af de, som rammes af skizofreni. De optræder primært som stemmehøring, der kan være meget pinefuld og invaliderende for patienten. Antipsykotika har vist god effekt i behandlingen af disse, men ofte forekommer der restsymptomer, og i op til 25-30 % af tilfældene er de patienter, som har hallucinationer, medicinresistente (Falk, 1998, pp. 112f; Holm Andersen, 2005, p. 275; Temple, 2004, p. 224; Byrne et al., 2003, pp. 67f). Psykotiske symptomer, som stemmehøring, korrelerer desuden ofte med depression og angst, og er forbundet med en øget selvmordsrisiko, hvilket yderligere øger behovet for psykoterapeutisk intervention (Falk, 1998, p. 112; Rathod, Kingdon, Weiden & Turkington, 2008, p. 22; Temple, 2004, p. 224).

Inden for kognitiv terapi er der blevet udviklet nogle metoder, som retter sig mod behandlingen af stemmehøring (Beck et al., 2009; Bentall, Haddock & Slade, 1994; Birchwood et al., 2002; Byrne et al., 2003; Farhall, Greenwood & Jackson, 2007; Holm Andersen, 2005, pp. 275-284; Tarrier, 1992; Tarrier et al., 1990; Temple, 2004; Yusupoff & Tarrier, 1996). Effekten af disse metoder vurderes at være blandet på baggrund af forskningslitteraturen, idet de beskrives som havende en beskeden til en god effekt i behandlingen af stemmehøring såvel som i behandlingen af vrangforestillinger (Rathod et al., 2008). På trods af de lidt blandede resultater rejser det imidlertid følgende spørgsmål: Hvad kan den kognitive terapi i dag teoretisk og konkret, metodisk bidrage med i behandlingen af stemmehøring, siden den tidligere ansås for ingen effekt at have og derfor ikke blev anbefalet som interventionsmetode overfor skizofreni?

Foruden at søge en nærmere besvarelse af ovenstående spørgsmål vil nærværende speciale have til hensigt at belyse, hvorledes der kan udføres et kognitivt assessmentog en kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af stemmehøring på baggrund af de metoder, som findes klinisk relevante i praksis. Der ses således nærmere på, hvilke overvejelser terapeuten i praksis bør gøre sig for, mest hensigtsmæssigt, at kunne behandle skizofrene patienter med stemmehøring, samt hvad de enkelte metoder kan bidrage med. Endvidere har dette speciale til hensigt at vurdere effekten af kognitiv terapi ved skizofreni. Som nævnt ovenfor synes forskningsresultaterne ikke at være konsistente, når effekten af kognitiv terapi søges afdækket. Specialet vil derfor åbne op for en diskussion om, hvorvidt dette kan tænkes at skyldes undersøgelsernes manglende evne til at leve op til de krav, der stilles inden for forskning i psykoterapi. Formålet med den åbne diskussion er, at der i forsvaret af dette speciale til den mundtlige eksamen vil kastes yderligere lys over denne mulige problemstilling.

Årsagen til, at dette speciale retter fokus på stemmehøring og på de ovenstående problematikker, er først og fremmest forfatterens personlige interesse i netop dette område, som i første omgang blev vakt via praktisk erfaring fra praktikperioden i psykiatrien med kognitiv miljøterapi samt eget, studierelevant arbejde med denne patientgruppe indenfor socialpsykiatrien. Dette har ligeledes været inspirationen og drivkraften bag tidligere opgaver på kandidatuddanelsen, som har centreret sig omkring kognitiv behandling af skizofreni (Gouliav & Vind, 1998, pp. 9-24; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 1-2). Blandt andet har min opgave fra 9. semester, ”Kognitiv behandling af vrangforestillinger” (Rise, 2009) ledt direkte frem mod specialet, der dog primært vil omhandle stemmehøring, som netop er et af de psykotiske symptomer ved skizofreni, der har vakt min største interesse i takt med at jeg har opnået øget teoretiske viden på området. Et andet og lige så vigtigt udgangspunkt for dette speciale er ønsket om at koble teori og praksis, idet dette sammenholdes med forskningen på området. Ovenstående interesseområder og spørgsmål kan ligeledes ses afspejlet i nedenstående problemformulering.

## Problemformulering

Problemformuleringen, som vil udgøre omdrejningspunktet for dette speciale, kan ses opdelt i tre emneområder, der vedrører assessment, behandling samt en teoretisk og empirisk vurdering af kognitiv terapi ved stemmehøring:

### Kognitivt assessment

1. Hvilke informationer er vigtige at indhente under et kognitivt assessment af skizofrene med stemmehøring. Hvilke terapeutiske redskaber synes anvendelige samt dækkende i indhentningen og systematiseringen af disse informationer?

### Kognitiv behandling

1. Hvilke kognitive interventionsmetoder kan anvendes i en kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af stemmehøring, og hvilke styrker og svagheder kan de enkelte metoder tilskrives?

### Teoretisk og empirisk vurdering af kognitiv terapi

1. Hvordan bidrager den kognitive terapis teoretiske og metodiske grundlag til behandlingen af stemmehøring? Hvilken effekt vurderes kognitiv adfærdsterapi at have i behandlingen af disse, og hvordan lever forskningen på området op til de forskningsmæssige krav til undersøgelser inden for klinisk praksis?

## Begrebsafklaring og afgrænsning

I det følgende vil der foreligge en begrebsafklaring samt en afgrænsning af specialets problemformulering.

I specialets problemformulering fremgår det, at der sættes fokus på stemmehøring. Afgrænsningen til stemmehøring er foretaget på baggrund af en stor interesse for lige netop dette område, og idet det er den mest hyppige form for hørehallucination (Falk, 1998, p. 113; Holm Andersen, 2005, p. 275). Yderligere er skizofreni en kompleks diagnose, der kan komme til udtryk ved forskellige syndromer og symptomer, hvorfor det har været nærliggende at indsnævre specialet til et mere afgrænset felt, i dette tilfælde stemmehøring (Gouliaev & Vind, 1998, p. 9). Afgrænsningen synes endvidere naturlig, idet der inden for kognitiv terapi er udviklet symptomspecifikke modeller til behandlingen af forskellige konkrete symptomer; herunder hørehallucinationer, hvor behandlingen primært retter sig mod stemmehøring (Rosenberg, 1998, pp. 33f). Specialet sigter dermed efter at give en dybdegående beskrivelse og diskussion af dette symptom inden for rammerne af kognitiv behandling. Der vil derfor også udelukkende blive sat fokus på behandlingen af stemmehøring, hvilket ikke er en negligering af andre interventionsområder som eksempelvis angst og depression, der korrelerer med stemmehøring, men ikke behandles på samme måde.

For at kunne besvare specialets problemformulering vil ætiologien bag og opretholdelsen af stemmehøring blive belyst. Ved inddragelsen af de ætiologiske faktorer berøres andre symptomer på skizofreni foruden stemmehøring, såsom formelle tankeforstyrrelser, vrangforestillinger og kognitive bias (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009, pp. 113-141; Beck & Rector, 2005, pp. 590-594). Disse ætiologiske og vedligeholdende faktorer vil imidlertid ikke være omdrejningspunktet i specialet og vil kun blive inddraget i det omfang, det findes relevant (jf. afsnit 3.3.1.). Dog vil der foreligge en definition af vrangforestillinger, idet inddragelsen af symptomet er nødvendig for at kunne belyse assessment og behandlingen af stemmehøring (jf. afsnit 4 & 5).

Som det ligeledes fremgår af specialets indledning og problemformulering vil assessment og forskellige kognitive behandlingsmetoder blive diskuteret med henblik på indhentningen af informationer om patientens psykotiske symptomer og i selve behandlingen af stemmehøring. I relation til afsnittet om assessment skal det her nævnes, at begrebet ”redskaber” i problemformuleringens første spørgsmål er en samlebetegnelse, der dækker over rating scales, baseline og caseformulering. Der findes forskellige typer vurderings- og behandlingsmetoder, hvilke her er blevet udvalgt på baggrund af deres brug samt vægtning i forsknings- og faglitteraturen (Beck et al., 2009, pp. 181-185; Falk, 1998, pp. 118-122; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 64-66). (Falk, 1998, p. 125)

I udvælgelsen af vurderingsmetoderne har undertegnede opstillet to inklusionskriterier foruden deres vægtning i faglitteraturen. Dels at vurderingsmetoderne som et minimum skal være oversat til dansk, og dels at de, så vidt det er muligt, skal være undergået en dansk standardisering for dermed at sikre en validering af vurderingsmetoderne. Der kunne være foretaget andre inklusionskriterier, der eksempelvis havde været mere åbne over for inddragelsen af vurderingsmetoder, som ikke er oversat eller standardiseret efter danske forhold. Hensigten med specialet er imidlertid at rette fokus mod og vurdere de anvendelige redskaber, som er tilgængelige for danske terapeuter.

I behandlingen af skizofreni og stemmehøring findes flere relevante behandlingsmetoder såsom selvværdstræning, mindfulness og social færdighedstræning (Holm Andersen, 2005, p.283-285). Specialet er imidlertid afgrænset til to behandlingsmetoder, der inkluderer copingstrategier og fokusering på stemmerne. Årsagen til, at specialet retter fokus mod disse behandlingsmetoder, er, at de udgør et bredt udsnit af de mest almindelige kognitive og adfærdsterapeutiske teknikker, og fordi de illustrerer, hvor forskelligt der kan arbejdes med stemmehøring; henholdsvis kognitivt og adfærdsterapeutisk (Falk, 1998, p. 125). Derudover beskrives normalisering, psykoedukation og socialisering, der indgår som standardmetoder i den kognitive behandlingsmodel på tværs af forskellige diagnoser (Rosenberg & Mørch, 2005, p. 41).

I dette speciale vil der ikke blive differentieret imellem kognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi. Det skyldes, at faglitteraturen sjældent foretager denne skelnen, og at der generelt i kognitiv terapi og ikke mindst i behandlingen af stemmehøring ofte forekommer en kombination af kognitive teknikker (fx kognitiv omstrukturering[[1]](#footnote-1)) og adfærdsterapeutiske teknikker (fx copingstrategier[[2]](#footnote-2)) (Egidius, 2004, p. 292; Hougaard, 2004, pp. 292-293; Tarrier, Harwood, Yusopoff, Beckett & Barker, 1990; Temple, 2004).

Betegnelsen ”patient” vil blive anvendt frem for betegnelsen ”klient”. Det skyldes, at mange individer med psykotiske symptomer, der kommer i kontakt med behandlingssystemet, ofte periodevis indlægges på psykiatriske afdelinger i forbindelse med deres sygdom (http://www.astrazeneca.dk/skizofreni-behandling). Endvidere vil patienten blive omtalt som ”han”, mens terapeuten vil blive omtalt som ”hun” for at undgå, at der kan opstå forvirring. Det skal ligeledes bemærkes, at hørehallucinationer og auditive hallucinationer løbende vil blive anvendt som synonymer for stemmehøring udelukkende med det formål at variere skriftsproget.

## Disposition

Nedenfor ses en disposition over nærværende speciale:

I specialets første del (afsnit 2) vil der foreligge en definition af stemmehøring, som optræder ved den kliniske diagnose skizofreni, jævnfør det dansk anvendte diagnosesystem, ICD-10 (Bertelsen, 1994, p. 66). Da vrangforestillinger spiller en væsentlig rolle i ætiologien bag og i opretholdelsen af hørehallucinationer, vil der ligeledes foreligge en definition af disse.

I anden del (afsnit 3) ses der nærmere på den kognitive terapis videnskabsteori og metodiske grundlag. Der redegøres i denne forbindelse for den kognitive terapis metateori og menneskesyn samt på den kognitive terapis eklektiske og evidensbaserede metodiske tilgang. Det leder op til en præsentation af den kognitive model for skizofreni og hørehallucinationer, idet grundbegreberne i modellen skitseres, og ætiologiske forklaringer på og vedligeholdende faktorer for hørehallucinationer søges belyst.

I specialets tredje del (4) indkredses de overvejelser, som terapeuten nødvendigvis bør gøre sig, inden han indleder sin behandling af en patient med stemmehøring. Det dækker både over betydningen af samarbejdsrelationen og modifikationer af standard kognitiv terapi. Efterfølgende vurderes det, hvilke informationer, der bør indhentes i forbindelse med et kognitivt assessment af patienter med hørehallucinationer. Det diskuteres blandt andet, hvilke vurderingsmetoder der kan anvendes, og hvilke, der synes mest hensigtsmæssige at anvende som baseline, inden behandlingen kan begynde. Endvidere vil der foreligge en diskussion omhandlende testning og behandling af tværkulturelle patienter, og hvilke overvejelser terapeuten bør gøre sig i denne forbindelse. Afslutningsvist ses der på caseformuleringen, som udgør et vigtigt terapeutisk redskab før og under behandlingen.

I del fire (5) beskrives tre standardteknikker i kognitiv terapi; normalisering, socialisering og psykoedukation. Efterfølgende ses der nærmere på de to behandlingsmetoder, som vil blive præsenteret og diskuteret i dette speciale; hhv. copingstrategier og fokusering på stemmerne. Metoderne vil blive præsenteret individuelt, hvorefter der i et samlet afsnit ses på, hvilke styrker og svagheder de to metoder har.

I del fem (afsnit 6) ses der nærmere på de to metoder empiriske effekt i behandlingen af hørehallucinationer. Som det også fremgår af problem-formuleringens anden del i det tredje spørgsmål, åbnes der ligeledes op for en diskussion af metodernes opfyldelse af de forskningsmæssige krav til kliniske undersøgelser. Efter en vurdering af den kognitive behandling af stemmehøring vil der foreligge en konklusion (afsnit 7), der har til hensigt at opsummere specialets væsentlige pointer og dermed også besvare specialets problemformulering.

# Definition af diagnose og symptomer

I dette afsnit vil der foreligge en definition af stemmehøring og vrangforestillinger, som ses ved den kliniske diagnose skizofreni jævnfør ICD-10, WHO (1994). Først gives en kort introduktion til de diagnostiske kriterier for skizofreni (F20), hvorefter der ses nærmere på symptomet hørehallucinationer. Efterfølgende defineres vrangforestillinger, der også betegnes som sekundære vrangforestillinger, når de optræder sammen med hørehallucinationer (Temple, 2004, p. 223).

## De diagnostiske kriterier for skizofreni

Skizofreni er en alvorlig, psykisk lidelse, som på lang sigt påvirker tankegangen, følelseslivet, adfærden samt evnen til at sanse omverdenen. Den kan således have store psykologiske såvel som interpersonelle, familiære og sociale konsekvenser for det individ, som får stillet diagnosen (Gouliaev & Vind, 1998, p. 9; Turkington & Dudley, 2004, p. 861).

Symptombilledet ved skizofreni varierer imidlertid fra person til person, hvilket tidligere gjorde det vanskeligt at foretage en diagnosticering. De mange syndromer har i gennem tidens løb ført til forskellige betegnelser for skizofreni og grupperinger af symptomerne. En af de psykiatere, som har bidraget med en opdeling af symptomerne i de nuværende internationale klassifikationssystemer, er Kurt Schneider (1957), som fandt frem til en række symptomer, der er karakteristiske for skizofreni. Disse betegnes også som førsterangssymptomer[[3]](#footnote-3) og indgår i det danske klassifikationssystem, ICD-10 (Bertelsen, 2009, p. 66; Aleman & Larøi, 2008, p. 14).

I dag opdeles symptomerne på skizofreni også i negative symptomer (mangelfulde) og positive symptomer (produktive), hvilke i klinisk sammenhæng udgør meningsfulde behandlingskategorier (Gouliav & Vind, 1998, pp. 9-10). Hørehallucinationer er et førsterangssymptom og klassificeres som positive symptomer sammen med vrangforestillinger, formelle tankeforstyrrelser og bizar adfærd[[4]](#footnote-4). De negative symptomer dækker over symptomer som affektafladning, manglende initiativ og passivitet (Gouliav & Vind, 1998, pp. 9-10; Bertelsen, 1994, p. 66).

I nedenstående figur ses de diagnostiske kriterier for skizofreni, som skal være opfyldte, førend der kan stilles en diagnose:

Figur 1 - De diagnostiske kriterier for skizofreni F20

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ICD-10 | | |
| I | (1) | Mindst et førsterangssymptom eller |
|  | (2) | vedvarende ”bizarre” vrangforestillinger eller |
|  | (3) | mindst to af følgende: |
|  |  | 1. (a) varende hallucinationer med vrangforestillinger uden affektivt indhold |
|  |  | (b) sproglige tankeforstyrrelser |
|  |  | (c) kataton adfærd |
|  |  | (d) negative symptomer |
| II | Varighed mindst en måned | |
| III | Udelukkes: | |
|  |  | skizoaffektiv sindslidelse |
|  |  | organisk ætiologi |

(Bertelsen, 1994, p. 66)

Som det fremgår af figuren er tredjepersons hørehallucinationer og vrangforestillinger begge symptomer, som forekommer ved skizofreni, men leder kun til en skizofrenidiagnose, såfremt de har været til stede i mindst en måned og ikke udgør en skizoaffektiv lidelse eller kan tillægges organisk ætiologi eller misbrug, som i sig selv kan medvirke til hallucinatoriske oplevelser (Aleman & Larøi, 2008, p. 3; Bertelsen, 1994, p. 66; Falk, 1998, p. 114). Endvidere skal det bemærkes, at hørehallucinationer kan forekomme hos personer, som ikke har en psykisk lidelse, hvilke kan blive udløst af forskellige årsager såsom manglende søvn og mad, udmattelse, livstruende stress, tab og sorg samt rituelle og religiøse aktiviteter (Aleman & Larøi, 2008, pp. 3, 66; Falk, 1998, pp. 114f). Det er derfor vigtigt, at ovenstående kriterier for skizofreni er opfyldte, inden der kan stilles en diagnose.

I det følgende ses der nærmere på, hvordan de to symptomer kan defineres ud fra et kognitivt adfærdsterapeutisk perspektiv.

## Definition af stemmehøring

For at kunne definere stemmehøring skal der først foreligge en definition af hallucinationer. Der optræder forskellige definitioner af hallucinationer i litteraturen ud fra psykologiske såvel som medicinske perspektiver. Hallucinationer betragtes, ud fra et psykologisk og kognitivt perspektiv, som forekommende på et kontinuum med normale mentale oplevelser og defineres af flere faglitterære kilder[[5]](#footnote-5) i overensstemmelse med følgende: *”Any percept-like experience which (a) occurs in the absence of the appropriate stimulus, (b) has the full force or impact of the corresponding actual (real) perception, and (c) is not amenable to direct and voluntary control by the experiencer.”* (Bentall & Slade, 1988, p. 23).

Ovenstående definition af Bentall og Slade er fra 1988, men flere nyere definitioner[[6]](#footnote-6) bygger fortsat på denne definition. Ifølge definitionen er en hallucination således en perceptionslignende oplevelse uden den passende stimulus. For den, som har den hallucinatoriske oplevelse, har fænomenet imidlertid en høj grad af ekstern virkelighed med samme sansningsmæssige kvaliteter som en rigtig perception. Endvidere betragtes perceptionen som værende uden for personens kontrol.

Trods faglitteraturens store tilslutning til ovenstående definition, gør Aleman & Larøi (2008) definitionen endnu mere specifik:

A sensory experience which occurs in the absence of corresponding external stimulation of the relevant sensory organ, has sufficient sense of reality to resemble a veridical perception, over which the subject does not feel s/he has direct and voluntary control, and which occurs in the awake state. (Aleman & Larøi, 2008, p. 15)

Aleman og Larøi tilfører definitionen tre nye, relevante aspekter. Det første aspekt angår en uddybning af udtrykket*“in the absence of the appropriate stimulus”, fra Bentall og Slades definition .* Ifølge Aleman og Larøi kan nogle hallucinationer (fx en stemme der kommenterer patientens handlinger) blive udløst af en stimulus (fx en stemme fra radioen), som udgår fra *samme* sansemodalitet som hallucinationen (den auditive sansning). Dermed kan Aleman og Larøis definition siges at være mere præcis end Bentall og Slades(Aleman & Larøi, 2008, p.16-17).

Det andet aspekt vedrører, at personen ikke føler, at hun har direkte eller frivillig kontrol over symptomet. Aleman og Larøi påpeger, at kontrolaspektet er væsentligt at inddrage i definitionen, da almindelige mentale forestillinger i modsætning til hallucinationer typisk kan kontrolleres af den, som har forestillingen. Imidlertid kan nogle patienter lære at ”tænde” og ”slukke” for deres stemmer ved hjælp af coping teknikker, hvilket giver dem en vis kontrol over stemmerne, hvorfor *følelsen* af manglende kontrol bliver betydningsfuld (Aleman & Larøi, 2008, p. 16f). Dette vil blive diskuteret mere indgående i afsnit 5.2.

Det tredje aspekt er en tilføjelse af, at hallucinationer forekommer i en vågen tilstand. Drømme har samme definitionsmæssige karakter som hallucinationer men forekommer i sovende tilstand, hvilket dermed adskiller dem væsentligt fra hallucinationer (Aleman & Larøi, 2008, pp. 16f). Disse tre aspekter synes relevante at inddrage i dette speciales definition, da det er vigtigt at afgrænse hallucinationerne til den kliniske diagnose skizofreni og ikke mindst, fordi det andet aspekt vedrører en behandlingsmæssig tilgang, som vil blive belyst nærmere i afsnit 5.2. Med udgangspunkt i Aleman og Larøis definition af hallucinationer vendes blikket mod den kognitive models konceptualisering af hørehallucinationer.

### Den kognitive models konceptualisering

I sin konceptualisering af stemmehøring lægger den kognitive model stor vægt på tankeprocessernes betydning for den hallucinatoriske oplevelse; dog uden at negligere andre væsentlige årsagsforklaringer (jf. afsnit 3.3.2) (Beck & Rector, 2005, pp. 590-594; Temple, 2004, pp. 224-227). Stemmehøring anses for at afspejle individets egne tanker, og fænomenet kan beskrives som en fejlfortolkning af de indre mentale processer, der tillægges en ekstern kilde. Ifølge den kognitive model skyldes denne proces et samspil mellem kognitiv dysfunktion og kognitiv forvrængning, hvilket vil blive uddybet nærmere i afsnit 3.3.2. (Falk, 1998, pp. 114-116; Kingdon & Turkington, 2005, p. 22; Rathod et al., 2008, p. 25).

Hallucinationer kan forekomme inden for alle sansemodaliteter som en auditiv, taktil, visuel eller olfaktorisk hallucination (Falk, 1998, p. 113; Kingdon & Turkington, 2005, p. 22). De udgør alle et indre kognitivt fænomen, som skaber stærke affektive og adfærdsmæssige reaktioner, idet de som nævnt udgør en ekstern troværdig begivenhed (Kingdon & Turkington, 2005, p. 22; Rathod et al., 2008, p. 25). Den hyppigst forekommende form for hallucination er dog den auditive, hvilket derfor også er omdrejningspunktet i denne opgave (Falk, 1998, p. 113).

Som det kan ses afspejlet i figur 1, forekommer stemmer karakteristiske for skizofreni i klinisk forstand som tredjepersons hørehallucinationer, der opfattes som værende fremmede eller som kommende udefra (Bertelsen, 1994, p. 66; Falk, 1998, pp. 113, 115; Rathod et al., 2008, p. 26). De fremstår som en løbende kommentering på individets handlinger eller som et tankeekko (fx: ”han er ikke god nok”, eller ”der er ingen, der kan lide ham”) (Falk, 1998, p. 113; Kingdon & Turkington, 2005, p. 23; Rathod et al., 2008, p. 26). Stemmerne kan ligeledes være kommanderende og optræde som andenpersons hørehallucinationer (fx: ”spring ud af vinduet” eller ”du er uelskelig”), og der kan være op til flere forskellige stemmer på engang (Benjaminsen, Glenthøj, Bartels & Lindhardt, 2004, p. 25; Falk, 1998, p. 113; Kingdon & Turkington, 2005, p. 3). Stemmerne kan endvidere have mange forskellige karakteristika:

De kan lyde som mænd, kvinder og børn, være kendte som ukendte. De kan optræde inde i hovedet eller uden for hovedet, tæt på eller langt væk. De kan være alt fra højtråbende til hviskende, og fra trøstende til kommanderende. Indholdet kan omhandle alt fra de mest intime personlige detaljer til forudsigelser om fremtiden. (Falk, 1998, p. 113)

I mange tilfælde er stemmerne ondsindede og kan have et negativt indhold, hvilket gør dem lidelsesfulde for patienten. Dog kan stemmerne også være velmenende og have en positiv værdi, som patienten værdsætter, eller have karakteristika som patienten kan opleve en vis ambivalens overfor (Aleman & Larøi, 2008, pp. 32-35; Birchwood, Meaden, Trower & Gilbert, 2002, p. 109; Chadwick & Birchwood, 1994; Kingdon & Turkington, 2005, p. 22; Rathod et al., 2008, p. 25). Der kan således være stor forskel på patienters opfattelse af deres stemmer, og hvilken betydningen de tillægger dem, hvilket ifølge den kognitive model skyldes patienternes vrangforestillinger om stemmerne (Ibid.). Patienternes forestilling eller overbevisning om stemmerne kan desuden have stor betydning for behandlingen, hvilket vil blive uddybet og diskuteret nærmere i afsnit 5. I det følgende ses der nærmere på en definition af vrangforestillinger og de typer af vrangforestillinger, som typisk forekommer sammen med hørehallucinationer.

## Definition af vrangforestillinger

I opslagsværker[[7]](#footnote-7) og i faglitteraturen angives forskellige definitioner af en vrangforestilling. I nedenstående citat ses en meget anvendt definition af vrangforestillinger, som ofte forekommer i opslagsværker og beskrivelser af fænomenet:

Vrangforestillinger (paranoide ideer) er fejlagtige forestillinger, der har sandhedsværdi for patienten, og som fastholdes med urokkelig overbevisning. De forkerte forestillinger lader sig ikke korrigere af logikkens, erfaringens eller fornuftens vej, men fastholdes på trods af klare beviser for deres fejlagtighed. (Benjaminsen, Glenthøj, Bartels & Lindhardt, 2004, p. 23)

Som det ligeledes blev fremhævet i opgaven ”Kognitiv behandling af vrangforestillinger” (Rise, 2008), kritiserer kognitive terapeuter[[8]](#footnote-8) ovenstående definition på to afgørende punkter. For det første anfægtes det, at vrangforestillinger skulle være fejlagtige forestillinger, der betragtes som værende en kategorisk anormalitet (pp. 6f). Ifølge kognitive terapeuter adskiller vrangforestillinger sig ikke fra normale overbevisninger. Det, der er afgørende for, om der er tale om en decideret vrangforestilling, er gennemslagskraften, graden, intensiteten og betydningen af overbevisningen, hvilket snarere anbringer de to former for forestillinger på et overbevisningskontinuum (Rathod et al., 2008, p. 24; Rector & Beck, 2002, p. 41; Rise, 2008, pp. 6f): *”…delusions are best explained as occuring on a continuum (i.e., with normal beliefs at one end and full-blown delusions at the other).”* (Rathod et al., 2008, p. 24)

For det andet modsætter kognitive terapeuter sig påstanden om, at vrangforestillingerne er umulige at korrigere. Formålet med det kognitive terapeutiske arbejde er netop at korrigere vrangforestillingerne og reducere styrken og graden af overbevisningen, og det bemærkes i flere forskningsartikler[[9]](#footnote-9), at kognitiv terapimed denne tilgang har vist en effekt[[10]](#footnote-10) i behandlingen af vrangforestillinger. På denne baggrund synes den ovenstående definition ikke længere at være adækvat i sin beskrivelse af vrangforestillinger og deres karakter (Rise, 2008, p. 7).

Vrangforestillinger forekommer ofte sammen med hørehallucinationer, idet de fungerer som patientens forståelsesramme for hallucinationen. De vrangforestil-linger, som synes særligt involveret i patientens forestillinger og overbevisninger om stemmerne, er grandiose vrangforestillinger (storhedsforestillinger) samt perseku-toriske vrangforestillinger (forfølgelsesforestillinger). Der kan også optræde religiøse eller overnaturlige forestillinger som forklaringer på hørelseshallucinationerne. Det er vigtigt at påpege, at kultur har en væsentlig betydning for indholdet af såvel vrangforestillinger som for hallucinationerne. Hvilke implikationer dette kan have for assessment og behandling vil blive uddybet nærmere i afsnit 4.3.3.5 (Aleman & Larøi, 2008, pp. 27-32; Benjaminsen, Glenthøj, Bartels & Lindhardt, 2004, pp. 23-24, Falk, 1998, p. 115; Rathod et al., 2008, p. 25).

Uanset typen afspejler vrangforestillingerne de tanker, som patienten har om sig selv, andre og fremtiden, hvilket influerer på stemmernes indhold (Falk, 1998, p. 115). Hvordan vrangforestillingerne fremtræder i forbindelse med dannelsen og opretholdelsen af hørehallucinationer vil blive uddybet nærmere i afsnit 3.3.2 og 3.3.3.

Opsummerende kan det fremhæves, at der med den kognitive definition af hørehallucinationer og vrangforestillinger anlægges en helt anden tilgang i forståelsen af symptomerne, end der tidligere er blevet gjort. Der forekommer eksempelvis et mere optimistisk syn på behandlingen af hørehallucinationer og vrangforestillinger, idet vrangforestillingerne ikke ses som ukorrigerbare, men ses som forekommende på et kontinuum med normale overbevisninger. På samme vis anskues hørehallucinationerne som forekommende på et kontinuum med normale, mentale forestillinger. Det påpeges endvidere, at coping-teknikker muligvis kan fremme kontrollen med stemmerne, hvilket ikke gør dem definitivt ukontrollerbare.

Med udgangspunkt i ovenstående kognitive definitioner vil opmærksomheden i det følgende blive rettet mod teorien bag kognitiv terapi og den kognitive model.

# Kognitiv terapi – fra videnskabsteori til metode

I dette afsnit vil videnskabsteorien bag kognitiv adfærdsterapi og den metodiske tilgang blive belyst. Det videnskabsteoretiske og metodiske afsnit tjener to vigtige formål. Som nævnt blev psykoterapeutisk behandling tidligere opfattet som havende ingen eller en direkte forværrende effekt i behandlingen af skizofreni, hvilket har udledt første spørgsmål i problemformuleringens tredje del: *Hvordan bidrager den kognitive terapis teoretiske og metodiske grundlag til behandlingen af stemmehøring?* Dette afsnit har således først og fremmest til hensigt at besvare ovenstående spørgsmål, hvilket delvist blev besvaret med udgangspunkt i den kognitive definition af hørehallucinationer og vrangforestillinger.

For det andet findes det særligt relevant for dette speciale at eksplicitere sammenhængen mellem teori, praksis og den empiriske tilgang, da det udgør fundamentet for en løbende vurdering af den kognitive terapis metoder og empiriske effekt i behandlingen af stemmehøringen. Derfor vil der i det følgende blive set nærmere på den kognitive terapis metateori og menneskesyn. Der ses endvidere nærmere på den kognitive metode, der bygger på en eklektisk og evidensbaseret tilgang, og som ligeledes danner rammen om den kognitive model for hørehallucinationer. Under den kognitive model tages der udgangspunkt i sårbarheds-stress-modellen og de strukturer, som udgør tænkningen, hvorefter de ætiologiske faktorer, som fører til dannelsen og opretholdelsen af stemmehøring, søges belyst.

## Metateori og menneskesyn

Grundpillen i den kognitive metateori er det psykologiske begreb kognition, der tillægges en central betydning i såvel den kognitive psykoterapi som i forståelsen af psykopatologi (Alford & Beck, 1997, p. 14). Ifølge flere litterære værker og opslagsværker[[11]](#footnote-11) defineres kognition som de psykiske processer, der involverer menneskets evne til bearbejdning af informationer og sansninger fra omverden. De indbefatter mentale aktiviteter som *”Tænkning, perception, problemløsning, refleksivitet, læring og hukommelse…”* (Christensen, 2002, p. 109).

I bogen *The Integrative Power of Cognitive Therapy* (1997, p. 14) foretager Alford og Beck en mere specifik definition af kognition, idet begrebet defineres som *”…that function that involves inferences about one’s experiences and about the occurence and control of future events.”* I begge definitioner betones informationsbearbejdning, der udgør et kernebegreb i den kognitive metateori (Alford & Beck, 1997, p. 14; Rosenberg, 1998, p. 32; Rosenberg & Mørch, 2005, p. 19). Ifølge teorien antages det, at individet gennem informationsbearbejdning tillægger nuværende situationer og oplevelser samt fremtidige begivenheder en subjektiv betydning. Denne teoretiske forståelse udspringer af den kognitive metateoris erkendelsesteoretiske grundlag, der er funderet i fænomenologi og konstruktivisme (Alford & Beck, 1997, p. 23; Rosenberg & Mørch, 2005, p. 19).

Ud fra en konstruktivistisk tilgang dannes og videreudvikles erkendelse gennem perception og fortolkning, der er under påvirkning af tidligere erfaringer og forudindtagelser. Den konstruktivistiske tilgang, som anlægges i den kognitive metateori, kan dog ikke sidestilles med den radikale konstruktivistiske tilgang, hvor intet kan beskrives objektivt (Alford & Beck, 1997, p. 23; Rosenberg & Mørch, 2005, p. 19). Den kognitive metateori er forankret i en mere moderat konstruktivisme, der både anerkender en objektiv samt en subjektiv og fænomenologisk virkelighed: *”In social contexts where phenomenological realities intersect, there are multiple realities as well as an objective physical reality or context within which the subjective realities reside.”* (Alford & Beck, 1997, p. 23)

Ovenstående afspejler den kognitive metateoris opfattelse af, at verden perciperes og fortolkes på baggrund af individets personlige forudsætninger. Individet udvælger således de dele af virkeligheden, som har betydning for personen, og tilskriver denne del en særlig mening (Rosenberg & Mørch, 2005, p. 19). Den mening, som personen knytter til en bestemt situation, eller måden, hvorpå individet konstruerer en begivenhed, har endvidere betydning for, hvordan individet føler og agerer (Alford & Beck, 1997, p. 23). Formålet med kognitiv terapi er netop at korrigere meningsdannelse, der er dysfunktionel, og som kan føre til ubehagelige følelser og tanker samt uhensigtsmæssig adfærd (Rosenberg & Mørch, 2005, p. 19).

Ifølge den kognitive metateori består menneskets personlighed af kognitive, affektive og adfærdsmæssige processer, der er stærkt influeret af personlige og stabile skemata, som konstituerer personlighedens grundstruktur (Alford & Beck, 1997, p. 25) Skemata er genetisk og miljømæssigt bestemte strukturer, der både er bevidste og ubevidste, og som har til formål at sikre individets overlevelse (1997, p. 29):

The cognitive perspective would emphasize characteristic patterns of a person’s development, differentiation, and adaptation to social and biological environments. These patterns are composed of relatively stable organizations of schemas, which account for the stability of cognitive, affective, and behavioral systems across time and situations. These specialized schema systems are conceptualized as the basic components of personality. (Alford & Beck, 1997, p. 27)

Med udgangspunkt i de kognitive skemata anerkender den kognitive metateori således både de psykologiske, biologiske og sociale faktorers betydning for konstitueringen af menneskets personlighed. Som det ligeledes blev fremhævet i *”Kognitiv behandling af vrangforestillinger”* kan den kognitive teori dermed siges at operere ud fra et bio-psyko-socialt menneskesyn, idet de tre faktorer integreres i en forklaringsmodel heraf.

Den eklektiske og bio-psyko-sociale tilgang kan ligeledes ses afspejlet i den kognitive metode og den kognitive model. Først skal der kastes lys over den eklektiske og evidensbaserede metode.

## En eklektisk og evidensbaseret metode

Som nævnt ovenfor ses den eklektiske tilgang også effektueret i den kognitive terapis metodiske tilgang, idet der anvendes eksisterende såvel som nyudviklede metoder i terapien. Dette kommer blandet andet til udtryk ved anvendelsen af psykodynamiske, eksistentialistiske, medicinske og nu også meditationsinspirerede teknikker og metoder inden for kognitiv terapi (Alford & Beck, 1997, pp. 90, 109; Rosenberg & Mørch, 2005, p. 20). Som det også antydes af navnet kognitiv adfærdsterapi, indgår der også adfærdsterapeutiske teknikker og metoder, hvilke blandt andet benyttes i form af eksponering og som baggrund for den interviewstruktur, der anvendes inden for kognitiv terapi (Alford & Beck, 1997, pp. 90, 109; Rosenberg & Mørch, 2005, p. 20). Disse integrerede metoder og teknikker inden for kognitiv terapi giver således flere behandlingsmuligheder, idet der kan tages forskellige terapeutiske metoder i brug i behandlingen af stemmehøring.

Tanken bag denne eklektiske, kognitive terapeutiske metode er, at alle metoder, der, empirisk, har vist sig effektive i terapeutisk praksis, og som understøtter metateorien bag kognitiv terapi, skal kunne integreres i terapien (Alford & Beck, 1997, p. 109; Öst, 2006, p. 11). Alford & Beck bemærker, at hensigten med denne eklektiske tilgang er, at den kognitive terapi ikke skal være et lukket system, som eksempelvis den klassiske psykoanalyse, hvor der efter deres opfattelse ikke var plads til modifikationer (Alford & Beck, 1997, p. 109).

Kravet om, at de integrerede metoder skal være empirisk funderede, afspejler ligeledes den kognitive terapis bestræbelse på at være evidens- og effektbaseret, hvilket vil sige, at effekten af terapien skal kunne testes og måles i praksis (Alford & Beck, 1997, pp. 103f; Melin, 2006, p. 13; Wykes, Steel, Everitt & Tarrier, 2008). Som det ligeledes blev fremhævet i *”Kognitiv behandling af vrangforestillinger”* (Rise, 2009), er en af måderne, hvorpå den kognitive terapi søger at leve op til de videnskabelige krav til evidensbaseret praksis, gennem sin strukturerede eller manualbaserede interventionsform. Det øger sandsynligheden for, at forskningsresultaterne lever op til kravene om reproducerbarhed inden for klinisk evidensbaseret praksis, idet forskningen baseres på systematiske observationer og interventionsmetoder (Austin, 2006, p. 201; Gullestad, 2001; Zachariae, 2007). Endvidere skal den klinisk baserede viden i en vekselvirkning med forskningsresultaterne kunne underbygge den kognitive metateori, hvilket skal sikre et validt og højt videnskabeligt grundlag for den kognitive terapi (Alford & Beck, 1997, pp. 100, 103f; Rosenberg, 1998, p. 34).

Prioriteringen og vægtningen af disse ovennævnte faktorer er med til at adskille den kognitive terapi fra tidligere indlæringspsykologiske og psykoanalytiske retninger (Rosenberg, 1998, p. 33; Rosenberg & Mørch, 2005, p. 18). Gældende for begge retninger - men især den indlæringspsykologiske – adskiller den kognitive terapi sig med sin vægtning af tænkningen, hvilket også har givet den status som en nyorientering inden for psykoterapi. Som nævnt i afsnit 2.2 og 2.3 er det netop gennem modifikationen af tankerne, at den kognitive terapi søger at intervenere overfor stemmehøringen og vrangforestillinger. Dynamisk terapi adskiller sig endvidere ved ikke at have samme videnskabelig evidens som kognitiv terapi, idet den ikke er manualbaseret og dermed ikke kan opnå samme grad af reliabilitet og reproducerbarhed som den kognitive metode jf. de forskningsmæssige krav til evidensbaseret psykoterapi (Rosenberg & Mørch, 2005, p. 18; Gullestad, 2001; Zachariae, 2007).

På baggrund af dette og med udgangspunkt i kognitionen som forståelsesramme for stemmehøring og vrangforestillinger og med modifikationer i tidligere definitioner af symptomerne, kan kognitiv terapi dermed siges at have etableret sig som et stærkt alternativ til de tidligere psykoterapeutiske behandlingsmetoder med grundlag i evidensbaseret psykoterapi. Det synes dog relevant at diskutere, i hvor høj grad den kognitive terapi selv lever op til disse forskningsmæssige krav, når der ses på effekten af kognitiv behandling af stemmehøring. Dette vil derfor også blive omdrejningspunktet i afsnit 6.

Der skal i det følgende ses nærmere på den kognitive model, som ligger til grund for den kognitive terapi af hørehallucinationer.

## Den kognitive model

Som nævnt tidligere er der inden for kognitiv terapi udviklet en kognitiv model for hver enkelt psykisk lidelse. Modellerne udgør en forklaringsmodel af de faktorer, som er med til at skabe, opretholde eller forstærke den psykiske lidelse (Rosenberg & Mørch, 2005, pp. 17, 23). Der er således også udviklet en kognitiv model for skizofreni, hvilken yderligere er blevet afgrænset til hørehallucinationer. Denne afgrænsning skyldes, at forskere i højere grad er blevet optaget af enkeltsymptomer inden for skizofrenien, da diagnosen som nævnt består af forskellige syndromer. Det gør samtidig behandlingstilgangene mere specifikke, hvilket muliggør sammensætningen af en konkret og målrettet behandlingsstrategi (Rosenberg & Mørch, 2005, p. 17).

I dette afsnit vil den kognitive model for skizofreni og hørehallucinationer blive præsenteret med udgangspunkt i sårbarheds-stress-modellen.

### Sårbarheds-stress-modellen

Den kognitive model for skizofreni og hørehallucinationer opererer ud fra sårbarheds-stress-modellen i beskrivelsen af de ætiologiske faktorer. Den udgør et kompliceret samspil mellem biologiske, sociale og psykologiske årsagsforklaringer kombineret med en vis sårbarhed samt udløsende og stressende livsbegivenheder (jf. afsnit 3.1) (Beck et al., 2009, p. 70; Gouliaev & Vind, 1998, pp. 21-24; Holm Andersen, 2005, p. 272; Kingdon & Turkington, 2005, p. 8).

Ifølge sårbarheds-stress-modellen antages det, at ”genetiske faktorer i samspil med skadelige påvirkninger før og under fødslen samt neurofysiologiske faktorer*[[12]](#footnote-12)* kan være medvirkende til at påvirke evnen til informationsbearbejdning og på dannelsen af de kognitive skemata.” (Rise[[13]](#footnote-13), 2009, p. 13) Dannelsen af de kognitive skemata kan ligeledes påvirkes af et negativt og ustabilt miljø med uhensigtsmæssige opdragelsesmønstre. Det kan for eksempel komme til udtryk ved en barndom, der er præget af nedsættende og kritiske kommentarer fra forældre eller betydningsfulde andre eller traumatiske oplevelser som seksuelt misbrug eller fysisk afstraffelse. Som konsekvens af denne genetiske og sociale sårbarhed kan barnet udvikle nogle ustabile og dysfunktionelle antagelser om sig selv, andre og verden, hvilket yderligere kan forstærkes gennem en begyndende, dårlig social tilpasning (Beck et al., 2009, pp. 102f; Gouliaev & Vind, 1998, p. 19, 23; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 8f).

Dette øger risikoen for dannelsen af formelle tankeforstyrrelser eller kognitive deficits, som udgør en psykologisk sårbarhed i individet, og spiller en central rolle i udviklingen af såvel hørehallucinationer som vrangforestillinger. De kognitive deficits indebærer *”…kognitive funktioner som perception, koncentration, indlæring, hukommelse, adskillelsen mellem inde- og udefrakommende stimuli samt evnen til at forstå og se tingene ud fra andres synspunkter.”* (Rise[[14]](#footnote-14), 2009, p. 14)

Når først denne sårbarhed er etableret, kan stressende eller traumatiske livsbegivenheder, som fx en skilsmisse, ulykke, sygdom, et dødsfald eller lignende, fungere som udløsende faktorer for egentlig psykopatologi, idet de dysfunktionelle antagelser vil begynde at dominere (Falk, 1998, p. 114; Gouliaev & Vind, 1998, p. 19). Sådanne begivenheder kan endvidere også være med til at reaktivere eller forstærke symptomet (Falk, 1998, p. 114).

Som nævnt indledningsvist er den medicinske behandling fortsat den primære interventionsmetode over for skizofreni og stemmehøring. I og med, at den kognitive model og dermed den kognitive terapi tager udgangspunkt i sårbarheds-stress-modellen er den kompatibel med den medicinske behandling, idet de biologiske faktorer inddrages som et led i den ætiologiske udvikling af hørehallucinationer. I det følgende ses der nærmere på den kognitive models opfattelse af tænkningens struktur, idet der efterfølgende ses mere specifikt på, hvordan denne indvirker på dannelsen og opretholdelsen af hørehallucinationer.

#### Tænkningens struktur

Som nævnt i afsnit 3.1 udgør skemata personlighedens grundstruktur, og de er samtidig afgørende for, hvordan individet perciperer og bearbejder information, og dermed også hvordan individet opfatter sig selv og andre. De omfatter nogle overgeneraliserende antagelser, der ved psykiske lidelser som skizofreni ofte er rigide, dysfunktionelle og forvrængede (Rosenberg & Mørch, 2005, p. 24).

Skemata er latente eller delvist manifeste, indtil de aktiveres i kritiske situationer eller under stressende omstændigheder. Når individets skemata er aktiveret, udløses de dysfunktionelle basale antagelser, der er mindre rigide end skemata. De udgør nogle ikke-bevidste leveregler, normer eller handlingsanvisende strategier, som er udviklet på baggrund af individets skemata og i kraft af dets omgivelser. Når de dysfunktionelle skemata og de basale antagelser er aktiveret i en specifik situation, vil der spontant opstå en negativ automatisk tænkning i form af spontane og evaluerende tanker, som anses for at operere på det bevidste plan (Rosenberg, 1998, pp. 36f; Rosenberg & Mørch, 2005, pp. 24f).

De negative automatiske tanker er også dysfunktionelle, idet de influerer på informationsbearbejdningen af nye indtryk, der forvrænges, så de tilpasses de allerede eksisterende skemata og forventninger. De er endvidere medvirkende til følelsesmæssigt ubehag og uhensigtsmæssig adfærd, der igen påvirker tankerne, hvilket skaber en selvforstærkende ond cirkel (Gouliaev & Vind, 1998, pp. 18-23; Mørch, 1998, p. 64; Rosenberg & Mørch, 2005, p. 29).

Den kognitive forvrængning opretholder den dysfunktionelle tænkning på alle niveauer og kan beskrives som en form for fejlfortolkning af oplevelser, hvor der dannes en høj grad af forudindtagethed om ting, begivenheder, andre mennesker eller om personen selv. Det kan eksempelvis tage form som katastrofetænkning, en overgeneralisering eller arbitrær slutning (Rosenberg, 1998, p. 32; Rosenberg & Mørch, 2005, p. 30).

Med udgangspunkt i ovenstående ses der nu nærmere på de faktorer, som bidrager til dannelsen og opretholdelsen af hørehallucinationer.

### Dannelsen af hørehallucinationer

Stemmehøring er som tidligere nævnt kendetegnet ved en manglende evne til at adskille udefra og indefra kommende auditive stimuli (jf. afsnit 2.2). Denne fejlfortolkning af de indre mentale processer og de ydre stimuli involverer en lang række psykologiske faktorer, som indebærer en vekselvirkning mellem de kognitive deficits, kognitiv forvrængning og neurokemiske dysfunktioner (Falk, 1998, p. 116; Holm Andersen, 2005, p. 271).

Ifølge den kognitive model udgør hørehallucinationerne individets automatiske tanker og antagelser om sig selv og andre. Indholdet af hørehallucinationerne har mange fællestræk med de negative automatiske tanker, idet de er evaluerende i form af kritiske kommentarer og kan tage form som grublerier (Beck & Rector, 2005, pp. 590f):

A considerable body of clinical oberservation, as well as experimental findings, indicate that hallucinations are representative of the “inner voice”, thoughts that occur in the stream of consciousness, “pop up” spontaneously, or are responses to stimulus situations – and become audible. (Beck et al., 2009, p. 118)

Beck og Rector (2005) har med udgangspunkt i kognitionen og de psykologiske faktorer udarbejdet en model til forståelsen af dannelsen og opretholdelsen af stemmehøring, der ligeledes fungerer som et afsæt til behandlingen af stemmehøring. De faktorer, som er medvirkende til dannelsen af stemmehøring, kan overordnet siges at komme til udtryk ved kognitive bias, perception samt aktive skemata. Disse vil blive uddybet nærmere nedenfor.

#### Kognitive bias

Dannelsen af stemmehøring involverer flere forskellig kognitive bias, heriblandt en eksternaliseringsbias, der netop er tendensen til at tilskrive usædvanlige psykologiske oplevelser som stemmehøring et ydre fænomen frem for at tillægge oplevelsen indre tankeprocesser. For eksempel kunne en patient, som hører en stemme, der kalder sit navn, hurtigt nå til den konklusion, at stemmen er en telepatisk besked snarere end en indre-genereret tanke. Som det fremgår af eksemplet, er der også en tilbøjelighed til, at skizofrene patienter drager forhastede konklusioner (jumping to conclusions), idet de ikke forholder sig kritisk og undersøgende til deres antagelser om stemmerne (Beck et al., 2009, pp. 124-127; Rector & Beck, 2005, Temple, 2004, p. 225).

Psykotiske patienter har endvidere en tendens til at henføre irrelevante begivenheder til sig selv og drage vilkårlige slutninger uden egentlige beviser for, at den forvrængede antagelse er sand og uden at tage alternative forklaringer med i fortolkningen (Beck & Rector, 2005, Temple, 2004, p. 225). Ifølge Temple (2004, p. 225) antages disse bias eller former for ræsonnement at være et produkt af manglende realitetstestning, som er særlig udtalt hos individer med skizofreni. Det vil sige, at de mangler evnen til at korrigere fejlagtige antagelser eller søge hjælp hos andre, som de kan undersøge antagelserne med (Beck & Rector, 2005, p. 592).

#### Perception

Det kan imidlertid undre, hvordan indre-genererede tanker kan omdannes til en perceptuel oplevelse, der opfattes som udefrakommende. Årsagen til dette kan skyldes flere faktorer. En af disse involverer bottom-up og top-down[[15]](#footnote-15) processer. Skizofrene med auditive hallucinationer har ifølge Beck og Rector (2005, p. 591) en stor tilbøjelighed til at få ufrivillige mentale forestillinger i det auditive område, og er derfor overopmærksomme på auditive stimuli, hvilket kan skabe en forventning om, at der forekommer en stemme. Denne forventning er med til at påvirke perceptionen, idet der skabes en bevidst oplevelse af stemmen trods manglende bottom-up information. Informationsbearbejdningen bliver således i højere grad styret af top-down processer frem for bottom-up processer (Aleman & Larøi, 2008, pp. 103-104; Beck & Rector, 2005, p. 591; Haddock, Bental & Slade, 1993, pp. 335f; Matlin, 2005, pp. 25f, 45).

Endvidere har Hoffman, Hawkins, Gueorguieva, Boutros, Rachid, Carroll og Krystal (2003) og Hoffman, Hampson, Wu, Anderson, Gore, Buchanan, Constable, Hawkins, Sahay og Krystal (2007) udarbejdet en forklaringsmodel af, hvilke mekanismer der synes at være medvirkende til, at indre tale forekommer akustisk virkeligt for patienten. Gennem magnetisk stimulation har de påvist, at der hos skizofrene med stemmehøring kan ses en klar og gensidig kobling af Brocas område[[16]](#footnote-16) og Wernickes område[[17]](#footnote-17) i den venstre cerebrale hemisfære (Aleman & Larøi, 2008, p. 168; Beck & Rector, 2005, p. 591; Hoffman et al., 2003, p. 55; Hoffman et al., 2007, p. 2738; Temple, 2004, p. 225): ”*It is as though Broca’s area ’dumps’ language into Wernicke’s areas, creating a stream of acoustically real speech in the patient’s consciousness*." (Temple, 2004, p. 225)

Det antages endvidere, at denne proces skyldes patientens overdrevne fokusering på tankerne og de indre mentale forestillinger (aktive skemata), som skaber et øget dopaminniveau, der medvirker til denne ekstreme kobling af de to hjerneområder. Ud fra denne hypotese kan det dermed antages, at patienter med hørehallucinationer faktisk hører reel tale, selvom denne er indre-genereret og ukontrollerbar for patienten (Temple, 2004, p. 225). I tråd med sårbarhedsstressmodellen kan stemmernes vekslende tilstedeværelse og fravær påvirkes af indre og ydre faktorer, såsom træthed, stress, nedsat ekstern stimulering samt af emotionelle faktorer som angst, vrede og depression (Beck et al., 2009, pp. 122f; Beck & Rector, 2005, p. 592).

#### Aktive skemata og stemmer

Selvom de neuropsykologiske faktorer kan inddrages i en forklaringsmodel omkring stemmehøring, forklarer de ikke indholdet af stemmerne, eller hvad der ligger til grund for, at patienten *forventer* at høre lige netop *det*, som stemmen siger.

Som det blev fremhævet tidligere afspejler indholdet i stemmerne ofte patientens negative automatiske tanker om sig selv og er dermed i overensstemmelse med patientens skemata. Negative automatiske tanker i første person (fx ”jeg er en taber”), vil typisk omdannes til andenpersons hørehallucintioner, der retter sig mod patienten som et objekt (fx ”du er en taber”). Meget selvkritiske negative automatiske tanker er ofte i anden person, hvilke direkte omdannes til andenpersons hørehallucinationer. Tredjepersons hørehallucinationer udvikles ofte på baggrund af de tanker, der opstår i en konkret situation. Det implicerer i mange tilfælde selvhenførende vrangforestillinger: Fx ser patienten nogle mennesker, der kigger på ham, hvilket udløser tanken, ”de taler om mig”, hvorefter han hører sine stemmer, der siger, ”han er en taber” (Beck et al., 2009, p. 118; Beck & Rector, 2005, p. 591).

Ifølge Kingdon & Turkington (2005, p. 23) og Beck et al. (2009, p. 119) er sådanne tredjepersonshørehallucinationer ofte gengivelser af situationer eller udtalelser som tidligere er forekommet under ulykkelige eller stressende omstændigheder. Når disse skemata er aktive påvirkes informationsbearbejdningen, der skaber en ”ekstern” perception på trods af den manglende sensoriske stimulus (jf. afsnit 3.3.2.2) (Beck & Rector, 2005, p. 592; Temple, 2004, p. 226). Indholdet af hørehallucinationerne kan således siges at være erindringsbaserede skemata, der bygger på tidligere traumatiske livsbegivenheder eller oplevelser. Ifølge Kingdon & Turkington (2005) kan stemmerne tjene beskyttende faktorer i forhold til skemata og overfor ubærlige følelser og manglende selvværd. Stemmerne kan som nævnt tidligere ligeledes være positive og opmuntrende. Positiv stemmehøring antages at være en måde, hvorpå patienten kan styrke selvet som en kompensation for et negativt selvbillede og dysfunktionelle skemata (Aleman & Larøi, 2008, 32-35; Kingdon & Turkington, 2005, p. 6).

### Opretholdelse af hørehallucinationer

Opretholdelsen af stemmehøring er ligeledes betinget af flere faktorer. Ifølge den kognitive model, vurderes antagelserne om stemmerne, forholdet til stemmerne samt uhensigtsmæssig adfærd at bidrage til vedligeholdelsen af stemmehøringen eller at øge hyppigheden af stemmerne (Beck & Rector, 2005, pp. 593f; Chadwick & Birchwood, 1994; Temple, 2004, pp. 225f; Beck et al., 2009, pp. 135-139).

Ifølge Temple (2004, p. 225) er meget af den fortvivlelse, som stemmerne medfører, forårsaget af de sekundære vrangforestillinger, der udgør en forståelsesramme for patienternes stemmehøring (fx ”det er Gud, der straffer mig” eller ”jeg bliver forfulgt, fordi jeg er et ondt menneske”). Stemmerne kan som nævnt ovenfor have et positivt såvel som negativt indhold og medføre forskellige reaktioner. Flere undersøgelser synes at underbygge, at det især er antagelserne om stemmernes magt og autoritet (Gud, Satan, Jomfru Maria eller andre), som påvirker følelserne (vrede, angst eller glæde) og adfærden (fx om de lytter til eller modsætter sig stemmerne) (Chadwick & Birchwood, 1994; Birchwood & Chadwick, 1997).

Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert og Plaistow (2000) har endvidere foretaget en undersøgelse, som har vist, at magtbalancen mellem patienten og stemmerne hænger sammen med patientens vurdering af sin sociale rang, samt patientens følelse af gruppeidentifikation og –tilhørsforhold i den sociale verden. De skemata, patienten har om sig selv og andre i den sociale verden, afspejles således også i forholdet til stemmerne og patientens antagelser om stemmernes magt. Antagelserne om stemmerne gør, at der kræves stor opmærksomhed på stemmerne for at nedtone dem, men det forhøjede fokus øger samtidig deres styrke og hyppighed og medvirker desuden til at bekræfte validiteten af stemmerne (Beck & Rector, 2005, p. 593; Birchwood et al., 2000; Temple, 2004, pp. 225f).

I takt med dannelsen af vrangforestillingerne om stemmerne udvikler mange patienter et forhold til deres stemmer. Ved plagende og generende stemmer kan patienten bruge lang tid på at diskutere og modstå stemmerne, mens kommanderende stemmer kan få patienten til at skade andre eller sig selv (Temple, 2004, p. 226). Patienter, der udvikler et venskabeligt forhold til deres stemmer, kan være svære at inddrage i kognitiv terapi, idet stemmerne ofte tjener en kompenserende funktion i forbindelse med manglende selvværd eller ensomhed (Temple, 2004, p. 226).

En interessant faktor i vedligeholdelsen af stemmehøring er sikkerhedssøgende adfærd eller copingstrategier, der også inddrages som en teknik eller metode i behandlingen af stemmehøring. Den sikkerhedssøgende adfærd indebærer bl.a:

…avoiding situations that trigger voices and delusions; arguing with voices, sometimes out loud; and a variety of distraction techniques, such as listening to a radio or watching TV, seeking reassurance, talking back to voices, substance abuse, and self-injurious behaviors. (Temple, 2004, p. 226)

Flere forfattere gør opmærksom på, at sikkerhedssøgende adfærd kan få store konsekvenser for patienten, idet patienten kan opføre sig på en socialt upassende måde, der kan medføre indlæggelse, kriminalitet, arbejdsløshed eller begrænsede sociale relationer (Beck & Rector, 2005, p. 593; Temple, 2004, p. 226; Beck et al., 2009, pp. 139f). I afsnit 5 ses der nærmere på copingstrategiernes dobbelthed, og hvordan disse adskilles i den terapeutiske behandling.

## Opsummering

I besvarelsen af, hvad der gør kognitiv terapi relevant og operationel i behandlingen af hørehallucinationer, blev den kognitive videnskabsteori belyst med afsæt i den kognitive metateori, metode og model.

Som det blev tydeliggjort udgør metateorien med sit konstruktivistiske, fænomenologiske grundlag, fokus på kognitionen, de personlige skemata samt et bio-psyko-socialt menneskesyn en kohærent teori som forklaringsmodel af psykopatologi; herunder hørehallucinationer som også er under indflydelse af vrangforestillinger. Ved at lægge vægt på kognitionen og anskue stemmehøring og vrangforestillinger som forekommende på et kontinuum med normale, mentale forestillinger og overbevisninger, anlægger kognitiv terapi en ny tilgang i konceptualiseringen og behandlingen af stemmehøring, idet det antages, at hørehallucinationerne og tankerne herom kan bearbejdes og modificeres. Teorien er endvidere understøttet af en eklektisk og evidensbaseret metode, hvorudfra der er udviklet en differentieret og specialiseret behandlingsmodel til hørehallucinationer.

Den kognitive model for hørehallucinationer bygger på sårbarheds-stress-modellen, som betoner en biologisk, social og psykologisk sårbarhed i individet, der kombineret med traumatiske og stressende livsomstændigheder kan udvikle sig til egentlige hørehallucinationer. Den kognitive model er således også kompatibel med den medicinske behandling, idet de biologiske faktorer inddrages. For at kunne diskutere assessment og behandling af stemmehøring blev den kognitive models grundbegreber præsenteret med udgangspunkt i sårbarhedsstressmodellen. Her blev der sat fokus på skemata, de negative basale antagelser og negative automatiske tanker samt de kognitive deficits, bias og vrangforestillinger, der indvirker på såvel udviklingen som vedligeholdelsen af hørehallucinationer. Andre faktorer som synes at have en betydning for dannelsen og vedligeholdelsen af stemmehøring er perception, top-down og bottom-up processer, forholdet til stemmerne og sikkerhedssøgende adfærd.

Med ovenstående in mente vil der i det følgende blive set nærmere på, hvordan der kan foretages et assessment af stemmehøring, hvorefter det kritiske blik rettes mod selve behandlingsmetoderne og deres effektivitet.

# Assessment af stemmehøring

I dette afsnit ses der nærmere på et assessment, som er specifikt rettet mod patienter med hørehallucinationer, der er diagnosticeret med skizofreni. Det, der kendetegner assessment, er dataindsamling: “*Before therapy can truly begin, an assessment process is needed, during which information about the person engaging in therapy is obtained in a collaborative, sensitive manner*.” (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009, p. 176) Dataindsamlingen foregår gennem en sokratisk dialog, kollaborativ empiri og guided discovery, der er specifikke metoder i kognitiv terapi (disse vil blive uddybet nærmere i afsnit 5). Formålet med et assessment er at identificere patientens dysfunktionelle skemata og antagelser om selvet, andre og verden, idet der ses på hvilke negative følelser og tanker, der knytter sig til de specifikke situationer, hvori de opstod. Endvidere afdækkes kritiske hændelser i fortiden for dermed at kaste lys over, hvordan skemata og antagelserne er blevet udviklet (Kingdon & Turkington, 2005, pp. 57f; Mørch, 1998, 65; Beck et al., 2009, p. 176).

Et assessment indebærer således dels en anamnese, der er et klinisk interview, som skal hjælpe terapeuten med at skabe en forståelse for patientens baggrund, nuværende symptomer og problemer og dels en caseformulering, som endvidere indeholder terapeutens hypotese om sammenhængen mellem de disponerende, udløsende, vedligeholdende og forværrende faktorer, der er af betydning for symptombilledet og patientens skemata (Kingdon & Turkington, 2005, pp. 55, 57-65; Mørch, 1998, p. 65). Ifølge Kingdon og Turkington (2005, p. 55) indebærer et assessement desuden en baseline, som har til formål at måle forandringer i løbet af terapien (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009, p. 177).

Disse emner vil være omdrejningspunktet i det følgende, men inden da vil der blive set nærmere på samarbejdsrelationen og på modifikationen af standard kognitiv terapi, som psykologen ligeledes bør være opmærksom på allerede fra sit første møde med patienten.

## Samarbejdsrelationen

Opbygningen af en samarbejdsrelation mellem terapeut og patient er essentiel for at kunne udøve kognitiv terapi med skizofrene patienter, og den tager ofte længere tid at etablere og kræver mere fokus samt tid sammenlignet med standard kognitiv terapi. Mange patienter forventer, at terapeuten vil se skævt til deres stemmehøring, ignorere den og anse deres oplevelser og overbevisninger for at være skøre, hvilket kan få dem til at tøve med at tale åbent om deres stemmer. Endvidere kan især paranoide patienter have forvrængede antagelser, der kan føre til en mistillid til terapeuten, hvorfor der allerede tidligt i terapien bør etableres en tillidsfuld relation imellem de involverede parter. En måde, hvorpå terapeuten kan afværge denne mistillid, er ved løbende at være opmærksom på patientens forbehold og begrænsninger i forhold til den terapeutiske behandling og tage det op med patienten og i samarbejde korrigere antagelserne, når de opstår (Alford & Beck, 1997, pp. 46-49; Beck et al., 2009, p. 178; Beck & Rector, 2005, p. 598; Kingdon & Turkington, 2005, p. 43; Mørch, 1998, pp. 72f).

For at skabe en god samarbejdsrelation kræves således visse terapeutiske karakteristika, der også benævnes som non-specifikke faktorer i psykoterapi. De dækker blandt andet over karakteristika som varme, empati, en ikke-dømmende holdning overfor patienten, at være tillidsvækkende og oprigtig, og disse egenskaber er betydningsfulde i et hvert terapeutisk arbejde med en patient/klient. Disse ting udgør tilsammen fundamentet for, at patient og terapeut gennem kollaborativ empiri kan undersøge, udfordre og forandre patientens dysfunktionelle skemata og antagelser, hvilket naturligt nok må være målet med behandlingen (Alford & Beck, 1997, pp. 46-49; Beck et al., 2009, p. 178; Beck & Rector, 2005, p. 598; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 43, 47; Mørch, 1998, pp. 72f).

Alford og Beck (1997, pp. 47-49) pointerer dog, at samarbejdsrelationen eller alliancen, som den også betegnes, ikke kan tillægges den altafgørende betydning for forandring i terapien, som den i højere grad gør i dynamisk terapi. Selvom samarbejdsrelationen er af stor betydning i kognitiv terapi, er forandring og bedring i sidste ende patientens fortjeneste:

(…) it would appear incorrect and perhaps even aggrandizing for the therapist […] to attribute improvement solely to the relationship between therapist […] and client […]. To do so seems to negate the influences of other contexts, such as those encountered during homework exercises, as well as the characteristics of the client (…). Consistent with the humanist tradition, cognitive theory places much responsibility for change on the individual who seeks treatment from the cognitive therapist. (Alford & Beck, 1997, p. 48)

At forandring i sidste ende tilskrives patienten, stiller også krav til patientens forpligtelse overfor den terapeutiske behandling. Engagementet og motivationen kan variere fra patient til patient og være særligt vanskeligt at opbygge hos patienter, som fx er paranoide, ikke ser et behov for hjælp, mangler sygdomsindsigt, eller som har vrangforestillinger med en stor grad af overbevisning. Omvendt kan patienter med ondsindede stemmer være mere tilbøjelige til at forpligte sig til terapien, idet der ofte ikke er andet, der hjælper dem. Måden, hvorpå terapeuten kan understøtte patientens forpligtelse og motivation, er ved at anvende et hensigtsmæssigt sprogbrug, give simple forklaringer, etablere en fælles målsætning, anlægge en samarbejdende frem for en konfronterende tilgang samt skabe et neutralt emotionelt klima og være tydelig, støttende og accepterende (Beck & Rector, 2005, p. 598; Holm Andersen, p. 274; Kingdon & Turkington, 2005, p. 44-66; Mørch, 1998, p. 73f).

## Modifikation af kognitiv terapi

Kognitiv terapi med skizofrene patienter er karakteriseret ved at være aktiv, struktureret og tidsafgrænset[[18]](#footnote-18), således som det også gør sig gældende for kognitiv terapi generelt (Beck & Rector, 2005, p. 598; Mørch, 1998, pp. 68-70). Da skizofrene patienter ofte har forskellige kognitive deficits (jf. afsnit 3.3.1), foretages der imidlertid visse modifikationer af standard kognitiv terapi for dermed at tilgodese de vanskeligheder, som patienten har (Holm Andersen, 2005, pp. 271, 274; Mørch, 1998, pp. 68-70).

Som nævnt er kognitiv terapi med skizofrene patienter tidsafgrænset, men den er ofte mere langvarig end i standard kognitiv terapi. Det skyldes flere faktorer, blandt andet at det tager længere tid at etablere en samarbejdsrelation, skabe og øge patientens forpligtelse og motivation overfor behandlingen samt ændre den dysfunktionelle og rigide tænkning, hvilket betyder, at terapien ofte kan vare i op til 6-12 måneder (Beck & Rector, 2005, p. 598).

Der følges ligeledes en fastlagt struktur i behandlingen af skizofrene patienter som det vil blive afspejlet i dette afsnit og afsnit 5. Dog modificeres varigheden af sessionerne til 20-30 min, hvis patienten har svært ved at fastholde koncentrationen og motivationen (Holm Andersen, 2005, p. 274; Mørch, 1998, p. 74; Rosenberg, 1998, p. 53). Endvidere kan det i nogle tilfælde være nødvendigt at afvige fra strukturen og anlægge en mere undervisende og rådgivende tilgang samt tale om mere neutrale emner, der ikke virker så konfronterende for patienten(Kingdon & Turkington, 2005, pp. 44-49; Mørch, 1998, pp. 74f).

Nogle skizofrene patienter har endvidere en dårlig hukommelse, hvilket kan betyde, at terapeuten bør benytte sig af gentagelser og eventuelt optage sessionerne på bånd (Holm Andersen, 2005, p. 274; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 47, 73). Som det ligeledes blev pointeret i ”Kognitiv behandling af vrangforestillinger” (2009), bør terapeuten være påpasselig med brugen af optagelse ved meget paranoide patienter, *”…da optagelsen af sessionen kan falde ind i deres system af kognitiv forvrængning, hvor mistanken til terapien og terapeuten kan risikere at forøges.”* (Rise[[19]](#footnote-19), 2009, p. 18). Der findes dog også andre måder at understøtte hukommelsen på, fx brugen af huskekort samt noter fra terapien, der er skrevet i et enkelt og klart sprog (Mørch, 1998, pp. 69, 74).

Sidst men ikke mindst bør terapeuten afpasse sine ambitioner for og forventninger til terapien, da det kan være en langsom proces med mulighed for tilbagefald. Terapi med skizofrene patienter kræver desuden stor opmærksomhed fra terapeutens side på samarbejdsrelationen og patientens funktionelle niveau. Af samme grund bør der kun være et enkelt mål eller delmål for hver session (Holm Andersen, 2005, p. 274; Kingdon & Turkington, 2005, p. 47; Mørch, 1998, p. 69).

Med den begyndende samarbejdsrelation og modifikationen af kognitiv terapi er der grundlag for at påbegynde den egentlige anamnese, som vil blive omdrejningspunktet i det følgende.

## Anamnese

Anamnesen dækker, som tidligere nævnt, over informationsindsamling omkring patientens baggrund samt nuværende symptomer og problematikker. Allerede inden den første samtale har terapeuten mulighed for at skaffe sig nyttig viden om dette (enten skriftligt eller mundtligt) gennem de personer, som har henvist patienten, eller som patienten til dagligt er i kontakt med. Ifølge Beck et al. (2009, pp. 177f) kan der være delte meninger om, hvorvidt terapeuten bør benytte sig af denne viden inden det egentlige møde, idet et vigtigt aspekt ved anamnesen netop er, at terapeuten får indsigt i patientens egen oplevelse af sin livshistorie, symptomer og problemer (Kingdon & Turkington, 2005, p. 55; Mørch, 1998, p. 70). Beck et al. anbefaler imidlertid, at terapeuten bør benytte sig af den information, der er tilgængelig, men bør være åben i interviewet med patienten og ligeledes stille sig kritisk overfor det allerede eksisterende materiale, idet der kan være tale om tidligere fejldiagnosticering, og der kan forekomme nye symptomer eller problematikker, som bør tages i betragtning (Beck et al., 2009, p. 178).

På samme vis som med etableringen af samarbejdsrelationen og modifikationen af kognitiv terapi er informationsindhentningen ikke kun begrænset til assessment men foretages igennem hele terapiforløbet, idet nye informationer afdækkes under vejs. (Kingdon & Turkington, 2005, p. 55):

Assessment is rarely, if ever, a tidy sequential process that can be completed and then therapy starts. Assessment builds and shifts focus, exploring more sensitive areas as the person is able to handle them without becoming unduly distressed. (Kingdon & Turkington, 2005, p. 56)

Som det også fremgår af citatet ovenfor, er det vigtigt, at terapeuten udforsker patientens baggrund og symptomer på en sensitiv måde. Direkte og konfronterende spørgsmål kan have en negativ indvirkning på samarbejdsrelationen og kan i værste fald medvirke til, at patienten afslutter terapien. Omvendt vil en voksende tillid mellem terapeut og patient øge muligheden for, at patienten åbner op. Tilliden til terapeuten er dermed af stor betydning for, hvilke emner der kan undersøges, og hvilke informationer der kan indhentes (Kingdon & Turkington, 2005, pp. 56f).

Kingdon og Turkington bemærker endvidere i dette citat, at fokus kan skifte undervejs i assessmentet, hvilket især kan blive nødvendigt i tilfælde af patientens manglende forpligtelse og motivation overfor terapien. I disse tilfælde er terapeuten, i denne fase af forløbet, nødsaget til at påvise at terapien kan være gavnlig for patienten ved blandt andet at *”…øge patientens forståelse for egne symptomer og sin situation eller hjælpe patienten med at udvikle en specifik håndteringsstrategi i forhold til et givent problem.”* (Rise[[20]](#footnote-20), 2009, p. 19) Hvordan terapeuten kan gribe dette an vil blive uddybet nærmere i afsnit 5.1. og 5.2. Der skal nu ses nærmere på, hvilke informationer om patientens baggrund og nuværende situation, der bør afdækkes under anamnesen.

### Patientens baggrund og nuværende situation

Da det ofte er første gang, at patienten skal sætte ord på sit livsforløb, kan dette medføre forskellige reaktioner. På den ene side kan patienten være meget afvisende overfor at skulle tale om personfølsomme oplysninger, idet skizofrene patienter ofte har emotionelle og ubearbejdede erindringer fra fortiden. Omvendt kan en undersøgelse af patientens baggrund være med til at styrke alliancen og udgøre en terapeutisk proces i sig selv, da patienten herigennem kan få oplevelsen af at blive set som et helt menneske og ikke blot som et symptombillede (Kingdon & Turkington, 2005, pp. 57ff; Mørch, 1998, p. 65).

Gennem undersøgelsen af patientens fortidige personlige data, bliver det ligeledes muligt at danne sig et indtryk af, hvordan patientens skemata og antagelser er blevet dannet. Terapeuten vil opdage, at det ofte er nemmere for patienten at undersøge de negative antagelser, som knytter sig til begivenheder i fortiden, idet det giver en tidsmæssig distance til de nuværende problemer og symptomer (Kingdon & Turkington, 2005, pp. 57ff; Mørch, 1998, p. 65). Der dannes endvidere et billede af, hvordan patientens sårbarhed påvirkes af stressende begivenheder og omstændigheder, og hvorledes dette hænger sammen med patientens nuværende fortvivlelse og invalidering (Beck & Rector, 2005, p. 598; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 57f). Nedenfor ses en oversigt over de områder, som terapeuten bør søge at afdække under anamnesen:

Figur 2 Oversigt over informationsområder i anamnesen

(Egen fremstilling på baggrund af Kingdon & Turkington, 2005, p. 58).

Som det også fremgår af figur 2, (pkt. 1), bør det undersøges, hvorfor patienten har søgt behandling. Det kan være patienten selv, der har ønsket det, men det kan også være familien eller andre instanser, som har tvunget patienten til behandling (Beck et al., 2009, p. 179). I sidstnævnte tilfælde bør der særligt arbejdes med motivationen og forpligtelsen i forhold til terapien (jf. afsnit 4.1).

De personlige og familiære data i figur 2, (pkt. 3 og 4) er med til at belyse patientens eventuelle biologiske og sociale sårbarhed, der sammen med patientens sociale omstændigheder (pkt. 5) ligeledes kan udgøre stressfaktorer (Kingdon & Turkington, 2005, p. ). Gennem en udredning af disse områder, bliver det muligt at danne sig et billede af, hvordan symptomet og antagelserne har udviklet sig, og som nævnt i afsnit 3.3.2.3 afspejler disse tidligere begivenheder og omstændigheder også ofte indholdet af hørehallucinationerne (Kingdon & Turkington, 2005, pp. 59f). Punkt 3-5 kan dog ligeledes udgøre støttende faktorer eller en ressourcekilde, hvilket terapeuten bør søge afdækket under anamnesen, idet de kan hjælpe patienten i bedringsprocessen (Kingdon & turkington, 2005, pp. 62, 68).

Alkohol- og stofmisbrug kan både udgøre en vedligeholdende og forværrende faktor i forhold til patientens problemer og symptomer, hvorfor misbrugets grad og betydning for patienten (positiv såvel som negativ) bør afdækkes og evt. behandles alt afhængig af misbruges størrelse og type (Kingdon & Turkington, 2005, pp. 61f; Mørch & Rosenberg, 2005 kap. 12). Da skizofreni og hørehallucinationer, som nævnt i indledningen, ofte korrelerer med selvmordsrisiko, er det ligeledes nødvendigt at være opmærksom på suicidale tendenser samt selvskadende eller aggressiv adfærd (pkt. 7 og 9). Ifølge Kingdon og Turkington er tidligere adfærd den bedste indikator for fremtidig adfærd. Terapeuten bør være informeret om en sådan risikoadfærd, inden det første møde, såfremt det er muligt at erhverve disse informationer (Kingdon & Turkington, 2005, pp. 56, 62f).

Ovenstående punkter angiver som sagt de nøgleområder, som terapeuten bør afdække, men ikke nødvendigvis i nævnte rækkefølge. Dette er således vejledende, idet der findes mange forskellige måder at disponere en anamnese på, hvilken yderligere kan variere i struktur alt afhængig af patientens sensitivitet over for de forskellige spørgsmålsområder. Når terapeuten har gennemgået disse områder, er det ifølge Kingdon & Turkington nemmere at gå i dybden med patientens nuværende symptomer og problemer samt udviklingen heraf (Kingdon & Turkington, 2005, pp. 58f).

### Nuværende problematikker og symptomer

Undersøgelsen af patientens hørehallucinationer foregår som en løbende proces, idet de som oftest er blevet udforsket under tidligere samtaler omhandlende patientens baggrund, personlige data samt i forbindelse med henvisningsårsagen. Dog kan det være nødvendigt at vente til dette tidspunkt i anamnesen med at spørge direkte ind til dem og søge uddybende information om stemmehøringen, idet det er vigtigt, at samarbejdsrelationen er veletableret (Beck et al., 2009, p. 181; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 60f).

Terapeuten bør under anamnesen søge at afdække stemmernes karakteristika, såsom frekvensen, varigheden, intensiteten og variationen af stemmerne. Herudover er det også vigtigt at undersøge, hvilke situationer eller omstændigheder der udløser stemmehøringen, samt omstændigheder der ikke forventes at forekomme stemmehøring i, eller som patienten undgår i et forsøg på at formindske omfanget af stemmehøringen (Beck et al., 2009, p. 234).

Som nævnt tidligere, i afsnit 3.3.1, kan stressfulde omstændigheder være med til at udløse stemmerne. Det er derfor vigtigt, at terapeuten skaber sig en forståelse for patientens sociale omstændigheder og problematikker, der dels kan bestå i interpersonelle problemer såvel som patientens finansielle situation, uddannelses- eller boligsituation. Derfor bør disse problemer undersøges og i nogle tilfælde også løses, som noget af det første, idet det kan være svært at afhjælpe og arbejde med hørehallucinationerne, hvis patienten er meget optaget og påvirket af disse problemer (Beck et al., 2009, p. 234; Kingdon & Turkington, 2005, p. 56). Det kan også være indre signaler, som udløser stemmerne især stærke og negative følelser. I relation til dette kan det være hensigtsmæssigt at introducere et analyseskema for patienten og vise sammenhængen mellem situationelle udløsere, sindstilstand, tanker og aktiveringen af stemmerne (Beck et al., 2009, p. 234).

Terapeuten bør i sin undersøgelse af stemmerne være opmærksom på, at patienter med stemmehøring kan være tilbageholdende med at tale åbent om stemmerne, hvilket kan skyldes angst for, at stemmehøringen blusser op eller resulterer i en form for straf, kontrol eller manipulation fra stemmerne. Dette gør sig ikke mindst gældende, når terapeuten anvender vurderingsmetoder i sin undersøgelse af stemmerne. Det er nødvendigt for vurderingen, at samarbejdsrelationen er veletableret på dette tidspunkt, idet nogle af spørgsmålene kan være ret nærgående og dermed let skræmme eller provokere patienten (jf. afsnit 4.1) (Falk, 1998, p. 118; Beck et al., 2009, p. 234).

Anvendelsen af ratingscales eller vurderingsmetoder er vigtig forud for den egentlige behandling. Vurderingsmetoderne har to formål; dels at mønstre et gennemgribende billede af symptomet og de problemer, som knytter sig til hertil og dels at udgøre en baseline, der gør det muligt at registrere forandringer i terapien (Beck et al., 2009, pp. 141; Kingdon & Turkington, 2005, p. 64).

### Vurderingsmetoder

Der findes forskellige typer vurderingsmetoder, som kan anvendes til at vurdere patientens hørehallucinationer (Falk, 1998, pp. 119-122; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 64-66). De kan overordnet set opdeles i følgende kategorier: 1) diagnosticeringsredskaber, 2) symptomspecifikke ratingscales samt 3) ratingscales, der specifikt retter sig mod hørehallucinationer og indeholder en kognitiv analyse med henblik på kognitiv behandling af stemmehøring (Beck et al., 2009, pp. 181-186, 235-241; Falk, 1998, pp. 118-122; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 60-65). I nævnte rækkefølge går de forskellige vurderingsmetoder fra at være bredt undersøgende til at blive mere specifikke, som det også kan ses afspejlet i nedenstående figur:

Figur 3: Oversigt over vurderingsmetodernes bredde- og dybdeforhold

(Egen fremstilling på baggrund af Falk, 1998, p, 122)

Terapeuten bør derfor gøre sig klart, hvad der ønskes undersøgt, og hvilken vurderingsmetode der bedst tjener dette formål. Følgende afsnit har til hensigt at diskutere fordele og ulemper ved de vurderingsmetoder, som fremhæves i faglitteraturen samt diskutere, hvilke overvejelser terapeuten bør gøre sig i udvælgelsen af de nævnte diagnosticeringsredskaber og rating scales til brug i en anamnese. De vurderingsmetoder, som vil ligge til grund for en diskussion i dette afsnit, er alle blevet udvalgt med udgangspunkt i, 1) at der foreligger en dansk oversættelse af vurderingsmetoden, 2) at de retter sig mod skizofreni og positive symptomer herunder stemmehøring og, 3) at de kan afdække stemmehøringen på et af de tre niveauer, som fremgår af figur 3.

#### Diagnosticering

Der findes forskellige diagnosticeringsredskaber, der har til formål at udrede, om patienten lider af skizofreni, og hvilke symptomer der forekommer (fx positive og negative symptomer, depression, angst etc.) (Beck et al., 2009, p. 181f; Falk, 1998, p. 119). Når en patient henvises til kognitiv terapi, er det som regel en psykiater, der foretager diagnosticeringen. Psykologen kan imidlertid foretage en yderligere diagnosticering, såfremt der rejses tvivl om den diagnose, som patienten har fået stillet, eller terapeuten ønsker yderligere information om den allerede stillede diagnose. Derfor vil der i det nedenstående forelægge en kort diskussion af, hvilke muligheder terapeuten har for at revidere eller udbygge diagnosticeringen (Kingdon & Turkington, 2005, p. 63).

Nogle af de diagnosticeringsredskaber, der går igen og ofte beskrives i faglitteraturen, er *Present State Examination* (PSE) og *Structured Clinical Interview for axis I DSM-IV Disorders* (SCID I), der begge er diagnostiske interviews, som foretages af terapeuten (Beck et al., 2009, pp. 181f; Bertelsen, 1995; Falk, 1998, pp. 119-122). Da SCID I er udarbejdet med udgangspunkt i DSM-IV, synes det mest nærliggende at rette fokus mod PSE i dette speciale, idet det bygger på WHO, ICD-10 (Beck et al., 2009, pp. 181f; Bertelsen, 1995).

PSE er et 140-item semistruktureret interview udviklet af Wing, Cooper og Satorius (1974), der er oversat og udarbejdet på dansk af Bertelsen (1995). Ved brug af interviewet indhentes en lang række psykopatologiske informationer fordelt på 17 områder, fx informationer om hallucinationer (og herunder stemmehøring), vrangforestillinger, tankelæsning, angst, depressive symptomer og kognitive symptomer, blot for at nævne nogle få (Beck et al., 2009, p. 181; Bertelsen, 1995).

Det er netop diagnosticeringsredskabets bredde, som gør PSE til et godt diagnosticeringsredskab. Endvidere giver det samtidig mulighed for at gå i dybden med de symptomer, som er til stede. Hvis patienten giver udtryk for, at han har hørehallucinationer, kan information om hyppighed og varighed af symptomet samt visse karakteristika om symptomet indhentes (Taler stemmerne til patienten i andenperson? Er de kommenterede eller diskuterende? Etc.) (Beck et al., 2009, p. 181; Bertelsen, 1995). Er et bestemt symptom ikke tilstede, kan terapeuten ligeledes vælge at gå videre i det diagnostiske interview og springe dette symptom over. Det tager cirka 90-120 minutter at foretage et interview med PSE, og diagnosticeringsredskabet har vist god interrater reliabilitet[[21]](#footnote-21) og validitet[[22]](#footnote-22) (Beck et al., 2009, p. 181). Dog bemærkes det af Bertelsen (1995), at reliabiliteten af PSE forudsætter en vis træning i kendskabet til de psykopatologiske fænomener og undersøgelsesteknikken.

Det skal også bemærkes, at der eksisterer et selvrapporteringsskema til anvendelse i diagnosticeringsprocessen; *Symptom Checklist 90-R* (SCL-92), som patienten selv udfylder. Skemaet er udarbejdet af Derogatis (1996) med en dansk oversættelse af Dansk Psykologisk Forlag (2006). Der er i alt 92 items, hvor patienten skal afkrydse problemets grad med fem afkrydsningsmuligheder (slet ikke, lidt, noget, en hel del, særdeles meget). SCL-92 scores ud fra ni primære symptom-dimensioner, hvor to af dem er *psykosetegn* og *paranoid tankegang*, der her skal nævnes, idet de er relevante for diagnosticeringen af hørehallucinationer. Endvidere scores tre globale tegn på ubehag, der dækker over en helhedsvurdering af alvoren i tilstanden (GSI), et positivt symptom-ubehags-indeks (PSDI) samt positive symptomer i sin helhed (PST) (Bruun & Knudsen, 2006, pp. 210f; Derogatis, 1996; Derogatis & Lynn, 1999).

Fordelene ved SCL-92 sammenlignet med PSE er, at det kun kræver 12-15 minutter at færdiggøre, det er let at administrere og samtidig giver det en god multidimensionel symptomprofil med god validitet (Bruun & Knudsen, 2006, p. 214; Derogatis & Lynn, 1999; Derogatis & Savitz, 1999). SCL-92 har endvidere vist sig effektiv som baseline instrument, hvilket vil sige, at den er anvendelig i målingen af forandringer i terapien, hvilket vægtes højt inden for kognitiv terapi. Det er vigtigt, at der udformes en baseline inden terapien går i gang, som enten løbende eller afslutningsvist i terapien kan foretages på ny. Det er her en fordel, at SCL-92 er hurtig at besvare, idet det dermed ikke er tidskrævende at foretage flere gange under terapien (Derogatis & Lynn, 1999; Derogatis & Savitz, 1999; Kingdon & Turkington, 2005, p. 63; Lambert & Lambert, 1999). Som diagnosticeringsredskab går SCL-92 imidlertid ikke lige så meget i dybden med de enkelte symptomer, som det er muligt at gøre med PSE. Desuden kan SCL-92 siges at være forbeholdt de patienter, som rent kognitivt selv kan administrere besvarelsen af selvrapporteringsskemaet og har de sproglige kundskaber, der ifølge Bruun og Knudsen forudsætter 6 års skolegang. Det skal også bemærkes, at den praktiske erfaring med anvendelse af SCL-92 i Danmark indtil videre er begrænset (Bruun & Knudsen, 2006, pp. 210-214).

#### Symptom rating scales

Som terapeut kan det være nyttigt at indkredse alvorligheden af hørehallucinationerne samt graden af vrangforestillinger, og til dette formål foreligger der en symptom rating scale, som er meget anvendt inden for forskningen, og som hyppigt anvendes inden for den klinke praksis; *Positive And Negative Symptom Scale* (PANSS). PANNS er udformet som et klinisk semistruktureret interview, der foretages af terapeuten med SCI-PANSS manualen, som er udarbejdet af Kay, Fiszbein & Opler (1987) med en dansk oversættelse af Preben Bertelsen (Kay, Opler & Fiszbein, 2001).

PANSS kriterierne er inddelt i tre subskalaer fordelt på 30 items; positive symptomer, negative symptomer samt almen psykopatologi som fx angst og depression (Bruun & Knudsen, 2006, p. 395; Kay, Opler & Fiszbein, 2001). Den positive symptom subskala indhenter informationer om alvorligheden af vrangforestillinger, begrebsmæssig disorganisering (kognitive deficits), hallucinatorisk adfærd, ophidselse, grandiositet (megalomane vrangforestillinger), mistænksomhed (persekutoriske vrangforestillinger) og fjendtlighed, hvilket måles på en 7-point skala (fraværende, minimalt, svagt, moderat, moderat - svær grad, svær grad og ekstremt). Som nævnt i afsnit 3.3.2 spiller ovennævnte områder en rolle i udviklingen og vedligeholdelsen af stemmehøring, hvorfor denne rating scale synes meget relevant at anvende til optagelse af anamnesen forud for den egentlige behandling. Som det ligeledes blev fremhævet i afsnit 4.2, skal den kognitive terapi afstemmes i forhold til hver enkelt patient, hvilket blandt andet indebærer en vurdering af alvorligheden af hørehallucinationerne og vrangforestillingerne. Hvis patienten har en ekstrem grad af kognitive decifits, vrangforestillinger og hørehallucinationer kan det være svært at anvende almindelige kognitive metoder i behandlingen, hvilket nødvendiggør anvendelsen af mere adfærdsterapeutiske interventionsformer. Dette vil blive uddybet yderligere i behandlingsafsnittet (afsnit 5.5).

En anden symptom rating scale, som kan anvendes i målingen af alvorligheden af hørehallucinationerne er Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), der er en meget anvendt amerikansk vurderingsmetode. Da det ikke har været muligt, at finde en dansk oversættelse, er denne rating scale blevet udeladt (Beck et al., 2009, p. 182; Bruun & Knudsen, 2006, pp. 25f). BPRS og PANSS ligner imidlertid også hinanden, idet PANSS er udviklet på baggrund af BPRS. PANSS tager dog længere tid at udføre (30-40 min) sammenlignet med BPRS (15-30), men som opvejning heraf har PANSS en høj intern reliabilitet samt en høj konvergent og diskriminerende validitet[[23]](#footnote-23).

Med anvendelsen af PANSS er det muligt at indhente nogle andre oplysninger om hørehallucinationerne end med PSE og SCL-92, idet den retter sig mod planlægningen af interventionen. Som med SCL-92 er PANSS ligeledes anvendelig som baseline (Brun & Knudsen, 2006, p. 135). Den tager dog længere tid at udføre sammenlignet med SCL-92, der som nævnt ovenfor desuden har den fordel at være et selvrapporteringsskema, hvilket gør den lettere at administrere. Hvis patienten har svært ved at læse selvrapporteringsskemaet eller er psykotisk og har svært ved at koncentrere sig om testen, kan PANSS imidlertid være et oplagt alternativ.

#### Rating scales til kognitiv analyse og behandling

De to sidste rating scales som her skal nævnes er *Beliefs About Voices Questionnaire* (BAVQ) udviklet af Chadwick, Lees & Birchwood (1996) og oversat til dansk af Tine Falk (1998, pp. 144ff) samt *Antecedent and Coping Interview* (ACI) udarbejdet af Tarrier (1992, pp. 147-169), der også benævnes Kognitiv Analyse af Hørehallucinationer (KAH) ligeledes med den danske oversættelse af Falk (1998, pp. 144ff).

Det har ikke været muligt at finde disse rating scales i en standardiseret manual, som det har været tilfældet med de føromtalte vurderingsmetoder, men på trods af dette skal de alligevel nævnes her, idet disse rating scales belyser hørehallucinationerne på et dybere niveau end de andre og retter sig specifikt til den kognitive behandling af hørehallucinationer.

En kognitiv analyse tjener to formål, som KAH og BAVQ kan anvendes til at belyse. ”Det primære formål er at få belyst samspillet mellem de situationelle, emotionelle, kognitive og adfærdsmæssige faktorer, samt at klarlægge på hvilken måde disse faktorer aktiverer, forstærker og vedligeholder symptomet.” (Falk, 1998, p. 120) Disse informationer kan indhentes gennem KAH, der er et semistruktureret interview, som foretages af terapeuten. Det retter sig mod positive symptomer, men er i den danske udgave rettet specifikt mod hørehallucinationer (Falk, 1998, pp. 120f; Tarrier, 1992, pp. 156-160). Det undersøger fem faktorer, der kan bidrage til den kognitive analyse: 1) symptomets fænomenologiske karakteristika, 2) symptomets tilstedeværelse og alvorlighed, 3) ydre og indre udløsende faktorer, 4) Patientens reaktioner på symptomet og 5) patientens coping-strategier (Falk, 1998, p. 114).

Den kognitive analyses andet formål er *”…at identificere de antagelser patienten har om symptomet ud fra den almene kognitive model, at vores tænkning og adfærd i højere grad er styret af vores fortolkninger om os selv og verden, end af selve situationen.”* (Falk, 1998, p. 121) BAVQ har til formål at identificere sammenhængen mellem patientens antagelser om sine stemmer og reaktionerne herpå, hvilket dermed hjælper til at belyse denne del af den kognitive analyse (Falk, 1998, p. 121; Chadwick, Lees & Birchwood, 2000, p. 229). BAVQ er et selvrapporteringsskema, der indeholder 30 items fordelt på tre subskalaer: Antagelser om stemmernes identitet og formål (god eller ond), emotionel respons på stemmen og adfærdsmæssig respons på stemmen. Siden den danske oversættelse er der udkommet en revideret udgave af BAVQ (BAVQ-R), hvor selvrapporteringsskemaet nu indeholder 35 items, idet 5 nye items er tilføjet om stemmens omnipotens under den første subskala (Beck et al., 2009, p. 185; Chadwick, Lees & Birchwood, 2000, p. 229; Falk, 1998, p. 121). Patientens antagelser om sine stemmer vurderes ud fra graden af enighed med de 35 udsagn ud fra en 4-point skala (uenig, usikker, lidt enig og meget enig) (Chadwick, Lees & Birchwood, 2000, p. 229). Til sammenligning er der i BAVQ kun to svarmuligheder (rigtig og forkert), hvilket er en forbedring af den reviderede udgave, idet der nu kan måles flere individuelle forskelle samt flere ændringer over tid (Chadwick, Lees & Birchwood, 2000, p. 229). BAVQ-R bevarer med de fem nye items en høj validitet og reliabilitet (Beck et al. 2009; Chadwick, Lees & Birchwood, 2000).

Mens KAH bærer præg af at være en mere kvalitativt udformet vurderingsmetode, er BAVQ mere kvantitativ og kan yderligere fungere som en baseline på sit specifikke plan. Idet de belyser den kognitive analyse på forskellige områder og med forskellige metodiske tilgange, udgør de snarere et godt supplement til hinanden end en erstatning.

#### Udvælgelse af vurderingsmetoder til en kognitiv anamnese

Udvælgelsen af vurderingsmetoder til den kognitive anamnese fordrer en række overvejelser fra terapeutens side. Ovennævnte vurderingsmetoder er nøje blevet udvalgt og kan derfor også anvendes som ”et testbatteri”, idet de både undersøger patientens symptomer i bredden og dybden. Af vurderingsmetoderne kan PSE og SCL-92 udelades, hvis diagnosen er stillet, og terapeuten vurderer, at der ikke er behov for en modifikation eller uddybning. Da PANSS såvel som BAVQ kan anvendes i stedet for SCL-92, er der muligheder for at lave en baseline og måle forandringer på disse mere specifikke områder, som PANSS og BAVQ tillader. Dog bør det bemærkes, at patienten ofte har flere symptomer, som kræves behandlet foruden hørehallucinationerne, hvilket betyder, at bredden såvel som dybden er nødvendig i en anamnese. På det mere specifikke niveau kan terapeuten overveje, om der er behov for anvendelse af både KAH og BAVQ-R. Det kunne tænkes, at den mere uerfarne terapeut kunne drage nytte af begge rating scales, idet KAH sikrer en undersøgelse af de relevante områder, som bør afdækkes i relation til stemmehøringen, og BAVQ-R udgør et hjælpemiddel til undersøgelse af antagelserne om stemmerne. Hvorvidt den erfarne terapeut har behov for begge rating scales, må være en subjektiv vurdering i det enkelte tilfælde. Dog bør det nævnes, at de to rating scales lægger op til hver deres behandlingsmetode (jf. afsnit 5.2 og 5.3), hvorfor det kan være relevant at anvende begge rating scales forud for selve behandlingen.

#### Implikationer ved tværkulturel testning og intervention

I relation til praksis skal der dvæles et øjeblik ved de implikationer, der ses ved tværkulturel testning og intervention. Som det ligeledes blev bemærket i afsnit 2.3 kan kultur spille en væsentlig rolle i forbindelse med hørehallucinationer, idet de kan være kulturelt accepterede, idet den mening eller betydning, som patienten tillægger sine hørehallucinationer, kan være kulturelt betinget. Kulturen er ligeledes af stor betydning i testningen af patienter med hørehallucinationer. Brun & Knudsen bemærker følgende:

I disse år får kliniske psykologer i stigende grad kontakt med indvandrere, der har brug for hjælp. Her skal det med det samme understreges, at vi ikke tvangfrit kan anvende de psykologiske prøver, vi kender fra undersøgelser af danskere, på mennesker med en helt anden kultur. […] Psykologiske prøvers administration, prøveoptagelse, scoring, opgørelse og fortolkning er således i meget høj grad bundet til den kultur, hvori de er udviklet, og de kan ikke umiddelbart anvendes i anden kulturel sammenhæng. (Brun & Knudsen, 2006, p. 36)

At kulturen får betydning for testning såvel som for behandling kan udgøre et problem. I det følgende skal der kort ses nærmere på hvorfor, og hvordan denne barriere kan overkommes.

Set ud fra et udviklingspsykologisk eller tværkulturelt perspektiv er mennesket et produkt af sin kultur på flere forskellige niveauer. Ifølge Bronfenbrenners bioøkologiske model foregår denne komplekse kulturelle påvirkning på flere systemniveauer, der dækker over 1) barnets nærmeste miljø (mikrosystem), 2) samspillet mellem microsystemer (mesosystem), 3) sociale miljøer, som påvirker barnet, uden at barnet selv indgår i disse (exosystem), 4) kulturelle værdier og normer, som influerer på mikrosystemet (makrosystem) samt 5) forandringer i barnets miljø, som påvirker barnets udvikling (chronosystem) (Bronfenbrenner & Morris, 2006, pp. 793-828).

I tråd med Bronfenbrenner påpeger Bernth (1989, pp. 135-139) og Hundeide (2004), at det er vigtigt at være opmærksom på, at Piagets stadieteori, der anses for at være en universel udviklingstendens i vestlige kulturer, ikke nødvendigvis kan overføres til en hvilken som helst kultur. Hundeide begrunder denne antagelse med, at der er forskellige udviklingsveje i forskellige kulturer, hvor en normal udviklingsvej i et vesteuropæisk perspektiv kan synes atypisk eller uhensigtsmæssig i andre kulturer og omvendt. Dette kommer særligt til udtryk i hhv. individualistisk og kollektivistisk prægede kulturer (Hundeide, 2004, pp. 85, 111-113). Et eksempel på dette er Bernts artikel omhandlende sociokulturelle forskelle mellem vestlige og japanske mor-barn samspil, hvor der eksisterer divergerende værdier og normer i opvækst øjemed. Hvor japanere lægger vægt på relationer, sammenhæng, harmoni og tavs forståelse, lægger amerikanere i stedet vægt på individualisme, selvudtryk, selvstændighed og personlig identitet (1989, pp.139-156).

Ovenstående får betydning for det, som Hundeide så rammende fremhæver; nemlig at vi uden at være klar over det lever i *”[…] sociokulturelle diskurser, som vi er socialiseret ind i og derfor tager for givet. Disse diskurser sætter rammen for, hvordan vi samtaler, hvordan vi opfatter verden, hvad vi lægger vægt på, hvilke værdier, der understøttes, hvad der opleves som ’naturligt’, hvordan vi forklarer ting osv.”* (Hundeide, 2004, pp. 9f)

Den kognitive psykolog må derfor være opmærksom på sine normative billeder og opfattelser, som bevidst eller ubevidst kan påvirke den måde, hvorpå hun tolker og forstår sin patient såvel i testsituationen som i behandlingen af hørehallucinationer og vrangforestillinger. Det er således vigtigt, at terapeuten sætter sig ind i den pågældende patients kultur og forholder sig undersøgende og respektfuldt til det, der ønskes undersøgt og udforsket, hvilket også Hundeide kalder den fortolkende tilgang. Som nævnt kan vrangforestillinger og hørehallucinationer selv hos danske patienter virke bizarre og uforståelige, hvilket synes at komplicere adskillelsen mellem disse og kulturelt betingede opfattelser. Med en fortolkende tilgang skabes der imidlertid nogle gode forudsætninger for testning og behandlingen af tværkulturelle patienter med hørehallucinationer og vrangforestillinger (Hundeide, 2004, pp. 11, 122, 163).

Med dette in mente skal der i det følgende ses nærmere på udarbejdelsen af en problemliste og caseformuleringen, som går forud for den egentlige behandling.

### Problemliste og registrering

På baggrund af de informationer, som terapeuten har indhentet, bliver det muligt at udarbejde en problemliste i samarbejde med patienten. Problemlisten kan udgøre symptomatiske problemer i forhold til stemmehøringen såvel som interpersonelle, finansielle og andre problemtyper, der optræder i patientens tilværelse. En problemliste er ikke endeligt udarbejdet i anamnesen men udbygges løbende, som terapien skrider frem. Et væsentligt kognitivt aspekt ved problemlisten er, at problemerne skal være konkrete og specifikke, situationsbundne og aktuelle. Endvidere bør der i tillæg til dette formuleres en målsætning, som også er specifik samt realistisk (Kingdon & Turkington, 2005, p. 63; Rosenberg, 1998, pp. 43-45). En måde at gøre problemerne konkrete på, er anvendelsen af registreringsskemaer, som patienten og terapeuten kan anvende til at danne sig et overblik over, hvor ofte problemerne eller stemmerne forekommer i løbet af dagen eller ugen. Det kan ligeledes være gavnligt at måle intensiteten af problemet, hvad end det er en stemme, destruktiv tanke, følelse eller en handling, hvilket kan gøres på en skala fra 1-10 (Beck et al., 2009, pp. 237-239Rosenberg, 1998, pp. 45, 51).

## Caseformulering

Med udgangspunkt i de oplysninger, som terapeuten har indhentet i anamnesen og ved hjælp af vurderingsmetoderne, kan der udarbejdes en individuel caseformulering, som skal udgøre en ramme for den terapeutiske intervention. Casefomuleringen kan karakteriseres som terapeutens hypoteser om de mekanismer, der ligger til grund for udviklingen og vedligeholdelsen af patientens stemmehøring, hvilket derfor også kan betegnes som terapeutens subjektive anamnese (Kingdon & Turkington, 2005, p.68; Mørch, 1998, p. 70). Udarbejdelsen af caseformuleringen bør imidlertid foregå i et kollaborativt samarbejde med patienten, hvor de i fællesskab undersøger patientens specifikke problemer.

Caseformuleringen skal indeholde informationer om de kritiske livsbegivenheder, der har ført til dannelsen af patientens dysfunktionelle skemata og antagelser om sig selv og andre samt til dannelsen og udløsningen af patientens stemmehøring. Endvidere skal caseformuleringen belyse de faktorer, som er med til at opretholde stemmehøringen. En måde at undersøge disse forhold på, er at identificere de negative automatiske tanker og følelser samt uhensigtsmæssig adfærd, der opstår i kritiske situationer, hvor patienten hører stemmer (Kingdon & Turkington, 2005, pp.69f; Mørch, 1998, pp. 70f). De konklusioner eller slutninger, som patienten drager på baggrund af den kritiske hændelse, vil afsløre patientens dysfunktionelle skemata, som patienten har udviklet, mens adfærden vil være et udtryk for de uhensigtsmæssige strategier, patienten anvender, der kan være med til at opretholde og forværre stemmehøringen. Disse oplysninger nedskrives i caseformulering så det bliver muligt at se sammenhængen mellem dem (Mørch & Rosenberg, 2005, p.32f):

**Figur 4: Individuel caseformulering**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fakta om hændelser og vilkår | | | |
| Skemata | | | |
| Dysfunktionelle basale antagelser | | | |
| Strategier | | | |
|  | 1. situation | 2. situation | 3. situation |
| Situation |  |  |  |
| Tanker |  |  |  |
| Følelser |  |  |  |
| Konklusion |  |  |  |
| Adfærd |  |  |  |

(Mørch, 1998, p. 94)

Som det fremgår af ovenstående afspejler caseformuleringen sårbarhedsstressmodellen, der kan vises og forklares til patienten. Udarbejdningen af og en diskussion om caseformuleringen kan i sig selv have en terapeutisk effekt, idet patienten herigennem får mulighed for at forstå, hvordan forskellige elementer i patientens liv har været medvirkende til at føre til de nuværende problemer. (Kingdon & Turkington, 2005, p.68).

Med caseformuleringen har terapeuten dermed udarbejdet en sammenhængende hypotese om de prædisponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer, der har medvirket til patientens stemmehøring. På denne baggrund bliver det muligt at udvælge den rette behandlingsstrategi til patienten. I afsnit 5 ses der nærmere på to behandlingsmetoder, der kan være oplagte i forbindelse med behandlingen af hørehallucinationer; hhv. copingstrategier og fokusering på indholdet af stemmerne.

## Opsummering

I dette afsnit er der blevet set nærmere på et kognitivt assessment rettet mod patienter med stemmehøring, der overordnet set består af en anamnese og en caseformulering.

Under et assessment må terapeuten først og fremmest påbegynde en opbygning af samarbejdsrelationen mellem terapeuten og patienten, idet denne relation udgør en forudsætning for at kunne indhente de nødvendige informationer i anamnsesen og caseformuleringen. Det er terapeutens opgave, at skabe en tillidsfuld samarbejdsrelation, sikre patientens engagement og motivation, hvilket er en løbende proces, som er af stor betydning gennem hele behandlingsforløbet. Terapeuten bør ligeledes foretage en modifikation af standard kognitiv terapi, og skræddersy terapien til patientens kognitive niveau. Når dette indledende arbejde er blevet foretaget, kan terapeuten påbegynde en mere formålsrettet anamnese.

I anamnesen indhenter terapeuten oplysninger om patientens livshistorie, nuværende symptomer og de problemer, som knytter sig til sygdomsbilledet. Til indhentningen af disse informationer kan anvendes forskellige vurderingsmetoder, som på forskellige niveauer kan give nyttig viden om patientens diagnose (PSE og SCL-92), symptomer (PANSS) samt indhente informationer til den kognitive analyse (KAH og BAVQ-R). Nogle af disse vurderingsmetoder (SCL-92, PANSS og BAVQ-R) kan endvidere anvendes som en baseline, der gør det muligt for terapeuten at måle de forandringer, som løbende forekommer i terapien. Sammen med patienten bør terapeuten endvidere indkredse patientens problematikker og den målsætning, som patienten har for terapien. Anamnesen kan siges at være en mere objektiv vurdering af patienten, som kræver en undersøgende tilgang af patientens problematikker. Ved tværkulturel testning og behandling kræves imidlertid en endnu større nysgerrighed og undersøgelse end kognitiv terapi med patienter med samme kulturelle baggrund.

På baggrund af anamnesen bliver det muligt at udarbejde en caseformulering, der er psykoterapeutens subjektive konceptualisering eller forståelse af patienten samt en hypotese om sammenhængen mellem de disponerende, udløsende, vedligeholdende og forværrende faktorer, som er af betydningen for symptomet. Disse informationer gør det ligeledes muligt at udvælge den rette behandlingsstrategi for den pågældende patient.

I det følgende vil der blive set nærmere på de to behandlingsmetoder, som retter sig mod behandlingen af hørehallucinationer.

# Behandling af stemmehøring

I dette afsnit ses der nærmere på de interventionsmetoder, som kan anvendes i den kognitive behandling af hørehallucinationer. Den kognitive behandling er som tidligere nævnt centreret omkring mestring af symptomet; altså symptomlindring frem for ”helbredelse”, idet det primære mål i den kognitive behandling er at reducere den stress og fortvivlelse, som stemmerne medfører (se Beck et al, 2009, p. 234).

Når der interveneres overfor stemmehøring er det som regel med anvendelsen af flere teknikker eller metoder, der kan sammensættes til en samlet ”behandlingspakke" (Falk, 1998, pp. 122f; Tarrier et al., 2003; Beck et al., 2009, p. 425; Turkington, Sensky, Scott, Barnes, Nur, Siddle, Hammond, Samarasekakara & Kingdon, 2008). Overordnet er der tre hovedstrategier, som kan anvendes; henholdsvis distraktionsstrategier, fokuseringsstrategier samt angstreduktions-strategier. Formålet med dette afsnit er at belyse to af disse strategier eller metoder, som ofte ses beskrevet og vurderet i fag- og forskningslitteraturen; henholdsvis copingstrategimetoden og fokuseringsmetoden. Implicit ses der dog også på angstreduktionsstrategien, idet den kan ses inkorporeret i copingstrategimetoden (jf. afsnit 5.2) (Falk, 1998, p. 122-124; Holm Andersen, 2005, p. 276; Tarrier, 1992, p. 159).

Behandlingsdelens første to afsnit vil imidlertid belyse nogle af de teknikker, som kan anses for at være standardteknikker i kognitiv terapi, hvilke dækker over socialisering til den kognitive terapi, psykoedukation og anvendelsen af en normaliseringsstrategi. Disse tre teknikker vil kort blive belyst, idet de indgår i forskellige variationer i de to ovennævnte metoder, enten i forbindelse med den teoretiske beskrivelse af stemmehøringsbehandling eller i forskningsøjemed (Beck et al., 2009, pp. 241-256; Holm Andersen, 2005, pp. 274f; Tarrier et al., 1993; Turkington et al., 2008). Omdrejningspunktet i det følgende vil derfor primært være en belysning samt sammenligning af copingstrategimetoden og fokuseringsmetoden, idet det ofte vil være her, terapeuten foretager sin prioritering eller vægtning i stemmehøringsbehandlingen. Standardteknikkerne tjener således udelukkende det formål at kunne præsentere og belyse de to ovennævnte metoder samt effekten af kognitiv terapi i afsnit 6.

Efter en præsentation af standardteknikkerne rettes fokus først mod copingstrategimetoden, der består af forskellige afledningsteknikker, samt fokuseringsmetoden, der retter fokus på stemmerne. Som det der igennem antydes, har disse metoder et forskelligt behandlingsrationale, idet distraktionsteknikkerne har til hensigt at fjerne opmærksomheden fra stemmerne, mens den anden teknik retter fokus mod stemmerne. Trods denne modsatrettede behandlingstilgang, anvendes elementer fra begge metoder i de enkelte behandlingstilgange, dog med en forskellig vægtning, som det også ses afspejlet i navnet på de to metoder (Beck et al., 2009, pp. 241-256; Falk, 1998, pp. 126-136; Holm Andersen, 2005, pp. 275-284; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 121-123).

Følgende belysning af de ovennævnte metoder kan derfor anses for at være en stilistisk opdeling, men ikke desto mindre synes denne opdeling nødvendig for at kunne diskutere metodernes styrker og svagheder, og for at kunne diskutere en teoretisk vægtning af disse i relation til behandlingen. Endvidere synes denne opdeling nødvendig for at kunne diskutere effekten af kognitiv terapi i afsnit 6.

## Psykoedukation, normalisering, socialisering

Inden for kognitiv terapi udgør psykoedukation, normalisering og socialisering en række standardmetoder for behandling af forskellige diagnoser og problematikker. Kognitiv behandling af skizofreni og hørehallucinationer er ingen undtagelse, hvorfor der her skal kastes et blik på de tre metoder (Mørch & Rosenberg, 2005, pp. 30-33; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 83-95; Beck et al., 2009, pp. 241-245).

Inden terapien kan begynde, må patienten psykoedukeres eller undervises i sin psykiske lidelse og symptomerne herpå (fx skizofreni, hørehallucinationer og vrangforestillinger) (Beck et al., 2009, pp. 241-244; Lykke, 2006, p. 186; Mørch, 1998, p. 77). Som led i den begyndende psykoedukation, edukeres patienten ligeledes i sårbarheds-stress-modellen, hvilket kan gøres i relation til caseformuleringen, som blev beskrevet i afsnit 4.4. Under psykoedukationen omkring patientens lidelse, stemmehøring og sårbarhedsstressmodellen er det vigtigt at anvende en normaliseringsstrategi. Formålet med strategien er, at patienten skal kunne begynde at se sine reaktioner og symptomer som naturlige konsekvenser af voldsomme og udsædvanlige oplevelser. Endvidere kan terapeuten vælge at fremhæve eksempler på, at individer, som ikke har fået stillet en diagnose eller har ”mindre” alvorlige diagnoser, også kan opleve stemmehøring (jf. afsnit 2.2). Normaliseringsstrategien skulle gerne medvirke til en afdramatisering af hørehallucinationerne og en destigmatisering af patienten. Desuden kan normaliseringsrationalet være med til at sætte en proces i gang, som indebærer en undersøgende tilgang til stemmerne, og som senere kan understøtte alternative forklaringer på stemmerne, hvilket også er et led i behandlingen i fokuseringsmetoden (jf. afsnit 5.3) (Beck, 2009, pp. 242f; Holm Andersen, 2005, p. 275).

Psykoedukationen rummer forskellige andre emneområder foruden hørehallucinationer og vrangforestillinger. Typiske emner af relevans i forbindelse med stemmehøringen er mulige udløsende faktorer, så som misbrug, søvnmangel og angst. Ved at skabe større indsigt i årsagerne til stemmehøringen hjælper terapeuten med at normalisere stemmehøring og mindske stigma forbundet med hørehallucinationerne. Det kan ligeledes være frugtbart at snakke om overbevisninger:

…it can be helpful to discuss how firmly held beliefs can still be wrong by discussing commonly held childhood beliefs about Santa Claus and the tooth fairy. Part of the discussion should highlight the extent to which changing these beliefs is normal once we come to recognize them as wrong. (Beck et al., 2009, p. 244)

I takt med diskussionen af overbevisninger, er det oplagt at påbegynde en socialisering til den kognitive model. Socialisering er en indføring i den kognitive terapis metoder og rationalet bag disse (fokus på sammenhængen mellem tanker, følelser og adfærd, og hvordan vurderinger og overbevisninger påvirker oplevelsen af stemmehøring). Det er endvidere vigtigt, at patienten forstår, hvorfor en given metode anvendes, fx til at opnå indsigt, opbygge nye færdigheder eller fremme hensigtsmæssig adfærd (Beck et al., 2009, p. 244f; Lykke, 2006, p. 186; Mørch, 1998, p. 77; Rosenberg, 1998, p. 42).

Patienten skal ligeledes socialiseres eller tilvænnes til den kognitive terapiform (Rosenberg, 1998, p.42). Dette gøres mest hensigtsmæssigt ved at eksemplificere terapiens fremgangsmåde med udgangspunkt i de aktuelle problemer, som klienten fremlægger (Rosenberg, 1998, p.42) Gældende for såvel psykoedukation som socialisering til modellen er, at det er en vedvarende proces gennem hele terapiforløbet (ibid., p.43).

## Copingstrategier

Som nævnt i afsnit 2.2 er stemmehøring som regel ufrivillig, idet patienten ikke har kontrol over, hvornår stemmerne opstår eller forsvinder igen. Endvidere kan stemmerne have et negativt indhold, hvor de kommanderer og taler nedsættende om eller til patienten. Den manglende kontrol og det negative indhold i stemmerne gør dem meget lidelsesfulde for patienten, hvilket skaber et behov for måder, hvorpå patienten kan lære at mestre stemmehøringen og de negative konsekvenser, de medfører (Holm Andersen, 2005, pp. 275f).

En måde at hjælpe patienten med at mestre stemmehøringen på er ved hjælp af distraktionsteknikker eller de såkaldte copingstrategier. Som nævnt indgår de som en udbredt strategi i behandlingen af hørehallucinationer. (Beck et al., 2009, pp. 241-256; Falk, 1998, pp. 126-136; Farhall, 2007, pp. 484f; Holm Andersen, 2005, pp. 275-284; Kingdon & Turkington, 2005, pp. 121-123; Tarrier, 1992, p. 152). Nedenfor ses der nærmere på, hvordan copingstrategier er blevet implementeret i den kognitive behandling.

### Implementeringen af copingstrategier i KAT

Implementeringen af copingstrategier som en metode eller teknik i behandlingen af stemmehøring er forekommet på baggrund af tidligere undersøgelser, der fandt videnskabelig evidens for, at skizofrene med hørehallucinationer kunne tilegne sig copingstrategier. Den copingadfærd, som undersøgelserne fandt hos stemmehørerne, var selvinitierede copingstrategier i forsøget på at mestre deres symptom (Farhall et al., 2007, p. 476). Coping kan i denne sammenhæng defineres som en kognitiv eller adfærdsmæssig bestræbelse på at mestre et symptom eller mindske den emotionelle stress, det medfører, uden hjælp fra familie eller professionelle behandlere (Farhall, 2007, pp. 484f; Tarrier, 1992, p. 152).

Et review foretaget af Farhall, Greenwood & Jackson (2007) viser, at der på tværs af 14 undersøgelser, som har undersøgt ”naturlig” coping blandt skizofrene med stemmehøring, er mellem 71-100 %, som anvender selvinitierede copingstrategier, og yderligere fandt 5 af disse undersøgelser, at de anvender mellem 2-18 strategier pr. person (Farhall, 2007, p. 478). På baggrund heraf synes der således at være et stort antal stemmehører, som selv anvender copingstrategier og yderligere, at de som et minimum kan siges at anvende 2 copingstrategier i forsøget på at mestre deres stemmer.

Det store spænd i antallet af copingstrategier virker dog påfaldende. Ifølge Farhall et al. (2007) kan variationen skyldes forskellen på undersøgelsernes metodiske tilgang og kvalitet. Eksempelvis kan der ses en stor variation i spørgeteknikken, som bliver anvendt i de forskellige undersøgelser. Dette kan tænkes at yde indflydelse på forekomsten af copingadfærd, idet undersøgelsesdeltagerne angav flere copingstrategier, når de blev præsenteret for en liste med forskellige typer af coping end ved mere åbne spørgsmål (Farhall et al., 2007, p. 478). Dette kommer også til udtryk i undersøgelsernes divergerende specificitet af copingstrategier fra helt konkrete typer til mere overordnede strategier. Endvidere er der kun to undersøgelser, som undersøger, om deltagerne har tilegnet sig copingstrategierne alene eller med hjælp fra professionelle og familie, hvilket synes at være en særdeles vigtig variabel at tage højde for, idet den indgår i definitionen af de ”naturlige” copingstrategier. Den største undersøgelse, som tog højde for tilegnelsen af selvinitierede copingstrategier, inkluderer imidlertid 200 undersøgelsesdeltagere, hvoraf det fremgår, at 50 % af undersøgelsesdeltagerne anvendte naturlig coping (Farhall et al., 2007, pp. 477-479).

På trods af undersøgelsernes divergerende metodiske tilgang og kvalitet har forekomsten af selvinitierede copingstrategier hos skizofrene patienter med positive symptomer dannet grundlag for implementeringen af copingstrategier i behandlingen af stemmehøring. Årsagen hertil er primært evidensen for, at patienterne kan *tilegne* sig copingstrategier. I det følgende ses der nærmere på Coping Strategy Enhancement metoden (CSE).

### CSE metoden

CSE er oprindeligt udviklet af Tarrier (1992) som en metode i behandlingen af psykotiske symptomer generelt men anvendes herunder også til stemmehøring (Falk, 1998, p. 126; Yusupoff & Tarrier, 1996, pp. 86f). I det følgende belyses metodens rationale, fremgangsmåde og typer af copingstrategier, og afslutningsvist præsenteres en teknik, som anvendes til opøvning af patientens problemløsningsfærdigheder. Denne teknik er blevet implementeret i en nyere udgave af CSE, der også indgår i behandlingsmetoden i forskningsøjemed.

CSE er en pragmatisk metode, idet formålet er at styrke patientens hensigtsmæssige copingstrategier ved at tage udgangspunkt i de strategier, som patienten anvender i forvejen. Dog bygger metoden på den almene kognitive model, der foreskriver, at et givent problem eller symptom altid vil afføde nogle emotionelle, fysiologiske, kognitive og adfærdsmæssige reaktioner, som kan være med til at forstærke og vedligeholde problemet eller symptomet (Yusupoff & Tarrier, 1996, pp. 88f).

Formålet med CSE er derfor også at mindske de dysfunktionelle reaktions- og handlemåder, som knytter sig til stemmehøringen (Yusupoff & Tarrier, 1996, pp. 88f): *”En patient, der f.eks. altid adlyder stemmerne, fordi han tror, de slår ham ihjel, hvis ikke han gør det, får aldrig afkræftet denne antagelse, på samme måde som angstpatienten, der er sikker på, hun var besvimet, hvis hun ikke havde sat sig ned.”* (Falk, 1998, p. 126) Citatet afspejler en sikkerhedssøgende adfærd, der giver stemmen stor kontrol over patienten og vækker angst hos patienten. I stedet for at adlyde kan patienten vælge en anden strategi, som eksempelvis at ignorere eller vende opmærksomheden bort fra stemmerne. Herigennem kan patienten blive bekræftet i, at stemmen ikke har den magt, som patienten antager, hvilket igen kan nedsætte den angst, som er forbundet med stemmehøringen. Tanken med CSE er således at erstatte de uhensigtsmæssige strategier med mere hensigtsmæssige, der kan være med til at reducere de negative følelser og herigennem nedsætte frekvensen, intensiteten og varigheden af symptomet (Yusupoff & Tarrier, 1996, pp. 88f).

Behandlingen er ikke direkte rettet mod stemmernes indhold eller patientens tanker og forestillinger om dem, som det gøres i fokuseringsstrategimetoden, idet det primære fokus er på funktionsforbedring og opnåelse af kontrol over stemmerne gennem distraktion og angstreduktion. Det kan dog indgå som en mulig intervention, at fokusere på forbindelsen mellem stemmernes indhold og de temaer, som de afspejler, hvis patienten er motiveret for det. Der indgår endvidere også en normaliseringsstrategi i CSE i tråd med afsnit 5.1 (Yusopoff & Tarrier, 1996, pp. 88-90). I det følgende vil der dog blive fokuseret på den del, der vedrører copingstrategierne, hvilket også er det primære formål med metoden.

#### Fremgangsmåde og typer af coping

Foruden psykoedukation, en normaliseringsstrategi og socialisering til metoden består behandlingen først og fremmest i en kognitiv analyse, der dels skal identificere de copingstrategier, som patienten allerede benytter, og dels skal bruges til at undersøge de faktorer, som er med til at aktivere, forstærke og vedligeholde symptomet. Hertil kan anvendes KAH, som blev beskrevet i afsnit 4.3.3.3. Herigennem kan det kortlægges, hvilke aktiviteter eller situationer, som øger stemmehøringen og stressniveauet, og hvilke strategier patienten kan anvende i stedet for. Jf. afsnit 3.3.3 er det væsentligt at bemærke, at terapeuten ligeledes bør identificere uhensigtsmæssige copingstrategier, som bærer præg af sikkerhedssøgende adfærd, der i modsætning til mere hensigtsmæssige copingstrategier kan være med til at forstærke stemmehøringen (jf. eksemplet i afsnittet ovenfor). Der arbejdes således med tankerne i form af realitetstestningen og adfærdseksperimenter samt en sokratisk dialog, der kan være med til at undersøge, om stemmerne reelt gør skade på patienten, hvis ikke han adlyder. Terapeuten bør derfor søge at afdække konsekvenserne af tankerne med patienten og reducere den uhensigtsmæssige adfærd samt forstærke de hensigtsmæssige copingstrategier i terapiforløbet. Under terapien skal patienten trænes i sine hensigtsmæssige copingstrategier, som efterfølgende skal automatiseres og indgå som en integreret del af patientens copingrepertoire i eget miljø (Beck et al., 2009, p. 255; Falk, 1998, pp. 126f; Holm Andersen, 2005, p. 277; Tarrier, 1992, pp. 156-159; Yusopoff & Tarrier, 1996, pp. 88f, 97).

Det har ikke været muligt at finde undersøgelser, der belyser effekten af antallet af copingstrategier ved hjælp af CSE, men reviewet af Farhall et al. viser blandede resultater i forhold til virkningsfuldheden af få kontra flere naturlige copingstrategier. På baggrund af reviewet synes tendensen dog at være, at copingstrategierne er mest effektive, når der anvendes flere. Dog kan de divergerende resultater indikere, at det både kan være gavnligt med en vedvarende anvendelse af få effektive strategier i tillæg med et stort repertoire af copingstrategier at vælge imellem (Farhall et al., pp. 480f). I figur 5 er der opstillet en oversigt over de strategier, som kan anvendes, hvilke overvejende er kognitive og adfærdsmæssige teknikker suppleret med fysiologiske og sensoriske teknikker. Opstillingen er udarbejdet med udgangspunkt i CSE metoden, der yderligere er opdelt, udbygget og eksemplificeret på baggrund af fagrelevant litteratur (Beck et al., 2009, pp. 245-246; Farhall et al., 2009, p. 479f; Holm Andersen, 2005, pp. 276f; Tarrier, 1992, p. 156):

**Figur 5: Oversigt over copingstrategier**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Teknikker | Beskrivelse | Strategi |
| Anvendelsen af Ipod eller walkman | Musik stimulerer patienten direkte i ørerne gennem hørertelefoner | Kognitiv  Sensorisk  (distraktion) |
| Sansningsmæssig modstimulering | Se tv, spille computer, høre radio etc. | Sensorisk  (distraktion) |
| Distraktion via aktivitet | Arbejdsmæssige, huslige eller kreative aktiviteter | Kognitiv  Adfærd  (distraktion) |
| Øget social aktivitet |  | Adfærd  (distraktion) |
| Nedsat social aktivitet |  | Fysiologisk  (angstdæmpende)  (distraktion) |
| Øget fysisk aktivitet | Alle former for motion eller sport | Adfærd  (distraktion) |
| Vokalisering eller subvoka-lisering | Tælle, regne, recitere, læse højt, synge, nynne etc. | Kognitiv |
| Øreprop | (Kun i det ene øre) | Sensorisk |
| Tankestop | Patienten instrueres først i at afbryde stemmehøringen på terapeutens kommando (”stop”), siden på egen hånd gradueret fra høj til ikke-hørbar stemme | kognitiv |
| Visualisering | Patienten trænes i at ”udskifte” den hallucina-toriske oplevelse med en visualisering (med så mange detaljer som muligt) af en på forhånd udvalgt og emotionelt positiv, reel oplevelse / situation fra sin egen erfaringsverden | Kognitiv |
| Lægge sig til at sove |  | Adfærd |
| Afslapningsøvelser |  | Fysiologisk  (angstreduktion) |
| Vejrtrækningsøvelser |  | Fysiologisk  (angstreduktion) |

(Egen fremstilling på baggrund af Farhall et al., 2007, p. 479; Holm Andersen, 2005, pp. 276f; Tarrier, 1992, p. 159).

De ovennævnte strategier kan som nævnt anvendes i relation til de faktorer eller forhold, som udløser, forstærker eller vedligeholder stemmerne. Stemmehøringen aktiveres eksempelvis ofte ved anspændthed, angst eller stress, hvorfor det kan være hensigtsmæssigt, at anvende afslapningsøvelser eller vejrtrækningsøvelser, når patienten oplever disse fysiologiske eller emotionelle reaktioner i forbindelse med sin stemmehøring (Falk, 1998, pp. 127f).

Det kan også være bestemte former for aktivitet eller samvær, der aktiverer stemmerne, på samme måde som isolation kan udgøre en udløsende faktor i forhold til stemmehøringen. I disse situationer kan det være hensigtsmæssigt enten at udvide eller undgå bestemte aktiviteter og interaktioner alt afhængig af den situation, der udløser stemmen. Det er særligt i forhold til disse faktorer, at det kan afgøres, om det er en decideret sikkerhedssøgende adfærd. Hvis patienten fx søger isolation for at undgå stemmerne, og dette forøger stemmehøringen, kan det kategoriseres som en sådan (Beck et al., 2009, p. 255).

Hvis patienterne konstant plages af deres stemmer, kan det være hensigtsmæssigt at anvende distraktionsteknikker frem for at interagere med stemmerne (Falk, 1998, pp. 127f). Ovenstående teknikker består primært i distraktion, hvilket vil sige, at patientens opmærksomhed vendes bort fra stemmehøringen, eller der lægges beslag på patientens opmærksomhed. Rationalet er, at patienten gennem distraktion flytter sin opmærksom til aktiviteter, der kan medvirke til mere positive tanker og emotionelle reaktioner og dermed nedsætte stressen forbundet med stemmehøringen (Holm Andersen, 2005, pp. 276f).

Ældre eksperimentelle studier, der har undersøgt effekten af de individuelle strategier, viser, at de auditive teknikker (pkt. 1 og 2 i figur 4) kan være med til at nedsætte frekvensen af stemmehøringen. Især anvendelsen af Ipod eller walkman har vist sig effektiv, og derudover er denne strategi mere socialt acceptabel end fx at synge eller nynne (vokalisering). Endvidere kan distraktionsaktiviteter ligeledes nedsætte frekvensen, mens tankestop kan medvirke til at reducere varigheden af stemmehøringen. Herudover har vokalisering og subvokalisering i nogle tilfælde vist sig at kunne hæmme stemmehøringen (Holm Andersen, 2005, pp. 277f; Farhall et al., 2007, pp. 481f). Reviewet af Farhall et al. (2007), der dels har vurderet effekten af de naturlige copingstrategier og de enkelte teknikker, viser dog, at det er meget individuelt, hvilke strategier, der er effektive for den enkelte patient. Derfor bør behandlingen også sikre, at der skræddersyes et personligt sæt af copingstrategier til patienten, som kan afprøves og overindlæres, så de bliver effektive.

### Træning i problemløsningsfærdigheder

Som en konsekvens af patientens sygdom og de kognitive dysfunktioner, som blev berørt i afsnit 3.3.1.1, kan patienten have svært ved at løse praktiske problemer i dagligdagen. Formålet med træningen i problemløsningsfærdigheder er at oparbejde en færdighed i at lave systematisk problemløsning. Rationalet bag anvendelsen af denne metode er at hjælpe patienten med at håndtere hverdagsproblemer, som kan føre til stress og frustration og dermed potentielt udløse stemmehøring (Tarrier et al., 1993, pp. 526f).

I terapien tages der udgangspunkt i konkrete situationer fra patientens dagligdag, der skaber problemer for patienten, hvorefter der findes flere alternative løsninger, der kan hjælpe til at løse problemerne. Efterfølgende evalueres brugbarheden og det mulige udfald af disse løsninger for hvert problem. Den løsning, som synes mest hensigtsmæssig, implementeres som en problemløsningsstrategi og udføres i løsningen af det konkrete problem, hvorefter udfaldet evalueres. Hvis løsningen i praksis giver et uønsket udfald, erstattes den af andre løsningsforslag. I træningen tages der først udgangspunkt i ”lette” problemer, som efterfølgende gradvist kan indebære sværere problemstillinger, der vedrører stemmehøringen. Når strategien er opøvet i terapien, kan patienten anvende problemløsningsstrategierne selv, hvor resultaterne heraf løbende vil blive evalueret i terapien (Tarrier et al, 1993, pp. 526f).

## Fokusering

Udover de introducerede metoder kan terapeuten vælge at rette fokus på indholdet af stemmerne, hvilket kan anses for at være en kausal behandlingsmetode. Som det blev fremhævet i afsnit 3.3.2 og 3.3.3. anses stemmerne for at afspejle de negative automatiske tanker og de antagelser, som patienten har om sig selv og andre (skemata) og er ofte et udtryk for de bekymringer eller kritiske livsomstændigheder, der gør sig gældende i patientens liv; altså faktorer, der også bidrager til dannelsen af hørehallucinationer. Indholdet af stemmerne er som nævnt ofte nedgørende, krænkende og kritisk, hvilket kan medføre en stor fortvivlelse samt negative følelser som vrede og angst.

Rationalet bag denne tilgang er at undersøge og udforske indholdet af stemmerne for herigennem at drage tvivl om det, som stemmerne ytrer og samtidig reducere den negative indflydelse, som stemmerne har på patienten. Endvidere undersøges patientens antagelser om stemmernes identitet, formål, om de anses for at være gode eller onde samt almægtige og alvidende. I undersøgelsen af disse aspekter anvendes de kognitive teknikker, som ligeledes anvendes i standard kognitiv terapi, hvor stemmernes udtalelser (tankerne) identificeres, undersøges, testes og korrigeres gennem en sokratisk dialog (Beck et al., 2009, pp. 246f, Falk, 1998, p. 131; Holm Andersen, 2005, p. 278; Kingdon & Turkington, 2005, p. 121).

I behandlingen af stemmer bør terapeuten 1) fokusere på indholdet af stemmerne, 2) fokusere på de vrangforestillinger, som patienten har om sine stemmer, og 3) fokusere på de underliggende og selvevaluerende antagelser, som ligger til grund for stemmerne. Beck et al. (2009) bemærker imidlertid, at et godt udgangspunkt i behandlingen af stemmehøring, er at introducere simple copingstrategier og reducere sikkerhedssøgende adfærd jf. CSE, idet denne tilgang ligger i forlængelse af patientens egen måde at håndtere stemmehøringen på (jf. afsnit 5.2) (Beck et al., 2009, p. 245). De tre ovennævnte kognitive områder vil imidlertid udgøre omdrejningspunktet i det følgende.

### Fokusering på stemmernes indhold

Ved hjælp af KAH, BAVQ-R og registreringsskemaet, som blev anvendt i det indledende assessment, har terapeuten på forhånd dannet sig et indtryk af stemmernes karakteristika og sammenhængen mellem stemmernes indhold og de følelser og handlinger, der udløses i en konkret situation med stemmehøring. Endvidere har terapeuten indhentet information om de overbevisninger, som patienten har om sine stemmer. Med udgangspunkt i et registreringsskema eller ved hjælp af et nyt registreringsskema skal patienten alene eller sammen med terapeuten identificere og nedskrive det, som stemmerne siger. Idet stemmerne ofte afspejler en bekymring eller negativ, dysfunktionel antagelse, der er omdannet til kritiske stemmer, skal terapeuten ligeledes hjælpe patienten til at identificere de kognitive forvrængninger, der kommer til udtryk gennem stemmernes indhold (Beck et al., 2009, p. 248). Som det fremgår af eksemplet i nedenstående figur, afspejler den kognitive forvrængning i stemmens indhold (”du kan ikke gøre noget som helst rigtigt) en ekstrem sort-hvid-tænkning:

Figur 6: Modificeret tankeregistreringsskema

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Situation | Stemmens indhold | Følelse  Reg. | Beviser for indhold | Beviser mod  indhold | Alternative  tanker | Følelse  Reg. |
| Skal lave af-tensmad til en god ven, og har glemt at købe en ingrediens, der skal bruges i retten | **Tanker:**  ”Jeg kan heller aldrig gøre no-get som helst rigtigt; jeg er en idiot”.  \*\*\*  **Stemmer:**  ”Du kan ikke gøre noget som helst rigtigt; du er en idiot; du er uduelig”. | Trist:  7 | ”Der står i opskriften, at ingrediensen skal bruges”.  \*\*\*  ”Jeg havde lavet en ind-købsseddel.”  \*\*\*  ”Jeg har planlagt middagen så længe” | ”Det er før-ste gang, at jeg skal lave denne ret”.  \*\*\*  ”Den kom-mer måske til at smage okay.”  \*\*\*  ”Jeg har en tendens til at ville gøre tingene perfekt”. | ”Jeg kan prøve at lave retten alligevel”.  \*\*\*  ”Den kommer sikkert til at smage fint.” | Trist  0 |

(Egen fremstilling på baggrund af Beck et al., 2009, p. 248).

I forbindelse hermed registreres de følelser, som antagelsen medfører. Ved hjælp af beviser for og i mod undersøger terapeuten og patienten sandhedsværdien i stemmens udsagn og den kognitive forvrængning. Efterfølgende findes der alternative måder, hvorpå patienten kan anskue det, som stemmen ytrer, hvilket kan generere en reducering af de negative følelser forbundet med stemmens indhold. Det er vigtigt, at overbevisningen om stemmernes indhold samt intensiteten af følelserne registreres før og efter indsamlingen af beviser, idet dette indgår som en konkret måde at illustrere, de ændrede reaktioner, som nye antagelser om stemmernes indhold medfører (Beck et al., 2009, pp. 248f).

Indholdet af stemmerne kan også omhandle tidligere handlinger i fortiden, som patienten skammer sig over. På samme måde som i ovenstående eksempel undersøges rigtigheden af stemmernes udsagn, idet alternative og mere funktionelle antagelser bliver sat i stedet (Beck et al., 2009, p. 249).

#### Stemmernes almagt og alvidenhed

Indholdet af stemmerne kan også have en truende karakter, hvor stemmerne vil gøre fysisk skade på patienten eller få patienten til at skade sig selv, hvis han ikke handler i overensstemmelse med stemmerne. Som ovenfor registreres den kommanderende stemme, hvorefter terapeuten undersøger, om patienten tidligere har oplevet begivenheder, der skulle underbygge stemmens magt i kraft af, at stemmen har fået den uønskede trussel til at blive til virkelighed. Herefter undersøges først de beviser, der underbygger *konsekvenserne* ved ikke at adlyde og derefter finde *fordelene* ved ikke at adlyde stemmen og *ulemperne* ved adlyde. Efterfølgende evalueres de beviser, som patienten anser for at understøtte, at stemmen har magt og dermed kan få truslen til at blive virkelighed. På samme måde som ovenfor undersøges de fordele og ulemper, der ses ved ikke at adlyde og ved at adlyde stemmen (Beck et al., 2009, pp. 250f; Holm, 2005, p. 280).

Efterfølgende tages der udgangspunkt i situationer, hvor patienten trodser stemmen, idet tankerne undersøges, testes og erstattes med alternative tanker. Det er vigtigt, at der i forbindelse med identificeringen af stemmens kommanderende indhold også ses på, hvordan patienten håndterer stemmens befalinger og succesfuldt formår at modsætte sig stemmen, idet der kan bygges videre på denne strategi. Som led i ændringen af patientens antagelser og reaktioner på stemmens indhold bør der iværksættes en copingplan, der kan træde i kræft, så som at ringe til nogen, se fjernsyn, eller lignende. Patienten skal også registrere de succesoplevelser, han får ved at trodse stemmen, for herigennem at opbygge troen på egne evner. Der kan ligeledes anvendes et huskekort som kan bruges til at minde patienten om de beviser, der er for, at stemmen ikke har magt (Beck et al., 2009, pp. 250f; Holm, 2005, p. 280).

Som anført ovenfor kan terapeuten på samme måde teste og undersøge stemmens alvidenhed. Der kan her tages udgangspunkt i de tilfælde, hvor stemmen har taget fejl eller ved at opstille eksperimenter i form af specifikke forudsigelser, som kan teste stemmens alvidenhed (Holm Andersen, 2005, pp. 280f).

Patientens antagelser om stemmernes magt og alvidenhed indebærer ofte vrangforestillinger om stemmernes identitet og deres styrke. Dette ses der nærmere på i det følgende.

### Vrangforestillinger om stemmerne

Som det blev nævnt i afsnit 3.3.3 har patienterne som regel udviklet nogle vrangforestillinger, der udgør en forklaringsramme for deres stemmer, hvilke ofte kan have større betydning for de emotionelle og adfærdsmæssige reaktioner end selve indholdet af stemmerne (Chadwick & Birchwood, 1994; Birchwood & Chadwick, 1997).

Beck et al. bemærker, at indholdet af stemmerne ofte kan fungere som en yderligere bevisførelse for de antagelser, som patienten har om sine stemmer, hvilket intensiverer betydningen og vigtigheden af stemmen. Det kognitive arbejde med nye antagelser om stemmens indhold kan gøre det lettere at arbejde med vrangforestillingerne om stemmerne (Beck et al., 2009, p. 253).

De vrangforestillinger, der vedrører stemmerne, reflekterer ofte patientens antagelser om stemmernes identitet, magt og kontrol, der på samme vis som indholdet af stemmerne kan medføre negative følelser (fx Gud, djævelen eller afdøde familiemedlemmer). Eksempelvis kan vrangforestillingerne om stemmernes identitet medføre større angst og bekymring, hvis det er djævelen, der kommer med ondsindede bemærkninger (fx du er djævelens søn), end vis det er en bekendt. Ved at undersøge og udvikle alternative forklaringer på stemmernes identitet og oprindelse kan dette medføre en reducering i de negative følelser. I de tilfælde, hvor stemmens identitet tillægges en positiv betydning og afføder en positiv reaktion (fx Gud, en engel eller en afdød ægtefælle) kan terapeuten undlade at rette opmærksomhed på vrangforestillingen. I stedet kan det være hensigtsmæssigt at afdække de underliggende følelser som fx ensomhed og magtesløshed, som stemmerne kompenserer for (Beck et al., 2009, pp. 252f; Holm Andersen, 2005, p. 281).

I mange tilfælde oprinder stemmerne fra traumatiske livsbegivenheder, der bliver holdt i live gennem stemmehøringen. Ved at undersøge patientens antagelser om formålet med sine stemmer, kan terapeuten hjælpe patienten med at finde alternative forklaringer, der kan underminere den livlige tilstedeværelse af stemmerne. Gennem normaliseringsstrategien kan terapeuten diskutere betydningen af de traumatiske oplevelser og de følelsesmæssige konsekvenser, som de medfører. Eksempelvis kan patienten have en vrangforestilling om, at han bliver straffet af Gud for onde handlinger, han har gjort i fortiden. Gennem en forsigtig udførelse af den sokratiske dialog kan terapeuten og patienten undersøge betydningen af patientens antagelser om de onde gerninger, som han bliver straffet for, finde beviser for og i mod disse antagelser og slutteligt finde alternative forklaringer. En del af omstruktureringen af patientens tanker er ligeledes, at øge indsigten i, at stemmerne er et udtryk for patientens egne tanker om sig selv i forbindelse med de traumatiske begivenheder, der er fundet sted i patientens liv (Beck et al., 2009, pp. 252f; Holm Andersen, 2005, p. 281).

Endvidere kan patientens vrangforestillinger om stemmernes magt eller alvidenhed testes og efterprøves, som det blev beskrevet i ovenstående afsnit. Yderligere kan patienten anvende de copingstrategier, som synes virkningsfulde i forhold til at lindre stemmehøringen, idet lindringen kan være med til at underminere stemmernes magt, fx i form af tankestop, se tv eller gå en tur. Det giver omvendt mere magt til patienten (Beck et al., 2009, pp. 253f; Holm Andersen, 2005, p. 281).

### Underliggende og selvevaluerende antagelser

I den kognitive behandling af stemmerne bør terapeuten endvidere rette fokus mod patientens skemata. Skemata aktiveres som nævnt tidligere i kritiske situationer, hvilket medfører negative tanker i form af selvkritik og negativ selvsnak, der bliver omdannet til stemmehøring. I undersøgelsen af stemmernes indhold og vrangforestillinger om stemmerne, bør terapeuten jf caseformuleringen identificere de dysfunktionelle antagelser, som skaber temaerne i stemmeindholdet og antagelserne om stemmerne (Beck et al., 2009, pp. 254f; Holm Andersen, 2005, p. 283).

De dysfunktionelle antagelser om stemmernes almagt, alvidenhed og kontrol afspejler ofte patientens egen følelse af magtesløshed og sårbarhed i relation til andre mennesker i patientens liv (jf. afsnit 3.3.3). Med udgangspunkt i patientens livshistorie og livsvilkår kan der foretages en undersøgelse af patientens skemata og dysfunktionelle antagelser om sig selv og andre. Der skabes herigennem en forbindelse mellem patientens livshistorie, skemata og patientens stemmer, som er med til at fastholde stemmehøringen og de problemer eller vanskeligheder, patienten har. Til at skabe denne sammenhæng kan registringsskemaet i figur 6 anvendes samt en pil-ned-teknik, der er et redskab til at komme ned i patientens dysfunktionelle antagelser og skemata (Beck et al, 2009, pp. 254f; Holm Andersen, 2005, p. 283; Rosenberg, 1998, p. 47). Herigennem kan der arbejdes med patientens antagelser om sig selv og foretages en kognitiv omstrukturering af de dysfunktionelle skemata. Denne interventionsform anvendes også i behandlingen af vrangforestillinger, som tillige blev behandlet i ”Kognitiv behandling af vrangforestillinger (jf Rise, 2009, pp. 27-31).

Med udgangspunkt i de kognitive behandlingsmetoder, ser der i det følgende nærmere på de styrker og svagheder, som metoderne har.

## Diskussion af behandlingsmetoderne

CSE og fokuseringsmetoden, som er blevet beskrevet ovenfor, anlægger et divergerende fokus i behandlingen af stemmehøring, idet CSE er en pragmatisk metode, der skal understøtte og øge patientens evne til at håndtere stemmehøringen ved hjælp af forskellige copingstrategier, der primært indebærer en afledning fra symptomet. Fokuseringsmetoden er snarere en kausal metode, idet den fokuserer på stemmernes indhold, vrangforestillingerne om stemmerne og patientens skemata og underliggende antagelser, som kommer til udtryk gennem stemmehøringen og som også ligger til grund for dannelsen af hørehallucinationerne. Rationalet er imidlertid ens for begge metoder, idet formålet primært er symptomlindring og angstreduktion.

En stor styrke, der kan ses ved CSE, er, at den tager udgangspunkt i patientens naturlige måde at håndtere sin stemmehøring på, idet metoden hjælper til at systematisere, de erfaringer patienten i forvejen har med sine copingstrategier. På baggrund af en grundig kognitiv analyse identificeres og reduceres de uhensigtsmæssige strategier, som synes at øge stemmehøringen eller ikke viser sig effektive. Omvendt bliver de strategier, der synes hensigtsmæssige, systematiseret og optrænet i relation til de specifikke situationer, hvor patienten oplever en øget stress eller angst. Yderligere opbygges patientens problemløsningsfærdigheder, som foruden en øget symptomhåndtering, kan hjælpe patienten til at løse de problemer, som opstår i forbindelse med sin stemmehøring. I teorien synes CSE således let at implementere, idet funktionsbedringen ligger i forlængelse af patientens egen tilgang til sine problemer og symptomer.

I modsætning hertil indebærer fokuseringsstrategien et fokus på de bagvedliggende årsager til patientens stemmehøring. Som nævnt i afsnit 4.1. kan det være meget angstprovokende for patienten, at tale om stemmerne og rette intensivt fokus på disse frem for at distancere sig fra dem. Det gælder især, hvis indholdet af stemmerne er truende og skræmmende. Desuden kan det medføre et ubehag og vække stor modstand at fortolke stemmerne som indre-genererede, især hvis indholdet er i modstrid med deres eget selvbillede (Falk, 1998, p. 138). Som det blev fremhævet i afsnit 3.3.2.3, kan stemmerne tjene en beskyttende faktor i forhold til skemata og overfor ubærlige følelser og manglende selvværd eller direkte udgøre en kompensation på disse områder gennem grandiose og megalomane vrangforestillinger om stemmerne.

Mange af copingstrategierne eller teknikkerne i CSE er netop rettet mod en afledning fra stemmerne for at reducere den angst, der er forbundet med stemmerne, hvilket i praksis gør CSE mindre angstprovokerende og mere pragmatisk i sin anvendelse end fokuseringsmetoden. Dog kan det være vanskeligt at anvende copingstrategierne i forhold til de patienter, som har en positiv opfattelse af deres stemmer, og som betragter stemmerne som en vigtig informator. Copingstrategierne vil her være i direkte modstrid med deres egen fortolkning af stemmernes tilstedeværelse, hvorfor de sandsynligvis vil være mindre villige til at lade sig aflede fra stemmerne i modsætning til de patienter, som oplever stemmehøringen som generende og fortvivlende (Falk, 1998, p. 130).

En fordel ved fokuseringsstrategien er, at den i sin kausale tilgang skaber en sammenhæng mellem de traumatiske oplevelser og patientens skemata og dysfunktionelle antagelser, som ligger til grund for stemmehøringen. Herigennem kan fokuseringsstrategien i teorien antages, at være mere langtidsholdbar, såfremt der opnås succes med at skabe sygdomsindsigt og foretage en omstrukturering af patientens antagelser og vrangforestillinger om stemmerne i den grad, det er muligt. Omvendt kan CSE antages at være mindre holdbar, idet den ikke skaber en ændring i patientens skemata og vrangforestillinger, og heller ikke direkte har til formål at ændre patientens antagelser om, at stemmerne udgør ekstern kilde men et indre-genereret symptom (Yusopoff & Tarrier, 1996, pp. 89f). Et andet problem, som kan tænkes at yde indflydelse på effekten af CSE, er, at patienten grundet sine formelle tankeforstyrrelser (jf. afsnit 3.3.1.1) sandsynligvis vil have svært ved at indlære og fastholde teknikkerne med en risiko for, at patienten vil vende tilbage til de uhensigtsmæssige strategier. Dog er en vigtig del af fremgangsmåden i CSE en grundig optræning af copingstrategierne, således at der forekommer en overindlæring af strategierne. Yderligere kan det tænkes, at en opfriskning af copingstragierne vil kunne medvirke til en genoptagelse af teknikkerne.

Som nævnt indgår der et element af fokus på stemmernes indhold og optræning af copingstrategier i begge metoder, hvor fokuseringsstrategien betoner fokus på stemmernes indhold, og CSE betoner copingstrategierne. I relation til behandling kan det, som Beck et al. (2009) bemærker, være hensigtsmæssig at tage udgangspunkt i copingstrategierne, idet der herigennem opbygges nogle strategier til at håndtere stemmerne og samtidig elimineres uhensigtsmæssig og sikkerhedssøgende adfærd, som kan fastholde patienten i sine antagelser om stemmerne. En direkte fokusering på stemmernes indhold og vrangforestillinger kræver desuden en god samarbejdsrelation (jf. afsnit 4.1), som muligvis kan styrkes ved at tage udgangspunkt i CSE, der hurtigt kan vise effekt og ligger naturligt for patienten. Omvendt synes CSE alene ikke at give en langtidsvirkende effekt, som det kan antages at forkuseringsmetoden vil gøre, teoretisk set. Dog kan en reducering af stemmerne og angsten forbundet hermed på kort sigt også tænkes at være gavnlig, hvis patienten plages af en konstant stemmehøring.

I afsnit 6 vil der blive set nærmere på effekten af de to metoder, som kognitive behandlingsmetoder overfor stemmehøring ved skizofreni.

## Opsummering

I besvarelsen af problemformuleringens andet spørgsmål er der blevet set nærmere på de kognitive metoder, som kan anvendes i behandlingen af stemmehøring. Der er her blevet taget udgangspunkt i CSE metoden og fokuseringsmetoden. De to metoder indebærer almene kognitive teknikker, så som psykoedukation, en normaliseringsstrategi samt socialisering til den kognitive model, der en indføring i den kognitive terapis metoder og rationalet bag disse. Psykoedukation og normalisering anvendes til at give patienten en øget sygdomsindsigt og herigennem nedsætte den stigmatisering, som ofte er en følge af skizofrenien og de invaliderende stemmer. Med udgangspunkt i caseformuleringen og sårbarhedsstressmodellen lærer patienten om de udløsende, opretholdende og forværrende faktorer, som kan lede til stemmehøringen og forværre symptomet, hvilket bidrager til, at patienten kan begynde at se sine reaktioner og symptomer som naturlige konsekvenser af voldsomme og udsædvanlige oplevelser.

Rationalet bag CSE og fokuseringsmetoden er funktionsforbedring gennem angstreduktion og symptomlindring, hvortil metoderne anlægger forskellige tilgange i opnåelsen heraf. CSE metoden er en pragmatisk metode, der tager udgangspunkt i de copingstrategier, som patienten naturligt har opbygget med det formål at håndtere stemmehøringen. Dog kan der herunder forekomme copingstrategier der bygger på sikkerhedssøgende adfærd, og antallet af disse søges reduceret, idet de erstattes af mere hensigtsmæssige copingstrategier. Gennem en kognitiv analyse bliver det muligt at identificere de copingstrategier, som synes hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige, således at der kan udvælgelse et individuelt og personligt sæt af copingstrategier i de konkrete situationer med stemmehøring, hvor der udløses angst og fortvivelse. Teknikkerne består primært i distraktion, hvor opmærksomheden afledes fra stemmerne enten gennem kognitive, fysiologiske, sensoriske eller adfærdsmæssige strategier. Endvidere opøves patientens færdigheder i problemløsning, der skal hjælpe patienten med at håndtere hverdagsproblemer, som kan føre til stress og frustration og dermed potentielt udløse stemmehøring.

Gennem fokuseringsmetoden rettes fokus på stemmernes indhold, vrangforestillingerne om stemmerne samt de underliggende antagelser og skemata, som kan ses afspejlet i stemmerne. Gennem et registreringsskema tages der udgangspunkt i de situationer, som leder til stemmehøring, og som medfører negative, emotionelle reaktioner. I undersøgelsen af indholdet i stemmerne anvendes en sokratisk dialog og bevisførelse for sandhedsværdien af det, som stemmen siger, hvilket typisk afspejler patientens tanker om sig selv og andre. Herefter findes alternative tanker, som kan sætte i stedet, hvilket er med til at reducere de negative emotionelle responser. Gennem fokuseringsmetoden foretages der således en kognitiv omstrukturing af patientens antagelser og overbevisninger om stemmernes indhold. I undersøgelsen af vrangforestillingerne anvendes samme metode som ovenfor, idet stemmernes almagt og alvidenhed undersøges og testes gennem bevisførelse og adfærdseksperimenter. Ved hjælp af bevisførelsen og den kognitive omstrukturering får stemmerne gradvist mindre magt, mens patienten får en større magt og kontrol over stemmerne. Ved en fokusering på de underliggende og selvevaluerende antagelser foretages en kobling mellem patientens traumatiske oplevelser i fortiden og dannelsen af patientens skemata samt stemmehøring. Herigennem kan patienten begynde at se en sammenhæng mellem disse tre komponenter og anskue stemmerne som et indre-genereret fænomen.

I behandlingsdelen blev behandlingsmetodernes styrker og svagheder diskuteret. Fordelene ved CSE er, at det er en let anvendelig metode, idet den bygger videre på de naturlige copingstrategier, som patientens i forvejen anvender i håndteringen af stemmehøringen. Herudover er den mindre angstprovokerende at anvende end fokuseringsmetoden, som i modsætning hertil fjerner opmærksomheden på stemmerne. I teorien kan effekten af copingstrategierne dog antages at være kortvarig, idet der ikke arbejdes med årsagerne til stemmehøringen, som der gøres i fokuseringsmetoden. Gennem fokuseringsmetodens kobling af de traumatiske livsbegivenheder, skemataene og stemmehøringen kan meget af den angst, der er forbundet med stemmehøringen, reduceres, i takt med at patienten får indsigt i, at det er et indre-genereret fænomen, som derfor ikke kan gøre fysisk skade. Herigennem opnår patienten ligeledes mere magt og kontrol over sine stemmer. For nogle patienter kan det imidlertid være nødvendigt og mere hensigtsmæssigt med nogle få effektive copingstrategier, der kan lindre en konstant stemmehøring, frem for at rette fokus på den skræmmende og konstante stemmehøring. Selvom copingstrategierne kun er kortvarige kan den umiddelbare lindring udgøre et succeskriterium i sig selv.

Det blev også foreslået, at det i behandlingen af patienter med stemmehørring med en kobling af de to metoder, kan synes mest hensigtsmæssigt at introducere patienten for CSE metoden først, før der evt. rettes opmærksomhed på stemmerne gennem fokuseringsmetoden.

# Behandlingsmetodernes effektivitet

I dette afsnit søges en besvarelse af problemformuleringens sidste del i det tredje spørgsmål: *Hvilken effekt vurderes kognitiv adfærdsterapi at have i behandlingen af stemmehøring, og hvordan lever forskningen på området op til de forskningsmæssige krav til undersøgelser inden for klinisk praksis?*

For atkunne besvare dette spørgsmål ses der først kort på, hvilke overordnede krav der stilles til forskningen inden for evidensbaseret psykoterapi. Der vil her blive rettet fokus på manualisering, blindhed og randomiseret gruppefordeling samt validitet.

Efterfølgende præsenteres en undersøgelse, der undersøger effekten af kognitiv adfærdsterapi i behandlingen af stemmehøring. Undersøgelsen sammenligner effekten af henholdsvis distraktions- og fokuseringsstrategier (Haddock, Slade, Bentall, Reid & Faraghers, 1998). Rationalet for at inddrage denne undersøgelser er, at den foretager en individuel vurdering af effekten af de to beskrevne behandlingsmetoder i dette speciale. På trods af, at undersøgelsen er fra 1998, synes den alligevel relevant, idet det ikke har været muligt at finde nyere undersøgelser, som har sammenlignet metoderne. I den mundtlige eksamen, som skal forsvare dette speciale, vil forskning inden for kognitiv adfærdsterapi blive uddybet yderligere, idet denne sammenstilles med kravene til forskning af psykoterapi.

## Krav til forskning af psykoterapi

I det følgende ses der nærmere på, hvilke krav der stilles til undersøgelser af kliniske behandlingsmetoder for, at de kan leve op til standarderne for effekt.

De standarder, som kan opstilles for evaluering af effekt, er blandt andet, at undersøgelsen skal indeholde en kontrolgruppe med en randomiseret gruppefordeling, hvilket vil sige, at fordelingen af undersøgelsesdeltagerne i kontrolgruppen og behandlingsgruppen skal være tilfældig. Endvidere er det vigtigt, at der er en ”blindhed” i bedømmelsen af effekt”, hvilket vil sige, at ”bedømmeren” er uanede overfor, hvilken behandling undersøgelsesdeltagerne har fået. I tråd med kognitiv terapi (jf. afsnit 3.2) bør der være en behandlingsmanual, der giver en konkret handlingsanvisende beskrivelse af behandlingsmetoderne, der anvendes (Hougaard, 2004, p. 101).

Ifølge Hougaard giver ovennævnte stardarder en optimal sikring af undersøgelsens interne validitet, men omvendt kan standarderne dog også bevirke en lavere økologisk validitet, idet resultaterne i mindre grad kan generaliseres til andre behandlingskontekster (Hougaard, 2004, p. 102):

Jo flere bestræbelser, man udfolder for at kontrollere, at det er den specifikke behandling, som har gjort udslaget (gennem randomiseret fordeling af klienter, manualbaseret terapi m.v.), jo mere kan behandleren fjerne sig fra den kliniske dagligdag. (Hougaard, 2004, p. 102)

Med ovenstående in mente ses der nu nærmere på den føromtalte undersøgelse, idet effekten heraf vil blive holdt op i mod de ovenstående standarder.

## Distraktion vs. fokusering

Haddock, Slade, Bentall, Reid og Faraghers (1998) har foretaget en undersøgelse, der har til formål at måle langtidseffekten af henholdsvis distraktion og fokusering i behandlingen af skizofrene patienter med kronisk stemmehøring sammenlignet med en kontrolgruppe. Det skal her pointeres, at fokuseringsstrategierne beskrevet i denne undersøgelse er i overensstemmelse med den beskrevne metode i behandlingsdelen (jf. afsnit 5.3), mens distraktionsstrategierne for det første ikke er beskrevet nær så detaljeret i undersøgelsen, og for det andet fremgår det ikke af denne beskrivelse i hvor høj grad, der arbejdes med tankerne eller den kognitive analyse, som det gøres i CSE metoden. Endvidere får patienterne i denne metode nogle strategier de skal afprøve for derefter selv at vælge, hvilke de vil anvende. Dermed tages der altså ikke udgangspunkt i patienternes egne naturlige strategier som i CSE (Haddock et al., 1998, p. 342).

Undersøgelsen indebærer en post behandlingsundersøgelse efter seks måneder og en follow-up undersøgelse efter to år. Hypotesen er, at begge behandlingstilgange viser sig effektive i reduceringen af graden af de vedvarende hørehallucinationer under behandlingen. Dog antages det i tråd med afsnit 5.3, at fokuseringsmetoden vil have større langtidseffekt sammenlignet med distraktion, når effekten måles efter den to-årige follow-up (Haddock et al., 1998, pp. 339-341).

### Deltagergrundlag

Der blev i alt rekrutteret 63 patienter til undersøgelsen, hvoraf elleve patienter færdiggjorde fokuseringsbehandlingen plus follow-up, mens otte færdiggjorde distrationsbehandlingen samt follow-up. Fem patienter udgjorde kontrolgruppen. I alt deltog 24 patienter i undersøgelsen og follow-up to år efter endt behandling. I tråd med undersøgelsens inklusionskriterier var patienterne diagnosticeret med skizofreni og stemmehøring (DSM-III-R), og de havde trods medicinsk behandling haft vedvarende stemmehøring i mindst seks måneder eller mere. Stemmehøringen skulle have forekommet mindst 2 gange ugentlig, og stemmerne skulle yderligere opfattes som værende ubehagelige. I løbet af undersøgelsen og frem til follow-up undersøgelsen seks måneder efter endt behandling modtog patienterne medicinsk behandling (Haddock et al., 1998, p. 341).

### Assessment og procedure

Baseline blev foretaget på baggrund af PSE, der udgjorde det diagnostiske redskab i undersøgelsen og Hallucination Interview Schedule (HIS), der skulle måle frekvensen og varigheden af stemmerne, deres indhold, copingstrategier, stemmernes fænomenologiske karakteristika og patientens antagelser og overbevisninger om stemmerne. Yderligere blev Rosenberg Self-Esteem Scale anvendt, der skulle måle ændringer i selvværd (Haddock et al., 1998, p. 341). Patienterne blev fordelt i henholdsvis en gruppe med distraktionsbehandling, fokuseringsbehandling og kontrolgruppe uden behandling ved hjælp af en randomiseringsprocedure (Haddock et al., 1998, p. 342). Efter endt behandling og to år efter endt behandling blev patienternes symptomer målt igen i relation til ovenstående, hvor målingen i alle tre tilfælde – før, efter og to år efter – blev foretaget af en ”blind” bedømmer. Der var ingen kontakt til patienterne efter endt behandling og frem til det 2-årige follow-up (Haddock et al., 1998; 343).

### Intervention

Begge behandlingstilgange bestod af 18-20 ugentlige sessioner med en varighed af ca. en time. Behandlingssessionernes varighed og patienternes indsats var tilsvarende i begge behandlingstilgange. I begyndelsen af hver session skulle patienterne udfylde to rating scales; Hospital Anxiety and Depression (HAD) og en modificeret Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique (PQRST). De to rating scales blev ugentligt brugt til at måle: 1) mængden af tid patienten havde haft stemmehøring, 2) graden af fortvivlelse over stemmerne, 3) graden af nedsat livsudfoldelse og 4) graden af overbevisning om, at stemmehøringen var deres egne tanker. Herudover blev patienterne bedt om at udføre en daglig stemmehøringsdagbog, inden de gik i seng for herigennem at måle den tid, de havde haft stemmehøring, stemmernes lydstyrke, fjendtlighed og den fortvivlelse de havde medført. Dette blev målt på en 9-points likert skala. I dagbogen skulle patienterne også skrive lidt om deres aktiviteter i løbet af dagen (Haddock et al., 1998, pp. 341f).

### Resultater og diskussion

I follow-up undersøgelsen efter 6 måneder viste såvel distraktions- som fokuseringsstrategierne sig at have en effekt i reduceringen af stemmehøring og en reduktion af ubehag samt nedsat livsudfoldelse, hvilket imidlertid var reduceret igen ved follow-up to år efter. Dette er i modstrid med den hypotese, som var opstillet for undersøgelsen, og som det ligeledes blev bemærket i afsnit 5.4. Det kan dog tænkes, at strategierne begge ville være mere langtidsholdbare, hvis der var blevet givet booster sessions i løbet af den 2-årige periode frem til follow-up.

Der kunne imidlertid ses en ændring på patienternes antagelse om stemmerne, idet de patienter, som modtog behandling med fokuseringsstrategier, så stemmerne som indre-genererede. Dette var ikke synligt under behandlingen men udviklede sig over tid frem til den 2-årige follow-up undersøgelse. Det tyder derfor på, at det kun er fokuseringsstrategierne, som kan lede til en øget realitetstestning i forbindelse med stemmehøring (Haddock et al., 1998, p. 346f). Dette er også i overensstemmelsen med de forventninger, som blev beskrevet i afsnit 5.4.

Undersøgelsen fandt endvidere, at behandlingsmetoderne havde forskellig effekt på selvtilliden. Mens fokuseringsstrategierne øgede patienternes selvtillid, reducerede distraktionsstrategierne patienternes selvtillid. Dette fund kan ifølge Haddock et al. tænkes at skyldes, at fokuseringsstrategierne inviterer patienten til at relatere stemmerne til sit eget liv, hvorimod distraktionsstrategierne inviterer patienten til at betragte stemmerne som et symptom, der skal fjernes (Haddock et al., 1998, p. 347). Det kan synes foruroligende, at distraktionsstrategierne kan medføre en lavere selvtillid, end da behandlingen blev påbegyndt. Dog kan det tænkes, at CSE ikke på samme måde, vil medføre et lavt selvværd, idet den inkluderer en kognitiv analyse, hvor der også rettes fokus på tankerne. Dog kan dette også implicere, at CSE eller copingstrategierne skal anvendes i forbindelse med fokuseringsmetoden for dermed at undgå en reduktion af selvværdet. Taget i betragtning, at stemmehøring korrelerer med selvmord, er det ikke hensigtsmæssigt, at metoden medfører en lav selvtillid. Hvorvidt den lave selvtillid skyldes, at distraktionsstrategierne benyttes alene, eller også ville skyldes anvendelsen af CSE, må være op til fremtidige undersøgelser at vurdere.

### Kritik af undersøgelsen

Haddock et al. (1998) nævner selv, at undersøgelsen indeholder et lavt antal undersøgelsesdeltagere (p. 348), hvilket mindsker pålideligheden af de fund, som undersøgelsen kommer frem til. Det lave antal undersøgelsesdeltagere skyldes, at over en tredjedel udgik fra undersøgelsen i rekrutterings- og behandlingsfasen. Årsagerne hertil beskrives at være manglende opfyldelse af inklusionskriterierne, samt at de ikke længere ønskede at medvirke (årsag ikke opgivet), blev fysisk syge og oplevede en forværring af symptomerne (en patient fra distraktions- og en fra fokuseringsbehandlingen). Patienterne blev dog tilfældigt fordelt i grupperne, og bedømmerne var blinde i forhold til udførelsen af de nævnte rating scales. Der anvendes endvidere en kontrolgruppe, men på baggrund af det store frafald og de få patienter i kontrolgruppen, synes denne at have mistet sin signifikans ifølge forfatterne (Haddock et al., 1998, p. 344).

Undersøgelsen anvender ligeledes en behandlingsmanual, som beskrives i undersøgelsen, og delvist svarer overens med metoderne beskrevet i afsnit 5. På baggrund af undersøgelsen kan det konkluderes, at undersøgelsen i nogen grad lever op til kravene om blinde, randomiserede kontrolgrupper og kravet om en manual, på trods af at kontrolgruppen ikke indgår i bedømmelsen af resultaterne. Den interne validitet synes dermed ikke at være særlig høj. Idet det ikke beskrives, hvilken terapeut der har foretaget behandlingen (fx erfaren eller uerfaren), samt hvor behandlingen præcist finder sted, synes den økologiske validitet svær at vurdere.

# Konklusion

For at kunne besvare speciales tre problemstillinger blev der i specialets først del set nærmere på diagnostiske kriterier for skizofreni jf. det dansk anvendte diagnosesystem, ICD-10, WHO (1994), hvoraf det fremgår, at stemmehøring og vrangforestillinger udgør et symptom herpå. Endvidere blev der foretaget en definition af stemmehøring og vrangforestillinger ud fra en kognitiv tilgangsvinkel.

I besvarelsen af, hvad der gør kognitiv terapi relevant og operationel i behandlingen af hørehallucinationer, blev den kognitive videnskabsteori belyst med afsæt i den kognitive metateori, metode og model i specialets anden del. Som det blev tydeliggjort udgør metateorien med sit konstruktivistiske, fænomenologiske grundlag, fokus på kognitionen, de personlige skemata samt et bio-psyko-socialt menneskesyn en kohærent teori som forklaringsmodel af psykopatologi; herunder hørehallucinationer som også er under indflydelse af vrangforestillinger. Ved at lægge vægt på kognitionen og anskue stemmehøring og vrangforestillinger som forekommende på et kontinuum med normale, mentale forestillinger og overbevisninger, anlægger kognitiv terapi en ny tilgang i konceptualiseringen og behandlingen af stemmehøring, idet det antages, at hørehallucinationerne og tankerne herom kan bearbejdes og modificeres. Teorien er endvidere understøttet af en eklektisk og evidensbaseret metode, hvorudfra der er udviklet en differentieret og specialiseret behandlingsmodel til hørehallucinationer.

Den kognitive model for hørehallucinationer bygger på sårbarheds-stress-modellen, som betoner en biologisk, social og psykologisk sårbarhed i individet, der kombineret med traumatiske og stressende livsomstændigheder kan udvikle sig til egentlige hørehallucinationer. Den kognitive model er således også kompatibel med den medicinske behandling, idet de biologiske faktorer inddrages. For at kunne diskutere assessment og behandling af stemmehøring blev den kognitive models grundbegreber præsenteret med udgangspunkt i sårbarhedsstressmodellen. Her blev der sat fokus på skemata, de negative basale antagelser og negative automatiske tanker samt de kognitive deficits, bias og vrangforestillinger, der indvirker på såvel udviklingen som vedligeholdelsen af hørehallucinationer. Andre faktorer som synes at have en betydning for dannelsen og vedligeholdelsen af stemmehøring er perception, top-down og bottom-up processer, forholdet til stemmerne og sikkerhedssøgende adfærd.

I specialets tredje del blev problemformuleringens første spørgsmål søgt besvaret. Her blev der set nærmere på et kognitivt assessment rettet mod patienter med stemmehøring, der overordnet set består af en anamnese og en caseformulering. Under et assessment må terapeuten først og fremmest påbegynde en opbygning af samarbejdsrelationen mellem terapeuten og patienten, idet denne relation udgør en forudsætning for at kunne indhente de nødvendige informationer i anamnsesen og caseformuleringen. Det er terapeutens opgave, at skabe en tillidsfuld samarbejdsrelation, sikre patientens engagement og motivation, hvilket er en løbende proces, som er af stor betydning gennem hele behandlingsforløbet. Terapeuten bør ligeledes foretage en modifikation af standard kognitiv terapi, og skræddersy terapien til patientens kognitive niveau. Når dette indledende arbejde er blevet foretaget, kan terapeuten påbegynde en mere formålsrettet anamnese.

I anamnesen indhenter terapeuten oplysninger om patientens livshistorie, nuværende symptomer og de problemer, som knytter sig til sygdomsbilledet. Til indhentningen af disse informationer kan anvendes forskellige vurderingsmetoder, som på forskellige niveauer kan give nyttig viden om patientens diagnose (PSE og SCL-92), symptomer (PANSS) samt indhente informationer til den kognitive analyse (KAH og BAVQ-R). Nogle af disse vurderingsmetoder (SCL-92, PANSS og BAVQ-R) kan endvidere anvendes som en baseline, der gør det muligt for terapeuten at måle de forandringer, som løbende forekommer i terapien. Sammen med patienten bør terapeuten endvidere indkredse patientens problematikker og den målsætning, som patienten har for terapien. Anamnesen kan siges at være en mere objektiv vurdering af patienten, som kræver en undersøgende tilgang af patientens problematikker. Ved tværkulturel testning og behandling kræves imidlertid en endnu større nysgerrighed og undersøgelse end kognitiv terapi med patienter med samme kulturelle baggrund.

På baggrund af anamnesen bliver det muligt at udarbejde en caseformulering, der er psykoterapeutens subjektive konceptualisering eller forståelse af patienten samt en hypotese om sammenhængen mellem de disponerende, udløsende, vedligeholdende og forværrende faktorer, som er af betydningen for symptomet. Disse informationer gør det ligeledes muligt at udvælge den rette behandlingsstrategi for den pågældende patient.

I besvarelsen af problemformuleringens andet spørgsmål og i specialets fjerde del blev der set nærmere på de kognitive metoder, som kan anvendes i behandlingen af stemmehøring. Her blev der taget udgangspunkt i CSE metoden og fokuseringsmetoden. De to metoder indebærer almene kognitive teknikker, så som psykoedukation, en normaliseringsstrategi samt socialisering til den kognitive model, der en indføring i den kognitive terapis metoder og rationalet bag disse. Psykoedukation og normalisering anvendes til at give patienten en øget sygdomsindsigt og herigennem nedsætte den stigmatisering, som ofte er en følge af skizofrenien og de invaliderende stemmer. Med udgangspunkt i caseformuleringen og sårbarhedsstressmodellen lærer patienten om de udløsende, opretholdende og forværrende faktorer, som kan lede til stemmehøringen og forværre symptomet, hvilket bidrager til, at patienten kan begynde at se sine reaktioner og symptomer som naturlige konsekvenser af voldsomme og udsædvanlige oplevelser.

Rationalet bag CSE og fokuseringsmetoden er funktionsforbedring gennem angstreduktion og symptomlindring, hvortil metoderne anlægger forskellige tilgange i opnåelsen heraf. CSE metoden er en pragmatisk metode, der tager udgangspunkt i de copingstrategier, som patienten naturligt har opbygget med det formål at håndtere stemmehøringen. Dog kan der herunder forekomme copingstrategier der bygger på sikkerhedssøgende adfærd, og antallet af disse søges reduceret, idet de erstattes af mere hensigtsmæssige copingstrategier. Gennem en kognitiv analyse bliver det muligt at identificere de copingstrategier, som synes hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige, således at der kan udvælgelse et individuelt og personligt sæt af copingstrategier i de konkrete situationer med stemmehøring, hvor der udløses angst og fortvivelse. Teknikkerne består primært i distraktion, hvor opmærksomheden afledes fra stemmerne enten gennem kognitive, fysiologiske, sensoriske eller adfærdsmæssige strategier. Endvidere opøves patientens færdigheder i problemløsning, der skal hjælpe patienten med at håndtere hverdagsproblemer, som kan føre til stress og frustration og dermed potentielt udløse stemmehøring.

Gennem fokuseringsmetoden rettes fokus på stemmernes indhold, vrangforestillingerne om stemmerne samt de underliggende antagelser og skemata, som kan ses afspejlet i stemmerne. Gennem et registreringsskema tages der udgangspunkt i de situationer, som leder til stemmehøring, og som medfører negative, emotionelle reaktioner. I undersøgelsen af indholdet i stemmerne anvendes en sokratisk dialog og bevisførelse for sandhedsværdien af det, som stemmen siger, hvilket typisk afspejler patientens tanker om sig selv og andre. Herefter findes alternative tanker, som kan sætte i stedet, hvilket er med til at reducere de negative emotionelle responser. Gennem fokuseringsmetoden foretages der således en kognitiv omstrukturing af patientens antagelser og overbevisninger om stemmernes indhold. I undersøgelsen af vrangforestillingerne anvendes samme metode som ovenfor, idet stemmernes almagt og alvidenhed undersøges og testes gennem bevisførelse og adfærdseksperimenter. Ved hjælp af bevisførelsen og den kognitive omstrukturering får stemmerne gradvist mindre magt, mens patienten får en større magt og kontrol over stemmerne. Ved en fokusering på de underliggende og selvevaluerende antagelser foretages en kobling mellem patientens traumatiske oplevelser i fortiden og dannelsen af patientens skemata samt stemmehøring. Herigennem kan patienten begynde at se en sammenhæng mellem disse tre komponenter og anskue stemmerne som et indre-genereret fænomen.

I behandlingsdelen blev behandlingsmetodernes styrker og svagheder diskuteret. Fordelene ved CSE er, at det er en let anvendelig metode, idet den bygger videre på de naturlige copingstrategier, som patientens i forvejen anvender i håndteringen af stemmehøringen. Herudover er den mindre angstprovokerende at anvende end fokuseringsmetoden, som i modsætning hertil fjerner opmærksomheden på stemmerne. I teorien kan effekten af copingstrategierne dog antages at være kortvarig, idet der ikke arbejdes med årsagerne til stemmehøringen, som der gøres i fokuseringsmetoden. Gennem fokuseringsmetodens kobling af de traumatiske livsbegivenheder, skemataene og stemmehøringen kan meget af den angst, der er forbundet med stemmehøringen, reduceres, i takt med at patienten får indsigt i, at det er et indre-genereret fænomen, som derfor ikke kan gøre fysisk skade. Herigennem opnår patienten ligeledes mere magt og kontrol over sine stemmer. For nogle patienter kan det imidlertid være nødvendigt og mere hensigtsmæssigt med nogle få effektive copingstrategier, der kan lindre en konstant stemmehøring, frem for at rette fokus på den skræmmende og konstante stemmehøring. Selvom copingstrategierne kun er kortvarige kan den umiddelbare lindring udgøre et succeskriterium i sig selv.

Det blev også foreslået, at det i behandlingen af patienter med stemmehørring med en kobling af de to metoder, kan synes mest hensigtsmæssigt at introducere patienten for CSE metoden først, før der evt. rettes opmærksomhed på stemmerne gennem fokuseringsmetoden.

I specialets femte del og som en besvarelse af det sidste spørgsmål i problemstilling tre, blev der set nærmere på effekten af distraktionsstrategier og fokuseringsstrategier. Her blev standarderne for effektforskning af psykoterapi først præsenteret, idet der kort blev set på vigtigheden af blindhed i bedømmelsen af effekt, randomiseret gruppefordeling og manualbaseret behandling, der sammen udgør en sikring af høj intern validitet.

Efterfølgende blev der taget udgangspunkt i en undersøgelse af Haddock, Slade, Bentall, Reid og Faragher (1998), der sammenlignede de to behandlingsmetoder på baggrund af et follow-up efter 6 måneder og to år. Undersøgelsen viste en midlertidig effekt ved begge metoder efter 6 måneder i reduceringen af stemmehøring og en reduktion af ubehag samt nedsat livsudfoldelse, hvilket ikke gjorde sig gældende i det 2-årige follow-up. Der forekom dog en ændring på patienternes antagelse om stemmerne ved den 2-årige follow-up undersøgelse, hvor de patienter, der modtog fokuseringsbehandling anså stemmerne som indre-genereret. Dermed kan det antages, at fokuseringsstrategierne fører til øget realitetstestning, hvorimod dette ikke gør sig gældende for distraktionsbehandlingen. Endvidere viste undersøgelsen at fokusering fører til større selvtillid og distraktion til mindre, hvilket formentlig kan tillægges den divergerende tilgang i de to metoder. Det antyder muligvis, at distraktionsstrategien ikke kan stå alene som behandlingsmetode, hvilket dog bør undersøges nærmere i den fremtidige forskning. Dog var distraktionsmetoden øjensynligt ikke helt i overensstemmelse med CSE metoden, hvilket dermed ikke er en afvisning af, at CSE kan stå alene.

Undersøgelsen, der blev taget udgangspunkt i, synes dog ikke helt at leve op til standarderne for kliniskbaseret forskning. Det skyldes manglende kontrolgruppe, et lavt antal undersøgelsesdeltagere og manglende informationer om terapeuten og lokaliseringen af undersøgelsen. På baggrund heraf er det ligeledes vanskeligt at sige noget om undersøgelsens økologiske validitet. En diskussion af flere undersøgelser, der kan belyse effekten af kognitiv adfærdsterapi i behandlingen af stemmehøring, synes på denne baggrund oplagt og relevant.

# Litteraturliste

Tidligere anvendt litteratur er markeret ved en stjerne (\*)

Tidligere anvendt litteratur udgør: 748 sider

Pensumlitteratur udgør: 3775

Aleman, A. & Larøi, F. (2008). Hallucinations: the science of idiosyncratic Percep-

*tion*, (pp. vii-315). Washington, DC: American psychological Association. (316 sider)

\*Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997). The Integrative Power of Cognitive Therapy,

Kap. 1-5 (pp. 1-112). New York, London: The Guilford Press. (113 sider)

\*Austin, S. (2006). Evidens-baseret praksis – udfordringer ved forskning i det

daglige psykiatriske behandlingsmiljø. In. Holm, L., Oestrich, I. H., Austin, S., Beck, S., La Cour, L.L. & Lykke, J. (Eds), *Kognitiv miljøterapi*, kap. *7* (pp. 200-212). Forfatterne og Psykologisk Forlag. (13 sider)

Beck, A.T. & Rector, N. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and

therapy. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1 (pp. 577-606). (30 sider)

Beck, A.T. & Rector, N., Stolar, N. & Grant, P. (2009). *Cognitive Theory, Research,*

*and Therapy*, (pp. vii-418). New York, London: The Guilford Press. (427 sider)

\*Beck, A.T. (2007). Forord. In: Beck, J. (Ed). *Kognitiv terapi – teori, udøvelse og*

*refleksion* (1st ed) (pp. 7-8). København: Akademisk Forlag. (2 sider)

\*Benjaminsen, S., Glenthøj, B., Bartels, U. & Lindhardt, A. (2004). *Akut Psykiatri –*

*skadestuepsykiatri*, (1st ed.) (pp. 23-25). København: Forfatterne og FADL’s Forlag Aktieselskab. (3 sider)

Bentall, R.P., Haddock, G. & Slade, P.D. (1994). Cognitive Behavior Therapy for

Persistent Auditory Hallucinations: From Theory to Therapy. *Behavior Therapy*, 25 (pp. 51-66). 16 sider

\*Berge, T. & Repål, A. (2004). *Kognitiv terapi i praksis*, (p. 9). København:

Akademisk Forlag. (1 side)

\*Bernt, I. (1989). Hvis børnepsykologien var opstået i Japan. In: Berliner, P. &

Karpatschof, B. (Eds.) *Psykologi og kultur,* (pp. 135-155). København: KU. (21 sider)

\*Bertelsen, A. (1994). WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyr-

*relser. Klassifikation og diagnostiske kriterier,* (1st ed) (pp. 65-79). Køben-havn: Munksgaard. (15 sider)

Bertelsen, A. (1995). Present State Examination. Kort version til klinisk brug,

(pp. 1-127) København: Novo Nordisk Farmaka Danmark A/S. (128 sider)

Birchwood, M. & Chadwick, P. (1997). The power and omnipotence of voices: test-

ing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27 (pp. 1345-1353). UK: Cambridge University Press. (9 sider)

Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert P. & Plaistow, J. (2000). The Power

and Omnipotence of Voices: Subordination and Entrapment by Voices and Significant Others. *Psychological Medicine*, 30 (pp. 337-344). UK: Cambridge University Press. (8 sider)

Birchwood, M. & Tarrier, N. (1992). *Innovations in the Psychological*

*Management of Schizophrenia: Assessment, Treatment and Services* (pp. 3-326). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd. (324 sider)

Bjerg, J. (2004). *Gads Psykologileksikon*, (pp. 286, 292-293, 674, 679). København:

Forfatterne og G.E.C. Gads Forlag. (5 sider)

\*Blackwood, N.J., Howard, P.J., Bentall, R.P. & Murray, R.M. (2001). Cognitive

Neuropsychiatric Models of Persecutory Delusions. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (pp. 527-539). (13 sider)

Bronfenbrenner, U. & Morris, P.A. (2006). The Bioecological Model of Human

Development. In: Damon, W. & Lerner, R.M. *Handbook of Psychology* (6th ed.). (kap. 14, pp. 793-828). Hoboken, Canada: John Wiley and Sons. Inc. (36 sider)

\*Bruun, B. & Knudsen, P. (2006). Psykologisk undersøgelsesmetodik. En basisbog,

(2nd ed.), kap. 1, 4 (p. 17-53, 137-224). Dansk Psykologisk Forlag. (125 sider)

Byrne, S., Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A. & Nelson, A. (2003). Command

Hallucinations: Cognitive Theory, Therapy, and research. *Journal* *of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Vol. 17. No. 1 (pp. 67-84). (18 sider)

Chadwick, P. & Birchwood, M. (1994). The Omnipotence of Voices. A Cognitive

Approach to Auditory Hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164 (pp. 190-201). (12 sider)

Chadwick, P., Lees, S. & Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices

Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 117 (pp. 229-232). (4 sider)

\*Christensen, G. (2002). *Psykologiens Videnskabsteori*, (p. 109). Roskilde

Universitets Forlag. (1 side)

Derogatis, L.R. (1996). Symptom Checklist 90-R, SCL-92. Dansk Psykologisk

Forlag (dansk oversættelse, 2006).

\*Eigidius, H. (2001). *Psykologisk leksikon,* (p. 614). København: Hans Reitzels For-

lag. (1 side)

Farhall, J., Greenwood, K.M. & Jackson, H.J. (2007). Coping with hallucinated

voices in schizophrenia: A review of self-initiated strategies and therapeutic

interventions. *Clinical Psychology Review*, 27 (pp. 476-493). 18 sider

\*Gaudiano, B.A. (2006). Is Symptomatic Improvement in Clinical Trials of Cogni-

tive-Behavioral Therapy for Psychosis Clinically Significant? *Journal of Psychiatric Practice*, Vol. 12, No. 1 (pp.11-33). (23 sider)

Gullestad, S.E. (2001). Hva er evidensbasert psykoterapi? *Tidsskrift for Norsk*

*Psykologiforening*, 28, (pp. 942-951). (10 sider)

Haddock, G., Bentall, R.P. & Slade, P.D. (1993). Clinical Section. Psychological

Treatment of Chronic Auditory Hallucinations: Two Case Studies. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 21 (pp. 335-346). (12 sider)

Haddock, G. & Slade, P.D. (1996). *Cognitive-behavioral interventions with*

*psychotic disorders*, (pp. vii-284) London: Routledge. (286 sider)

Haddock, G., Slade, P.D., Bentall, R.P., Reid, D., Faragher, E.B. (1998). A

comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. British Journal of Medical Psychology, 71 (pp. 339-349). (11 sider)

Hoffman, R.E., Hampson, M., Wu, K., Anderson, A.W., Gore, J.C., Buchanan, R.J.,

Constable, R.T., Hawkins, K.A., Sahay, N. & Krystal, J.H. (2007). Probing the

Pathophysiology of Auditory/Verbal Hallucinations by Combining Functional Magnetic Resonance Imaging and Transcranial Magnetic Stimulation. *Cerebral Cortex,*17, (2733-2743) (11 sider)

Hoffman, R.E., Hawkins, K.A., Gueorguieva, R., Boutros N.N., Rachid, F., Carroll,

K., Krystal, J.H. (2003). Transcranial Magnetic Stimulation of Left Temporoparietal Cortex and Medication-Resistant Auditory Hallucinations. *Arch. Gen. Psychiatry*. 60, (49-56) (8 sider)

Hougaard, E. (2004). Psykoterapi – teori og forskning (2nd ed.), kap. 4 (pp. 81-119).

Danmark: Forfatteren og Psykologisk Forlag. (39 sider)

\*Jørgensen, P. & Rosenberg, N.K. (1998). *Kognitiv behandling af skizofreni,* kap. 1-

5 (pp. 7-156). København: Forfatterne og Hans Reitzels Forlag. (150 sider)

Kay, S.R., Opler, L.A. & Fiszbein, A. (2001). *PANSS. Positive and Negative*

*Syndrome Scale. SCI-PANSS.* Bertelsen, P. (dansk oversættelse). USA: Multi-Health Systems Inc. (48 sider)

\*Kingdon D.G. & Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*, kap.

1, 4-11 (pp. ix-27, 43-127). New York: The Guilford Press. (118 sider)

\*Matlin, W.M. (2005). *Cognition,* (6th ed.), (pp. 25-26, 44-46). USA: John Wiley &

Sons, Inc. (6 sider)

Maruish, M.E. The use of psychological testing for treatment planning and outcome

*assessment* (2nd ed.), kap. 2, 4, 23 (pp. 41-80, 115-152, 679-724). USA: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. (124 sider)

Morrison, A.P. (2002). A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis (pp. 3-308).

New York, USA: Brunner-Routledge. (306 sider)

\*Mørch, M.M. & Rosenberg, N.K. (2005). Kognitiv terapi – modeller og metoder,

*kap.* 1, 11 (pp. 17-45, 270-295). København: Forfatterne og Hans Reitzels Forlag. (50 sider)

\*Rathod, S., Kingdon, D., Weiden, P., Turkington, D. (2008). Cognitive-Behavioral

Therapy for Medication-Resistant Schizophrenia: A Review. *Journal of Psychiatruc Practice.* Vol. 14, No. 1. (pp. 22-33). (12 sider)

Reber A.S. & Reber, E. (2001). (pp. 313, 621, 781) In: *The Penguin Dictionary*

*of Psychology,* (3rd ed.). England: Penguin Books. (3 sider)

\*Rector, N.A. & Beck, A.T. (2002). Cognitive Therapy for Schizophrenia: From

Conceptualization to Intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry – In Review.* Vol. 47, No. 1 (pp. 39-48) (10 sider)

\*Rise, M. (2009). *Kognitiv behandling af vrangforestillinger*, (1-46). Opgave i faget:

Teori, praksis og videnskabelig metode. Psykologi, 9. semester, KANUK, Aalborg Universitet. (47 sider)

Slade, P.D. & Bentall, R.P. (1988). Sensory deception: A scientific analysis of

*hallucination*, kap. 1 (pp. 1-27). Baltimore, US: Johns Hopkins University Press. (28 sider)

Tarrier, N., Harwood, S., Yusopoff, L., Beckett, R. & Barker, A. (1990). Clinical

Section. Coping Strategi Enhancement (CSE): A Method of Treating Risidual Schizophrenic Symptoms. *British Association for Behavioral Psychotherapy* (pp.283-293). (11 sider)

Tarrier, N., Wells, A., Haddock, G. (1998). *Treating Complex Cases. The Cognitive*

*Behavioral Therapy Approach* (pp. vii-449). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd. (456 sider)

\*Tarrier, N. & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behavioral therapy

is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Elsevier: Behavioral Research and Therapy* 42, (pp. 1377-1401) (25 sider)

Temple, S. (2004). Cognitive Therapy for Auditory Hallucinations in Schizophrenia.

Journal of Cognitive Psychotherapy: *An International Quarterly*, Vol. 18. No. 3 (pp. 223-236). (14 sider)

Turkington, D. & Dudley, R. (2004). Cognitive behavioral therapy in the treatment

of schizophrenia. *Future Drugs Ltd*. (Pp. 861-868). (8 sider)

Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T.R.E, Nur, U., Siddle, R., Hammond,

K., Samarasekara, N., Kingdon, D. (2008). A randomized controlled trial of

cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up. *Schizophrenia Research,* 98 (1-7). (8 sider)

Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. & Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy

for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin* Vol. 34, No. 3. (pp. 523-532). (15 sider)

Zachariae, B. (2007). Evidensbaseret psykologisk praksis. *Psykolog Nyt*, 12 (pp.16-

25) (10 sider)

Öst, L.G. (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Förfat-

terna och Bokförlaget Natur och Kultur (pp. 11-288). (278 sider)

## Referenceliste

Aleman, A. & Larøi, F. (2008). Hallucinations: the science of idiosyncratic Percep-

*tion*, kap. 1-8 (pp. vii-315). Washington, DC: American Psychological Association. 316 sider

Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997). The Integrative Power of Cognitive Therapy,

kap. 1-5, 7 (pp.1-112). New York, London: The Guilford Press. (113 sider)

Austin, S. (2006). Evidens-baseret praksis – udfordringer ved forskning i det

daglige psykiatriske behandlingsmiljø. In. Holm, L., Oestrich, I. H., Austin, S., Beck, S., La Cour, L.L. & Lykke, J. (Eds), *Kognitiv miljøterapi*, kap. *7* (pp. 200-212). Forfatterne og Psykologisk Forlag. (13 sider)

Beck, A.T. (2007). Forord. In: Beck, J. (Ed). *Kognitiv terapi – teori, udøvelse og*

*refleksion* (pp. 7-8). København: Akademisk Forlag (2 sider)

Beck, A.T. & Rector, N. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and

therapy. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1 (pp. 577-606). (30 sider)

Beck, A.T. & Rector, N., Stolar, N. & Grant, P. (2009). Cognitive Theory, Research,

and Therapy, (pp. vii-418). New York, London: The Guilford Press. (427 sider)

Benjaminsen, S., Glenthøj, B., Bartels, U. & Lindhardt, A. (2004). *Akut Psykiatri –*

*skadestuepsykiatri*, (pp. 23-25). København: Forfatterne og FADL’s Forlag Aktieselskab. (3 sider)

Bentall, R.P., Haddock, G. & Slade, P.D. (1994). Cognitive Behavior Therapy for

Persistent Auditory Hallucinations: From Theory to Therapy. *Behavior Therapy,* 25 (pp. 51-66). (16 sider)

Berge, T. & Repål, A. (2004). *Kognitiv terapi i praksis*, (p. 9). København:

Akademisk Forlag. (1 side)

Bernt, I. (1989). Hvis børnepsykologien var opstået i Japan. In: Berliner, P. &

Karpatschof, B. (Eds.) *Psykologi og kultur,* (pp. 135-155). København: KU. (21 sider)

Bertelsen, A. (1994). WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyr-

relser. Klassifikation og diagnostiske kriterier (pp. 65-79). København: Munksgaard. (15 sider)

Bertelsen, A. (1995). Present State Examination. Kort version til klinisk brug.

København: Novo Nordisk Farmaka Danmark A/S. (pp. 1-127) (128 sider)

Birchwood, M. & Chadwick, P. (1997). The power and omnipotence of voices: test-

ing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27 (pp. 1345-1353). UK: Cambridge University Press. (9 sider)

Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P. & Gilbert, P. (2002). Shame, humiliation,

and entrapment in psychosis. A social rank theory approach to cognitive intervention with voices and delusions. In: Morrison, A.P. (Ed), *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*, kap. 7 (pp. 108-131). New York, USA: Brunner-Routledge. (24 sider)

Blackwood, N.J., Howard, P.J., Bentall, R.P. & Murray, R.M. (2001). Cognitive

Neuropsychiatric Models of Persecutory Delusions. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (pp. 527-539). (13 sider)

Bronfenbrenner, U. & Morris, P.A. (2006). The Bioecological Model of Human

Development. In: Damon, W. & Lerner, R.M. *Handbook of Psychology* (6th ed.). (kap. 14, pp. 793-828). Hoboken, Canada: John Wiley and Sons. Inc. (36 sider)

Bruun, B. & Knudsen, P. (2006). Psykologisk undersøgelsesmetodik. En basisbog,

(2nd ed.), kap. 1, 4 (p. 17-53, 137-224). Dansk Psykologisk Forlag. (125 sider)

Byrne, S., Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A. & Nelson, A. (2003). Command

Hallucinations: Cognitive Theory, Therapy, and research. *Journal* *of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Vol. 17. No. 1 (pp. 67-84). (18 sider)

Chadwick, P. & Birchwood, M. (1994). The Omnipotence of Voices. A Cognitive

Approach to Auditory Hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164 (pp. 190-201). (12 sider)

Chadwick, P., Lees, S. & Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices

Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 117 (pp. 229-232). (4 sider)

Christensen, G. (2002). *Psykologiens Videnskabsteori*, (p. 109). Roskilde

Universitets Forlag. (1 side)

Derogatis, L.R. (1996). Symptom Checklist 90-R, SCL-92. Dansk Psykologisk

Forlag (dansk oversættelse, 2006).

Derogatis, L.R. & Lynn, K.L. (1999). Psychological Tests in Screening for

Psychiatric Disorders. Kap. 2 In: Maruish, M.E. (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2nd ed.). US. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Pp. 41-80. (40 sider)

Derogatis, L.R. & Savitz, K.L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory,

and Matching Clinical Rating Scales. Kap. 23 In: Maruish, M.E. (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2nd ed.). US. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Pp. 679-724. (46 sider)

Eigidius, H. (2001). *Psykologisk leksikon,* (p. 614). København: Hans Reitzels For-

lag. (1 side)

Falk, T. (1998). Kognitiv terapi af hørehallucinationer. In: Jørgensen, P. & Rosen-

berg, N. (Eds.), *Kognitiv behandling af skizofreni,* kap. 5 (pp. 112-156). København: Hans Reitzels Forlag. (44 sider)

Farhall, J., Greenwood, K.M. & Jackson, H.J. (2007). Coping with hallucinated

voices in schizophrenia: A review of self-initiated strategies and therapeutic interventions. *Clinical Psychology Review,* 27 (pp. 476-493). (18 sider)

Gade, A. (2004) Wernickes område.In: Bjerg, J. (Ed.). *Gads*

*Psykologileksikon*, (p. 679). København: Forfatterne og G.E.C. Gads Forlag. (1 side)

Gaudiano, B.A. (2006). Is Symptomatic Improvement in Clinical Trials of Cogni-

tive-Behavioral Therapy for Psychosis Clinically Significant? *Journal of Psychiatric Practice,* Vol. 12, No. 1 (pp.11-33). (23 sider)

Gouliav, G. & Vind, B. (1998). Symptomer, diagnose og kognitive psykosemodel-

ler. In: Jørgensen, P. & Rosenberg, N. (Eds.), *Kognitiv behandling af skizofreni,* kap. 1 (pp. 9-29). København: Hans Reitzels Forlag. (21 sider)

Gullestad, S.E. (2001). Hva er evidensbasert psykoterapi? *Tidsskrift for Norsk*

*Psykologiforening*, 28, (pp. 942-951). (10 sider)

Haddock, G., Bentall, R.P. & Slade, P.D. (1993). Clinical Section. Psychological

Treatment of Chronic Auditory Hallucinations: Two Case Studies. *Behavioral*

and Cognitive Psychotherapy, 21 (pp. 335-346) (12 sider)

Haddock, G., Slade, P.D., Bentall, R.P., Reid, D., Faragher, E.B. (1998). A

comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *British Journal of Medical Psychology*, 71 (pp. 339-349). (11 sider)

Hoffman, R.E., Hampson, M., Wu, K., Anderson, A.W., Gore, J.C., Buchanan, R.J.,

Constable, R.T., Hawkins, K.A., Sahay, N. & Krystal, J.H. (2007). Probing the

Pathophysiology of Auditory/Verbal Hallucinations by Combining Functional Magnetic Resonance Imaging and Transcranial Magnetic Stimulation. *Cerebral Cortex,*17, (2733-2743) (11 sider)

Hoffman, R.E., Hawkins, K.A., Gueorguieva, R., Boutros N.N., Rachid, F., Carroll,

K., Krystal, J.H. (2003). Transcranial Magnetic Stimulation of Left Temporoparietal Cortex and Medication-Resistant Auditory Hallucinations. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60, (49-56) (8 sider)

Holm Andersen, M. (2005). Kognitiv terapi ved skizofreni. In: Mørch, M.M. & Ro-

senberg, N.K. (Eds.), *Kognitiv terapi – modeller og metoder,* kap. 11 (pp. 270-295). København: Forfatterne og Hans Reitzels Forlag. (26 sider)

Hougaard, E. (20041). Kognitiv terapi/kognitiv adfærdsterapi. In: Bjerg, J. (Ed.).

*Gads Psykologileksikon*, (pp. 292-293). København: Forfatterne og G.E.C. Gads Forlag. (2 sider)

Hougaard, E. (20042). Psykoterapi – teori og forskning (2nd ed.), kap. 4 (pp. 81-119).

Danmark: Forfatteren og Psykologisk Forlag. (39 sider)

Hundeide, K. (2004). Børns livsverden og sociokulturelle rammer, (pp. 1-237)

København: Akademisk Forlag. (238 sider)

Jørgensen, P. & Rosenberg, N.K. (1998). Forord. In: Jørgensen, P. & Rosenberg,

N.K. (Eds), *Kognitiv behandling af skizofreni* (pp. 7-8). København: Forfatterne og Hans Reitzels Forlag. (2 sider)

Kay, S.R., Opler, L.A. & Fiszbein, A. (2001). *PANSS. Positive and Negative*

*Syndrome Scale. SCI-PANSS.* Bertelsen, P. (dansk oversættelse). USA: Multi-Health Systems Inc. (48 sider)

Kingdon, D.G. (1998). Cognitive Behavioral Therapy of Psychosis: Complexities in

Engagement and Therapy. In: Tarrier, N., Wells, A., Haddock, G. (Eds), *Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioral Therapy Approach* (pp. 176-194). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd. (19 sider)

Kingdon D.G. & Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*, kap.

1, 4-11 (pp. ix-27, 43-127). New York: The Guilford Press. (118 sider)

Lambert, M.J. & Lambert, J.M. (1999). Use of Psychological Test for assessing

Treatment Outcomes. Kap. 4. In: Maruish, M.E. (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (2nd ed.). US. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Pp. 115-152. (38 sider)

Lykke, J. (2006). Psykoedukation og motivation. In. Holm, L., Oestrich, I. H.,

Austin, S., Beck, S., La Cour, L.L. & Lykke, J. (Eds), *Kognitiv miljøterapi*, kap.5 (pp. 181-188). Forfatterne og Psykologisk Forlag. (8 sider).

Matlin, W.M. (2005). *Cognition,* (6th ed.), (pp. 25-26, 44-46). USA: John Wiley &

Sons, Inc. (6 sider)

Melin, L. (2006).Teoretisk bakgrund. In:Öst, G.L. (Ed.). *Kognitiv beteendeterapi*

*inom psykiatrin,* kap. 1 (pp. 13-31). Stockholm: Författerna och Bokförlaget Natur och Kultur. (19 sider)

Mylov, P. (2004). Kognition. In: Bjerg, J. (Ed.). *Gads Psykologileksikon*, (p. 286).

København: Forfatterne og G.E.C. Gads Forlag. (1 side)

Mørch, M.M. (1998). Modifikation af basale antagelser og skemata. In: Jørgensen,

P. & Rosenberg, N.K. (Eds.). *Kognitiv behandling af skizofreni*, kap. 3 (pp. 64-94) (31 sider)

Rathod, S., Kingdon, D., Weiden, P. & Turkington, D. (2008). Cognitive-Behavio-

ral Therapy for Medication-Resistant Schizophrenia: A Review. Lippincott Williams & Wilkins Inc.: *Journal of Psychiatric Practice*. Vol. 14, No. 1 (pp. 22-33) (12 sider)

Reber, A.S. & Reber, E. (2001). Hallucination (p. 313). In: *The Penguin Dictionary*

*of Psychology,* (3rd ed.). England: Penguin Books. (1 side)

Reber, A.S. & Reber, E. (2001). Reliability, interrater (p. 621). In: *The Penguin*

*Dictionary of Psychology,* (3rd ed.). England: Penguin Books. (1 side)

Reber, A.S. & Reber, E. (2001). Validity, construct (p. 781). In: *The Penguin*

*Dictionary of Psychology,* (3rd ed.). England: Penguin Books. (1 side)

Rector, N.A. & Beck, A.T. (2002). Cognitive Therapy for Schizophrenia: From

Conceptualization to Intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry – In Review.* Vol. 47, No. 1 (pp. 39-48) (10 sider)

Rise, M. (2009). Kognitiv behandling af vrangforestillinger, (pp. 1-46). Opgave i

faget: Teori, praksis og videnskabelig metode. Psykologi, 9. semester, KANUK, Aalborg Universitet. (46 sider)

Romme, M. & Escher, S. (1996). Empowering People who hear voices. In:

Haddock, G. & Slade, P.D. (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions with psychotic disorders,* Kap. 8 (pp. 137-150). London: Routledge. 14 sider

Rosenbaum, B. (2004). Vrangforestillinger. In: Bjerg, J. (Ed). *Gads Psykologileksi-*

*kon* (p. 674). København: Forfatterne og G.E.C Gads Forlag. (1 side)

Rosenberg, N.K. & Mørch, M.M. (2005). Kognitiv terapi. In: Mørch, M.M. & Ro-

senberg, N.K (Eds.). *Kognitiv terapi – modeller og metoder,* kap. 1 (pp. 17-46). Hans Reitzels Forlag. (30 sider)

Rosenberg, N.K. (1998). Kognitiv terapi – teori og metoder. In: Jørgensen, P. &

Rosenberg, N.K. (Eds.). *Kognitiv behandling af skizofreni*, kap. 2 (pp. 30-63) (34 sider)

Slade, P.D. & Bentall, R.P. (1988). Sensory deception: A scientific analysis of

*hallucination*, (pp. 1-27). Baltimore, US: Johns Hopkins University Press. (28 sider)

Tarrier, N. (1992). Management and Modification of Residual Positive Psychotic

Symptoms. In: Birchwood, M. & Tarrier, N. (Eds), *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia: Assessment, Treatment and Services,* kap. 7 (pp. 147-169). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd. (23 sider)

Tarrier, N., Harwood, S., Yusopoff, L., Beckett, R. & Barker, A. (1990). Clinical

Section. Coping Strategi Enhancement (CSE): A Method of Treating Risidual Schizophrenic Symptoms. *British Association for Behavioral Psychotherapy* (pp.283-293). 11 sider

Tarrier, N., Wells, A., Haddock, G. (1998). Preface. In: Tarrier, N., Wells, A., Had-

dock, G. (Eds), *Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioral Therapy Approach* (pp. xiii). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd. (1 side)

Tarrier, N. & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behavioral therapy

is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Elsevier:Behavioral Research and Therapy* 42 (pp. 1377-1401) (25 sider)

Temple, S. (2004). Cognitive Therapy for Auditory Hallucinations in Schizophrenia.

Journal of Cognitive Psychotherapy: *An International Quarterly,* Vol. 18. No. 3 (pp. 223-236). (14 sider)

Turkington, D. & Dudley, R. (2004). Cognitive behavioral therapy in the treatment

of schizophrenia. *Expert Rev. Neurotherapeutics* 4(5) (pp. 861-868). (8 sider)

Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T.R.E, Nur, U., Siddle, R., Hammond,

K., Samarasekara, N., Kingdon, D. (2008). A randomized controlled trial of

cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up. *Schizophrenia Research,* 98 (1-7). (8 sider)

Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. & Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy

for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin* Vol. 34, No. 3. (pp. 523-532). (15 sider)

Yusupoff, L. & Tarrier, N. (1996). Coping Strategy Enhancement for Persistent

Hallucinations and Delusions. In: Haddock, G. & Slade, P.D. *Cognitive-behavioral interventions with psychotic disorders*, kap. 5 (pp. 86-102). London: Routledge. )17 sider)

Zachariae, B. (2007). Evidensbaseret psykologisk praksis. *Psykolog Nyt*, 12 (pp.16-

25) (10 sider)

Öst, L.G. (2006).Forord. In:Öst, G.L. (Ed.). *Kognitiv beteendeterapi inom*

*psykiatrin,* Forord (pp. 11-12). Stockholm: Författerna och Bokförlaget Natur och Kultur. (2 sider)

## Internetsider

[http://www.astrazeneca.dk/hvem-bliver-skizofren](http://www.astrazeneca.dk/hvem-bliver-skizofren      )

(Hentet den 7. juni 2009, klokken 18.08)

<http://www.astrazeneca.dk/skizofreni-behandling>

(Hentet den 7. juni 2009, klokken 18.10)

1. Jf. afsnit 5 [↑](#footnote-ref-1)
2. Jf. afsnit 5 [↑](#footnote-ref-2)
3. Ifølge ICD-10 dækker førsterangssymptomer over *”…tankepåvirkningsoplevelser, tredjepersons hørehallucinationer, styringsoplevelser, legemlige påvirkningsoplevelser og vrangagtige sansningsoplevelser.”* (Bertelsen, 1994, pp. 66-67). [↑](#footnote-ref-3)
4. ”Ved ’bizar’ forstås fuldstændigt umuligt samt kulturelt uacceptabelt.” (Bertelsen, 1994, p. 66). [↑](#footnote-ref-4)
5. Falk, 1998, p. 112; Kingdon & Turkington, 2005, p. 22; Rathold et al., 2008, p. 25; Reber & Reber, 2001, p. 313; Rosenbaum, 2004, p. 221. [↑](#footnote-ref-5)
6. Falk, 1998, p. 112; Kingdon & Turkington, 2005, p. 22; Rathold et al., 2008, p. 25; Reber & Reber, 2001, p. 313; Rosenbaum, 2004, p. 221. [↑](#footnote-ref-6)
7. (Benjaminsen, Glenthøj, Bartels & Lindhardt, 2004, p. 23; Eigidius, 2001, p. 614; Rosenbaum, 2004, p. 674). [↑](#footnote-ref-7)
8. Blackwood, Howard, Bentall & Murray, 2001, p. 527; Holm Andersen, 2005, p. 284; Rathod et al., 2008, p. 24; Rector & Beck, 2002, p. 41). [↑](#footnote-ref-8)
9. Blackwood, Howard, Bentall & Murray, 2001, p. 527; Holm Andersen, 2005, p. 284; Rathod et al., 2008, p. 24; Rector & Beck, 2002, p. 41). [↑](#footnote-ref-9)
10. Hvorvidt det er muligt, at reducere styrken og graden af overbevisninger om stemmerne ud fra en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang, vil blive diskuteret mere indgående i afsnit 5. [↑](#footnote-ref-10)
11. (Mylov, 2004, p. 286; Eigidius, 2001, p. 292; Berge & Repål, 2004, p. 9; Matlin, 2005, p. 2). [↑](#footnote-ref-11)
12. Forhøjede dopaminniveauer i det limbiske system antages at spille en væsentlig rolle i dannelsen af hørehallucinationer, idet dopamin producerer noradreanalin, som igen producerer adreanalin, som medfører et højt stressniveau (Aleman & Larøi, 2008, p. 148; Holm Andersen, 2005, p. 171; Kingdon & Turkington, 2005, p. 86). [↑](#footnote-ref-12)
13. (Gouliaev & Vind, 1998, p. 19). [↑](#footnote-ref-13)
14. (Gouliaev & Vind, 1998, p. 17; Holm Andersen, 2005, p. 271). [↑](#footnote-ref-14)
15. Bottom-up er den sensoriske bearbejdning eller analyse af stimuli i omgivelserne på et lavere kognitivt niveau (stimuliens betydning for objektgenkendelse), mens top-down har betydning for, hvordan begreber, forventninger og hukommelse indvirker på de højere ordnede kognitive processer (Aleman & Larøi, 2008, p. 104; Matlin, 2005, p. 25f, 45). [↑](#footnote-ref-15)
16. Ansvarlig for produktionen af sprog (Aleman & Larøi, 2008, p. 168). [↑](#footnote-ref-16)
17. Ansvarlig for modtagelsen af sprog (Aleman & Larøi, 2008, p. 168). [↑](#footnote-ref-17)
18. Tidsbegrænsningen gælder alle diagnoser, men varigheden af kognitiv terapi varierer alt efter diagnosen og patientens behov. Et eksempel på dette er depression, hvor behandlingen af mildere og moderate former for depression typisk tager 10-20 sessioner, mens svær depression kan tage op til 25-30 sessioner at behandle (Mørch, 1998, pp. 68f; Rosenberg & Mørch, 2005, pp. 41-42, 54). [↑](#footnote-ref-18)
19. Referencen bygger på følgende kilde: (Kingdon & Turkington, 2005, p. 53). [↑](#footnote-ref-19)
20. Referencen bygger på følgende kilde: (Kingdon & Turkington, 2005, pp. 56f). [↑](#footnote-ref-20)
21. Interrater reliabilitet er et udtryk for, at to eller flere interviewere når frem til samme resultat i et givet klinisk interview (Bruun & Knudsen, 2006, p. 52; Reber & Reber, 2001, p. 621). [↑](#footnote-ref-21)
22. Validitet vil sige, om interviewet eller testen faktisk undersøger det, der var formålet med testen. Der findes forskellige typer af validitetsprocedurer, der kan anvendes for at fastslå testen eller interviewets validitet, hvilket ikke vil blive uddybet nærmere her (Reber & Reber, 2001, p.781). [↑](#footnote-ref-22)
23. Hvis en rating scale har en høj konvergent og diskriminerende validitet, vil det sige, at vurderingsmetoden har en høj korrelation med de faktorer, som den skal korrelere med, og samtidig korrelerer dårligt med de faktorer, som den ikke bør korrelere med (Reber & Reber, 2001, p.782). [↑](#footnote-ref-23)