



# Terapeutisk timing i psykosebehandling

Terapeuter må være oppmerksomme på hvilke intervensjoner som passer når i sykdomsforløpet til psykosepasienter.

**PSYKOTERAPEUTISK ARBEID** med psykoselidelser krever tålmodighet og utholdenhet. I vår iver etter å være flinke og hjelpsomme terapeuter legger vi imidlertid ofte mye arbeid i intervensjoner som i beste fall er unyttige og i verste har fall fører til alliansebrudd. Da kan teoretiske modeller som beskriver forskjellige stadier i et psykoseforløp, gi et rammeverk for bedre å forstå pasientens fasespesifikke vansker og kapasitet. Slike modeller gir oss grunnlag for å vurdere *når* en intervensjon kan være hensiktsmessig for pasienten.

Gjennom kasusfortellingen om Knut vil vi beskrive et terapiforløp der terapeuten ikke alltid klarte å møte pasients behov og ønsker. Timingen av intervensjonene feilet tidvis på grunn av manglende forståelse av hvor i sykdomsfasen han befant seg. Vi vil presentere SEL-modellen (SEL: «surviving existing, living»), en transteoretisk recovery-orientert modell for de mest alvorlige formene for psykoser, uavhengig av spesifikk diagnose. Den beskriver tre faser av sykdomsforløpet som hver for seg dreier seg om å overleve, eksistere og leve. Modellen er et begrepsmessig rammeverk for å vurdere en persons ofte varierende psykologiske kapasitet og behov gjennom et sykdomsforløp. Rammeverket hjelper terapeuten med å tilpasse intervensjon og tilnærming ut fra hvilken fase pasienten befinner seg i.

Fortellingen om Knut er et pedagogisk, anonymisert kasus inspirert av flere ulike pasienter og terapiforløp fra våre år som psykologer på psykosepost.

## KNUT

Knut var en ung mann som holdt på å finne sin retning i livet, da han for første gang mistet grepet om virkeligheten. Etter at han kom tilbake fra en utenlandstur, hadde han kjent seg tiltakende slapp og ute av form. Han var plaget av en følelse av at noe var galt, uten at han klarte å sette fingeren på hva det var, og han grublet mye rundt hvorfor han var så plaget. Grublingen tok oppmerksomheten hans vekk fra studiene, og han trakk seg mer og mer bort fra venner. Han mistet etterhvert skoleplassen og flyttet tilbake til hjembyen. Foreldrene var fortvilte over at han ikke kunne ta seg sammen. De kom stadig i krangler over hans manglende initiativ og, slik de så det, manglende vilje til å gjøre noe ut av livet. Flere år gikk uten at Knut kom tilbake til skole eller jobb. Etter påtrykk fra foreldrene gikk Knut til slutt med på å søke hjelp i spesialisthelsetjenesten, og han ble tilbudt en innleggelse på en spesialisert enhet for utredning og behandling av psykoser. Han var da avmagret, og hadde store vansker med å være sammen med andre mennesker. I møte med helsepersonell holdt han dialogen på et overfladisk nivå, og unngikk samvær lengre enn få minutter av gangen.

## TEKST

Cecilie Brøvig Almås,  
psykologspesialist,  
FACT-team, DPS  
Solvang, Sørlandet  
sykehus  
Ivar Elvik,  
psykologspesialist,  
Afdeling  
spesialpsykiatri,  
Akershus  
universitetssykehus.

## KONTAKT

Cecilie.Brovig.Almas@  
sshf.no

## ILLUSTRASJON

Åge Peterson



Knuts tilfelle skapte tidlig mye engasjement hos behandleren og miljøpersonalet. Han var en ung og tilsynelatende ressurssterk mann med tydelig lidelsestrykk. Personalet møtte ham med nysgjerrighet, omsorg og behandlingssiver. Terapeuten bestemte seg for å tilby kognitiv terapi for å hjelpe Knut å overkomme hindrene som holdt ham fra skole og venner. Miljøterapeutene forsøkte å motivere Knut til å delta i aktivitetene på sengeposten. Knut avviste alle forslagene og kom med sinte utbrudd mot personalet, som igjen ble frustrerte over at han ikke nyttiggjorde seg behandlingen.

### SEL-MODELLEN

En modell vi har hatt nytte av i vårt arbeid med alvorlige psykoselidelser, er Pamela Fullers «Surviving, Existing or Living-model», SEL-modellen (2013). Pamela Fuller er en anerkjent amerikansk psykolog med lang klinisk erfaring med alvorlige psykiske lidelser hos barn og voksne. Hun har utviklet SEL-modellen, som beskriver kjennetegn ved tre faser (overlevelse, eksistens og leve) som er typiske ved de mest alvorlige psykoseforløpene. De tre fasene avgrenses av hvor personen befinner seg med hensyn til alvorlighetsgrad og intensitet på et kontinuum av åtte faktorer. De åtte faktorene er basert på kliniske trekk som ofte er fremtredende ved alvorlige psykosetilstander: selvdifferensiering, interpersonlig bevissthet, trusselvurdering/aktivering, hallusinasjoner/vrangforestillinger, tankebevissthet, tankeforstyrrelse, bevissthet om emosjoner og målrettet adferd (se tabell). En person kan bevege seg gradvis eller raskt langs kontinuumet, enten regredere eller avansere (Fuller, 2013).

Modellen er recovery-orientert og legger stor vekt på pasienters egeninvolvering på veien mot et meningsfullt og tilfredsstillende liv. Ut fra SEL-modellen kan klinikeren vurdere de mest fremtredende kliniske trekkene ved de alvorligste psykoselidelsene langs et kontinuum, og ikke kategorisk etter diagnose. Fuller legger vekt på at alvorlige psykoselidelser ofte medfører behov for hjelp og oppfølging på en rekke områder, og at det derfor er naturlig at ulike yrkesgrupper samarbeider for å møte pasientens behov ut i fra sykdomsstadiet vedkommende befinner seg på.

Modellen er basert på virksomme faktorer i psykoterapi, og er transteoretisk i det at den ikke fremhever en spesifikk terapeutisk retning (Fuller, 2013). I stedet tar modellen utgangspunkt i at



## Terapeutens motoverføring bestod av en sterk følelse av ensomhet og avmakt, og et påtrengende behov for å «reparere» Knut

mange forskjellige tilnærminger er hjelpsomme i psykoterapi ved psykoselidelser, noe forskningsfunn i økende grad støtter. Tilnærmingen samsvarer med anbefalingene i de norske nasjonale faglige rettingslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, som anbefaler både kognitiv terapi og psykodynamisk terapi, men etter fasespesifikke prinsipper (Helsedirektoratet, 2013).

### OVERLEVELSESFASEN

Overlevelsesfasen («The surviving phase») er den alvorligste, mest akutte fasen ved psykose. Denne fasen er ofte preget av alvorlige tanke- og selvforstyrrelser, som igjen kan gi sterk angst og forvirring. Det er vanlig at personer som befinner seg i overlevelsesfasen, stiller spørsmål om de faktisk eksisterer, er redde for å gå i oppløsning og opplever å være i konstant fare. De kan derfor raskt mistolke hendelser som trusler.

I samtaler med terapeuten fortalte Knut at han var usikker på om han egentlig eksisterte. Han følte andre kunne trenge seg inn i kroppen hans og lese tankene hans. Sokratisk utspørring omkring sammenheng mellom hans tanker og følelser ble forvirrende og skremmende, da han ikke klarte å skille mellom tanker og følelser, eller hvor de kom fra.

Alvorlige psykoselidelser fører ofte til en svekket evne til metakognisjon, som enkelt sagt handler om å tenke om egen og andres tenkning og emosjoner (Lysaker & Dimaggio, 2014). Svekkelsen er særlig uttalt i overlevelsesfasen, men bedrer seg gradvis i de neste fasene. I møte med pasienter med alvorlig patologi og høyt lidelsestrykk er vår erfaring at terapeuten for raskt blir endringsfokusert og overvurderer pasientens metakognitive kapasitet. Terapien



**Tabell 1** Kjennetegn ved de tre fasene av psykose

|   | <b>Overleve</b>   | <b>Eksistere</b>  | <b>Leve</b>   |
|---|---|---|---|
| <i>Selvdifferensiering</i>                  | Udifferensiert selv (mangel på konsistent, sammenhengende selvbevissthet) | Gryende selvbevissthet                                  | Differensiert selv (mer stabil selvbevissthet)                                      |
| <i>Interpersonlig oppmerksomhet</i>         | Begrenset bevissthet om andre   | Bedre bevissthet om andre                               | Generell bevissthet om andre / økende evne til empati                               |
| <i>Trusselvurdering/ -aktivering</i>        | Konstant opplevelse av trussel  | Tendens til å tolke hendelser som truende               | Riktigere vurderinger av trussel  |
| <i>Hallusinasjoner/ vrangforestillinger</i> | Fremtredende hallusinasjoner/ vrangforestillinger                         | Mindre fremtredende hallusinasjoner/vrangforestillinger | Mindre påvirket eller plaget av hallusinasjoner/ vrangforestillinger                |
| <i>Tankebevissthet</i>                      | Begrenset bevissthet om tanker  | Økende bevissthet om tanker                             | Økende selvrefleksjon rundt egne tanker og påvirkning de har på adferd og emosjoner |
| <i>Tankeforstyrrelser</i>                   | Disorganisert og/eller ulogisk tale                                       | Mer organisert og logisk tale                           | For det meste organisert og logisk tale   |
| <i>Bevissthet om emosjoner</i>              | Begrenset bevissthet og/eller upassende emosjonsuttrykk                   | Gryende bevissthet og mer passende emosjonsuttrykk      | Økende bevissthet og passende emosjonsuttrykk                                       |
| <i>Måltrettet adferd</i>                    | Begrenset adaptiv og måltrettet adferd                                    | Gryende adaptiv og måltrettet adferd                    | Økende adaptiv og måltrettet adferd   |

Hentet fra Fuller (2013). Oversatt av Almås og Elvik.

i denne fasen bør først og fremst handle om å skape et trygt og forutsigbart miljø for pasienten. I overlevelsesfasen opplever ofte pasientene andre mennesker som uforutsigbare, og følelser og tanker som uoversiktlige. De første målene for terapien bør derfor være å dempe forvirring og angst, og å etablere trygge relasjoner til terapeuter og miljøpersonalet.

Den gamle terapeutiske læresetningen «validering før endring» passer godt i denne fasen. For tidlig utfordring av vrangforestillinger vil ofte føre til at pasienten ikke opplever seg forstått, og gjerne kommer i en posisjon der han må forsvare sitt virkelighetssyn.

Etter at Knut hadde vært i behandling noen måneder, ble han tryggere på terapeuten, og han turte å åpne mer opp for det han bar på inni seg. Han begynte å fortelle om opplevelser av at offentlige personer hadde trakassert ham over lengre tid, sendt ham skjulte beskjeder via forskjellige medier og dannet en konspirasjon mot ham, som også involverte venner og familie. Det kom frem at han hørte stemmer fra familie og venner som snakket nedsettende til ham og oppfordret ham til å begå selvmord. Han bar på en enorm skyldfølelse og opplevde at han var involvert i flere store naturkatastrofer og terroranslag i verden. Fremdeles var han usikker på hva som var virkelig og ikke. Han var spesielt

opptatt av om han var alene igjen i verden etter at alle andre hadde begått selvmord. Han søkte bekræftelse på at det ikke var tilfellet, og spurte stadig om terapeuten hadde begått selvmord, eller om hun syntes at han burde ta livet sitt.

Terapeutens motoverføring bestod av en sterk følelse av ensomhet og avmakt, og et påtrengende behov for å «reparere» Knut. Hun problematiserte behovet hans for å trekke seg tilbake i stressende situasjoner, og utfordret ham til å ta kontakt med kommunale aktivitets tiltak. Terapeuten utfordret innholdet i vrangforestillingene ved å stille sokratiske spørsmål om hvordan Knut forklarte opplevelsen av å høre stemmer. I sin iver etter å være til hjelp satte hun i gang terapeutiske tiltak der hun stilte for høye krav til metakognisjon og ikke tok tilstrekkelig hensyn til at Knut i denne sykdomsfasen trengte å redusere stress og få validert egne opplevelser.

Etterhvert som terapeuten ble bevisst egne motoverføringsreaksjoner, ble det enklere for henne å tåle avmakten og ubehaget motoverføringsreaksjonene medførte. Hun ble klar over hvilket sykdomsstadium Knut faktisk befant seg på, og dermed hvor omfattende plagene hans var. Dette bidro til at hun nå først og fremst trygget Knut gjennom å bekrefte at han var i live, og ved å tydeliggjøre forskjellene mellom ham og terapeuten eller miljøpersonalet. I den prosessen var det viktig å øke bevisstheten



**Tabell 2** Fasespesifikke intervensjoner

| Overlevelsfasen                            | Eksistensfasen  | Levefasen   |
|--|---|---|
| Styrkende fokus                            | Fortsetter å styrke/begrenset avdekking                 | Mer avdekking/prosessering                        |
| Arbeid med selvdefinering/-differensiering | Arbeide med selv-definering og selv i forhold til andre | Selv i forhold til andre, samarbeid               |
| Her og nå-fokus                            | Her og nå- og fremtidsfokus                             | Fortid-, her og nå- og fremtidsfokus              |
| Aktivitetsgrupper                          | Noe arbeidsrelatert aktivitet                           | Arbeid  |
| Normalisering                              | Psykoedukasjon og ferdighetstrening                     | Psykoedukasjon og ferdighetstrening               |
| Merke og romme følelser                    | Øke bevissthet mot og håndtering av følelser            | Motivere til større grad av følelsesuttrykk       |
| Øke bevissthet om tanker                   | Kognitiv adferdsterapi                                  | Kognitiv adferdsterapi                            |
| Modifisert psykodynamisk terapi            | Psykodynamisk terapi                                    | Psykodynamisk terapi / andre utforskende terapier |
| Samarbeid om medisiner                     | Samarbeid om medisiner                                  | Samarbeid om medisiner                            |
| Psykoedukasjon for familien                | Psykoedukasjon for familien / familieterapi             | Familieterapi                                     |

*Hentet fra Fuller (2013). Oversatt av Almås og Elvik.*

om hans personlige egenskaper – hvem han var. Krav om aktivitet ble også nedjustert. Disse konkrete intervensjonene hjalp ham til å styrke grensene mellom seg selv og andre. Etter hvert lot hun være å handle på behovet for å reparere ham og klarte å formidle håp om bedring når motløsheten var størst. Da ble det lettere for Knut selv å tåle ubehaget.

### EKSISTENSFASEN

Etter hvert vil pasienten bevege seg over i eksistensfasen («The Existing Phase»). Denne fasen kjennetegnes av økt bevissthet om egne og andres tanker og følelser. Affektbevisstheten øker, og dermed også affekttoleransen. Det bidrar igjen til at toleransen for stress øker. Pasienter kan i større grad møte angstfremmende situasjoner og prøve alternative mestingsstrategier. Grensene for selvet og mellom selv og andre forsterkes, og samspill med andre blir mindre overveldende. I denne fasen er det fortsatt vanlig med en del plagsomme hallusinasjoner og vrangforestillinger.

I takt med bedret metakognitiv funksjon kan terapeut og pasient begynne å undersøke sammenhenger mellom tanker og følelser her og nå. Dette legger grunnlaget for å utarbeide enkle kausformuleringer. Slike formuleringer kan hjelpe til å forstå problemer her og nå, og gir et ståsted for videre utforskning av bakenforliggende årsaker til psykotiske opplevelser. Både psykodynamisk og kognitivt orienterte terapier for psykoser vektlegger viktigheten av å danne mening av symptomene ut fra den konteksten de oppstod i (Morrison, 2001; Ogden, 1991).

Knut tålte nå bedre kontakt med andre mennesker og hadde ikke lenger like stort behov for å isolere seg. Terapeuten kunne rette oppmerksomheten mot mer hensiktsmessige mestingsstrategier og begynne å orientere behandlingen mot fremtiden. Etterhvert som Knut klarte å skille tanker fra handlinger, og klarte å styre tankene sine i større grad, kunne de forsiktig gå i gang med å utforske meningen bak opplevelsene hans. Knut var fremdeles plaget av hallusinasjoner, men disse gav ikke like mye ubehag eller forstyrrelser i dagliglivet. Han gav uttrykk for frustrasjon i terapien, noe som gjorde terapeuten bevisst på hans økte toleranse for egne følelser. Denne erkjennelsen gjorde at mer utfordrende tema kunne utforskes i terapien.

Han ble ikke lenger overveldet av angst når terapeuten spurte ham om opplevelsen av hennes innbilte selvmord. Det kom frem at Knut så for seg livaktige bilder av terapeuten hengende med et tau rundt halsen. Han tolket disse mentale bildene som sannheter, og reagerte med panikk. Terapeuten tolket bildene som uttrykk for et underliggende, uutalt sinne hos Knut. Relasjonen til terapeuten minnet om tidligere påkjenninger fra skolen, der han hadde blitt mobbet og ikke fått god nok hjelp fra sin lærer. Han hadde på den tiden hatt selvmordstanke og sinne mot sin lærer på samme tid. Da Knut befant seg i overlevelsfasen hadde han ikke klart å se seg selv og terapeuten som klare avgrensede personer. Han hadde egentlig vært sint på terapeuten og redd for at han selv skulle forsvinne, men reagert med et psykologisk svar: Terapeuten ble den som stod i fare for å forsvinne, og han fikk selv rollen med å passe

på henne. Redselen for at hun skulle forsvinne var i seg selv så overveldende at han til slutt utagerte. Terapeuten kunne nå normalisere Knuts sinne, og hjelpe til med å skille mellom tanke og handling ved å bekrefte at det er normalt og ufarlig å ha aggressive tanker rettet mot terapeuten, det fører ikke til skade på verken pasient eller terapeut.

### LEVEFASEN

Psykoterapeutisk arbeid med alvorlige psykoser er ofte en lang prosess der en lenge kan jobbe med helt grunnleggende behov som støtte og beskyttelse. På kort sikt blir overlevelse og stabilisering overordnede mål, og det mer langsiktige målet om å hjelpe pasienten videre over i levefasen («The Living Phase») kan virke uopnåelig. Denne fasen kjenntegnes av økt evne til selvrefleksjon og realistisk vurdering av fare. Tanke og tale fungerer mer samlet. Pasienten klarer å vedkjenne seg og uttrykke følelser. Hallusinasjoner kan forekomme av og til, men uten at det fører til sterkt ubehag eller påvirker funksjonen. For mange vil tidligere, mer alvorlige psykotiske opplevelser nå opptre som skremmende minner. Mange vil derfor være tilbakeholdne med å møte nye, utfordrende situasjoner av frykt for økning av psykotiske opplevelser. Det er en frykt som ofte deles av terapeuten, hvis hun ikke gjenkjenner at pasienten nå befinner seg i en fase med større affekttoleranse og evne til adaptive mestringsstrategier. Pasienten vil ifølge Fuller nå være klar for traumefokuserte terapeutiske behandlingsintervensjoner (Fuller, 2013).

PTSD er en vanlig komorbid tilstand hos pasienter med psykoselidelser (Achim et al., 2011). Anbefalt behandling for PTSD innebærer traumefokusert behandling (NICE, 2005), men i manualene er pågående psykotiske symptomer ofte et eksklusjonskriterium for å motta behandlingen (van den Berg et al., 2015). I praksis har det medført at pasienter med vedvarende psykose og samtidig PTSD sjelden får

tilbud om eksponeringsbaserte behandlingsmetoder for PTSD. Imidlertid viste nylig en RCT-studie som sammenlignet behandlingsintervensjonene EMDR og «prolonged exposure» (PE) med venteliste for pasienter med både schizofreni og PTSD, en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer og paranoide tanker hos pasientene (de Bont et al., 2016; van den Berg et al., 2015). Behandlingen førte ikke til økning av uønskede hendelser som suicid eller innlegelser, og det ble konkludert med at pasienter med pågående psykose var gode kandidater for PE og EMDR-behandling. Vår erfaring er at pasienter med god affekttoleranse og ønske om å bearbeide traumatiske minner responderer godt på en traumefokusert tilnærming selv om de fremdeles befinner seg i eksistensfasen.

En felles kasusformulering gav grunnlag for å se sammenhengen mellom Knuts tidligere opplevelser av mobbing og den grunnleggende opplevelsen av at han nå måtte være på vakt for å holde seg trygg i en verden befolket av farlige personer. Nye situasjoner som minnet om skoleerfaringer, førte til sterk angst, og han brukte sine gamle beskyttelsesstrategier. Problemet var at strategien om å være på vakt, som hadde holdt ham trygg som barn, hadde gjort ham ekstra utsatt for paranoide ideer som voksen. Traumefokusert samtaleterapi gjorde at Knut fikk muligheten til å forholde seg annerledes til både gamle minner og nye situasjoner. Han ble etter hvert klar til å møte omgivelsene med større tillit i stedet for mistenksomhet. Knut hadde ved avslutning av terapien fremdeles perioder med hallusinatoriske opplevelser, men opplevde selv at han kunne leve livet sitt på en fullverdig måte på tross av dette. Han deltok i sportslige aktiviteter med venner, og hadde begynt å ta noen enkeltfag som privatist. Det langsiktige målet var å komme tilbake i jobb, men han ville ta den tiden han trengte for å komme dit.

### Å STÅ I DET UVISSE

En «one-size-fits-all»-tilnærming til psykosebehandling passer dårlig når pasientene vi møter, har så forskjellige symptomuttrykk, lidelsestrykk og grad av funksjonsnedsettelse. Med en slik tilnærming vil man stå i fare for å miste fleksibilitet i behandlingen. Etter vårt syn handler beste praksis ikke om å velge en terapiretning fremfor en annen, men å kunne forstå hvilke intervensjoner som passer når i



**PTSD er en vanlig komorbid tilstand hos pasienter med psykoselidelser**





## Økt forståelse for pasientens plager på forskjellige tidspunkter i sykdomsløpet har hjulpet oss til å bli tryggere, mer tålmodige terapeuter

forløpet, og tilpasse dem til personen. En mulig fallgrube ved en slik integrativ tilnærming er at terapien ender opp som en form for «skjæretterapi», der terapeuten stjeler elementer fra forskjellige terapiformer uten noen grunnleggende forståelse av terapiformene det stjeles fra. Teoretiske modeller, som SEL-modellen, bør derfor brukes som et overordnet rammeverk og ikke som en erstatning for kompetanse i en bestemt terapiretning.

Andre modeller kan også være til hjelp for å «time» intervensjoner, for eksempel trøste-forstå-endre-modellen fra kognitiv terapi (Nordahl, 2008). *Trøst* handler om relasjon til pasienten, og intervensjoner i denne fasen er støttende og bekreftende. I *forstå*-fasen undersøker pasienten og terapeuten sammenhengene mellom tanker,

følelser, handlinger og levereleger. Å *endre* dreier seg om å iverksette intervensjoner og teknikker. Denne modellen kan ses som en enklere variant av SEL-modellen: En pasient i overlevelsesfasen vil trenge trøst og bekreftelse, og det er viktig at terapeuten trygger pasienten og hjelper til med selvavgrensning. Forståelse og endring kommer gjerne senere i forløpet, etter at en trygg relasjon mellom pasient og behandlere er etablert, tilsvarende eksistere- og levefasen i SEL-modellen.

Fasemodeller som dette har vært til god nytte for å forstå når vi har trådt feil, og hvorfor ulike intervensjoner ikke har fungert som vi har ønsket. Faseforståelsen har også gitt oss mot til å teste ut mer krevende intervensjoner, som ulike former for traumeterapi vi tidligere ikke har våget å teste ut på grunn av pasientens sårbarhet for psykose. Vi har lært at affektoleranse og metakognitiv kapasitet er en viktigere forutsetning for traumefokusert terapi enn diagnostisk kategori. Ved å aktivt benytte oss av SEL-modellen har vi fått muligheten til å reparere mulige brudd for dermed å styrke den terapeutiske alliansen. Økt forståelse for pasientens plager på forskjellige tidspunkter i sykdomsløpet har hjulpet oss til å bli tryggere, mer tålmodige terapeuter – terapeuter som bedre tåler å hvile i det uvisse og stå i avmakten som ikke sjelden preger disse behandlingene. ✖

## REFERANSER

- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 811-821.
- de Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. M. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 46(11), 2411-2421.
- Fuller, P. R. (2013). *Surviving, existing, or living: Phase-specific therapy for severe psychosis*. London: Routledge.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose lidelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>
- Lysaker, P. H., & Dimaggio, G. (2014). Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: implications for developing treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 487-491.
- Morrison, A. P. (2001). The Interpretation of intrusions in Psychosis: An integrative approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 257-276.
- National Institute for Health and Care Excellence (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care* (NICE Guideline 26). Hentet fra: <https://www.nice.org.uk/Guidance/cg26>
- Nordahl, H. M. (2008). Personlighetsforstyrrelser. I T. B. A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal.
- Ogden, T. H. (1991). The nature of schizophrenic conflict. I *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique* (s. 135 - 171). New York: Jason Aronson.
- van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259-267.