

Bacheloroppgåve i sjukepleie



Korleis kan sjukepleiar nytte seg av kognitiv terapi overfor pasientar med sosial angst?

Dato for innlevering: 30.09.2014

Kandidat nr: 106

Kull: 182

Antall ord: 10414

Veileder: Trine Klette

«Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst passe på å finne han der hvor han er og begynne der»

- Søren Kierkegaard

Innholdsfortegnelse	Side
1. Innleiing	4
1.1 Bakgrunn for val av tema	4
1.2 Problemstilling	4
1.3 Oppgåvas hensikt og sjukepleiefagleg relevans	5
1.4 Oppgåvas avgrensingar	5
1.5 Definisjon av sentrale omgrep	6
1.6 Oppgåvas vidare oppbygning	6
2. Metode	8
2.1 Litteraturstudie som metode	8
2.2 Kvantitativ og kvalitativ tilnærming	8
2.3 Litteratursøk	9
2.3.1 Inklusjonskriterium	10
2.3.2 Eksklusjonskriterium	10
2.4 Søkehistorikk	11
2.5 Presentasjon av forskingsartiklar	12
2.6 Kjeldekritikk	13
3. Teori	15
3.1 Sosial angstliding	15
3.1.1 Årsaker til sosial angstliding	16
3.1.2 Angstens fysiologi	16
3.2 Kognitiv Terapi	17
3.2.1 Negative automatiske tankar, ein vond sirkel	18
3.2.2 Behandlingsallianse i kognitiv terapi	19
3.2.3 Terapeutisk empati	19
3.3 Terapeutiske hjelpemiddel	20
3.3.1 ABC(D)-modellen	20
3.3.2 Eksponeringsterapi	22
3.3.3 Gruppeterapi	23
3.4 Joyce Travelbee	24

3.4.1	Å nytte seg sjølv terapeutisk i sjukepleia	24
3.4.2	Håp	26
3.5	Lovverk og etikk	26
4.	Drøfting	28
4.1	Å nytte seg sjølv terapeutisk	28
4.2	Kognitiv gruppeterapi	31
4.3	Relasjon	33
5.	Konklusjon	37
	Litteraturliste	38

1. Innleiing

I dette kapitlet tek eg for meg bakgrunnen for mitt val av tema, problemstilling, oppgåvas avgrensingar, definisjon av sentrale omgrep og oppgåvas oppbygning.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Sosial angst er den hyppigast førekomme angstlidinga, det er vanleg å rekne at ca. 13 prosent av befolkninga vil bli ramma i løpet av livet (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001).

Eg har lenge hatt stor interesse for utfordringar knytt til psykisk helse. Praksisperioden eg gjennomførte innanfor psykiatrien, var svært inspirerende og bidrog til å forsterke denne interessa. Eg var heldig som fekk møte dyktige helsearbeidarar som utgjorde ein viktig forskjell for pasientane, noko eg også ynskjer å kunne bidra med som komande sjukepleiar. Kognitiv terapi såg eg var eit nyttig ”verktøy” som helsearbeidarane bruka i møte med pasientar med ulike former for psykiske lidingar, som til dømes depresjon og ulike former angst.

Eg ynskjer i oppgåva å sjå nærare på korleis sjukepleiar kan nytte kognitiv terapi overfor pasientar med sosial angstliding for å lindre deira symptom, samt finne metodar for å auke deira meistringsevne.

Med dette arbeidet har eg eit ynskje om å få ei betre forståing for kva sosial angstliding inneber samt auka innsikt i kognitiv terapi for å stå betre rusta som sjukepleiar i møte med pasientar som slit med dette.

1.2 Oppgåvas problemstilling

Korleis kan sjukepleiar nytte seg av kognitiv terapi overfor pasientar med sosial angst?

1.3 Oppgåvas hensikt og sjukepleiefagleg relevans

Kognitiv terapi handlar om å finne fram pasientens ressursar, interesser og sterke sider. Kognitiv terapi opplevast som jordnær og nyttig i møte med problem og utfordringar i det daglege behandlingsarbeidet (Berge & Repål, 2010).

Hensikta med oppgåva er å sjå på verdien av at pasient og terapeut har ei felles forståing av problemet dei samarbeider om å løyse, og kva som kjenneteiknar ein god allianse i kognitiv terapi.

Eit sentralt mål i kognitiv terapi er å hjelpe pasienten med å meistre livssituasjon sin (Berge & Repål, 2010). Dette målet er også sentralt innanfor sjukepleiefaget (Hummelvoll, 2012). Kognitiv terapi bidrar til sjølvhjelp, det inneber samhandling, psykisk støtte, empati, tillit, tilrettelegging, kartlegging av problem og problemløysning for at pasienten skal meistre ulike ikkje føremålstenlege tankemåtar på eige hand (Berge & Repål, 2010)

I tråd med Hallberg og Ørbecks (2006) argument er kognitiv terapi nyttig og viktig for alle som arbeider med pasientar innanfor psykiske helsevern, sjukepleiarar inkludert. Fokuset mitt vil vere retta mot korleis sjukepleiaren gjennom samspel kan påverke pasienten terapeutisk slik at livskvaliteten betrast. Sjukepleiaren vil berre i liten grad vere fokusert mot funksjonsorientert problemløysing, men vil bruke sjølve relasjonen som terapeutisk verkemiddel. Slik vil pasienten bli avlasta for stress og får frigjort krefter til å kunne utnytte sine erfaringar frå tidlegare sjukdom og lidning, ein interaksjonsteori Joyce Travelbee er kjent for (Krogh, 2005).

1.4 Oppgåvas avgrensingar

På grunn av oppgåvas avgrensing har eg valt berre å ta for meg ei type angstlidning, sosial angst, då dette er den hyppigaste førekommande angstlidninga (Borge & Hoffart, 2009).

Oppgåva er avgrensa til å gjelde vaksne. Eg har vidare valt å sjå bort frå faktorar som kjønn, etnisitet og grad av angst. Eg tek utgangspunkt i at pasienten er motivert og mottakeleg for rettleiing og behandling. Behandlinga finn sted på døgnavdeling med langtidsopphald.

Av kognitive metodar har eg valt å presentere tre, ABC(D)-modellen, eksponeringsterapi og gruppeterapi. Bortsett frå kognitive tilnæringsmetodar, ser eg bort frå andre sjukepleieoppgåver.

Temaet er omfangsrikt, så eg har måtta gjere prioriteringar. Sjølv om både medikamentbruk og pårørande er viktige faktorar i psykisk helsevern, har eg valt bort medikamentbruk og berre nemnt pårørande i drøftingsdelen.

Travelbees teori er omfattande, eg går derfor ikkje på djupna på tema som kommunikasjon og håp.

1.5 Definisjon av sentrale omgrep

Kognitiv terapi: Kognitiv terapi er ei øving i indre samtaler, der pasienten vidareutviklar evna til å utforske eigne tankar og sette spørsmålsteikn ved fastlåste tankemønster (Berge & Repål, 2010). Omgrepet *kognitiv* kjem frå latin og kan omsettast til tolking, forståing eller oppfatning (Aarøe & Øiesvold, 2004).

Sosial angstlidning: Reint språkleg tyder ordet angst «trong». Latin: *angustus*, verbet *anger* tyder å påføre smerte ved å presse saman eller å kvele (Hummelvoll, 2012). Sosial angst, også kalla sosial fobi, er ei form for fobisk angst der ein er engsteleg for situasjonar som utsett ein for kritiske blikk. Dei som slit med sosial angst, er redde for at andre skal sjå på dei, vurdere dei og danne seg ei meining om dei (Berge & Repål, 2010).

1.6 Oppgåvas vidare oppbygging

Oppgåvas oppbygging er strukturert etter IMRaD- modellen: «Introduction, methods, results and discussion». Dette er ein mal for korleis ei oppgåva skal vere strukturert.

Etter innleiing følgjer eit metodekapittel og ei grunngjeving for val av metode. Metoden i oppgåva er litteraturstudium basert på fag- og forskingsartiklar. Her tek eg for meg min framgangsmåte for å innhente data ved å presentere dei ulike databasane og søkeorda eg har tatt i bruk for å finne eigna litteratur.

Vidare følger hovuddelen som består av eit teorikapittel og eit drøftingskapittel. I teoridelen presenterer eg fire forskingsartiklar og faglitteratur/teori som eg meiner er relevant i høve til oppgåvas fokus. Sentrale tema, sosialangst og kognitiv terapi, er presentert. For å belyse oppgåva ut frå sjukepleiars perspektiv, ser eg nærmare på Joyce Travelbees teori. Vidare peikar eg på viktigheita av behandlingsalliansen i kognitiv terapi og på terapeutiske hjelpemiddel, samt på lovverk og etikk i forhold til psykisk helsevern.

I drøftingsdelen presenterer eg mine hovudfunn og avsluttar oppgåva med å summere opp, gje ein konklusjon som svarer på oppgåvas problemstilling. Bakarst står litteraturlista.

2. Metode

Sentrale tema i dette kapitlet er presentasjon av framgangsmåte ved litteratursøk, utvalskriterier, presentasjon av funn og kjeldekritikk. I dette kapitlet skriv eg om oppgåvas metode, ein framgangsmåte og eit middel til å få fram kunnskap knytt til oppgåvas problemstilling. Metode er ein framgangsmåte for å få fram kunnskap eller etterprøve påstandar som framsettas med krav om å være sanne, gyldige eller haldbare (Dalland, 2012). Dette for å få fram kunnskap eller etterprøve påstandar som framsetes med krav om å være sanne, gyldige eller av haldbarheit.

Metodearbeidet kan gje oss gode data for å belyse spørsmål på ein god og fagleg måte. Ved å bruke nyare forskning og faglitteratur, prøver eg å finne ulike metodar og måtar innanfor kognitiv terapi som sjukepleiar kan ta i bruk.

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er ein metode for å samle inn og analysere eksisterande kunnskap knytt til eit bestemt tema/problemstilling (Dalland, 2012). Fag- og forskingsartiklar som allereie eksisterer, hjelper meg i arbeidet med å belyse problemstillinga på ein interessant måte.

I følge Forsberg & Wengstrøm (2008) inneber litteraturstudie systematisk og kritisk gjennomgang av data rundt eit valt problemområde. Ein viktig føresetnad er at det eksisterer studiar av god kvalitet som kan vere med på å legge grunnlaget for vurdering og bedømming. Eit litteraturstudie skal mellom anna bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillingar og innsamlingsmetodar, noko som eg har nytta i mi oppgåve (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

2.2 Kvantitativ og kvalitativ tilnærming

For å beskrive ei tilnærming opererer ein med omgrep som kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Kvantitativ tilnærming har den fordel at den gir data i form av målbare einingar, der tala gjer ein rekneoperasjon som gir ein moglegheit til å finne gjennomsnitt og prosent av ei større mengde. Ei kvalitativ tilnærming dreiar seg om å fange opp meiningar og

opplevingar som ikkje kan målast eller talfestast (Dalland, 2012). Min metode byggjar på dette.

I forskingsartiklane eg har valt, er det derimot bruka både kvantitative og kvalitative tilnærmingar som forskingsreiskap

2.3 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur, lånte eg bøkar frå biblioteket ved bruk av BIBSYS, bibliotekets eige database.

Søkeord eg bruka i BIBSYS var: angst, sosialangst, angstlidelser, angst og fobier, psykiatrisk sykepleie, psykiatri, kognitiv terapi, sykepleie, metode. Eg brukte bokmål sidan det meste av litteraturen er skriva på bokmål. Eg prøva også å kombinere orda eg søkte på, og fann mykje relevant litteratur. Med god hjelp av skulens bibliotekar, pensum liste og fagfolk innanfor fagfeltet, fann eg litteratur som var relevant for mi problemstilling.

For å finne forskingsartiklar tok eg i bruk helsefaglege forskingsbasar som, Sykepleien.no, Idunn, Cinahl og PubMed. Valet av desse databasane tok eg ut i frå skulens erfaring og kompetanse.

Søkeord eg bruka var: angst, angstlidelse, sosial angst og fobiar, psykiatri, psykisk helse, sosial fobi, kognitiv terapi, sykepleie, therapeutic relationship, mental health, cognitive therapy, anxiety, nurse. Eg kombinerte også dei ulike orda i søket. Søket etter artiklar var krevjande, det var vanskeleg å finne artiklar som var spesifikke nok til å ta i bruk i mi oppgåve. Etter mykje leiting fann eg både fag- og forskingsartiklar.

Under mitt søk i databasane søkte eg både i fritekst og med standardiserte emneord/tesaurus. Etersom emneordsøkinga ga svært få treff, valde eg å ta utgangspunkt i fritekstsøk.

Litteraturen eg har brukt mest er: *Håndbok i kognitiv terapi* og *Den indre samtalen* av Torkil Berge & Arne Repål. Redaktørane er spesialistar i klinisk psykologi.

Håndbok i kognitiv terapi (2009), ei bruksbok i kognitiv terapi som tar opp dei problema pasientar i klinisk praksis oftast ber om hjelp for. Kapitla har eit praktisk utforming, presenterer konkrete behandlingsopplegg.

Den indre samtalen (2010) gir ein praksisnær beskriving av dei grunnleggande elementa i kognitiv terapi. Boka viser korleis pasient og terapeut i samarbeid kan gå fram for å oppnå kontroll over psykiske vanskar.

2.3.1 Inklusjonskriterium

Kriterium for mitt val av litteratur og forskingsartiklar var at dei måtte vere av relevans innanfor kognitiv terapi, angst eller sosial angst. Sjukepleiaren skulle også ha ei rolle i studiet. For å redusere mengde litteratur og moglegheit for feiltolking, har eg valt å bruke norsk, engelsk litteratur og forskning. Her har eg også ein artikkel frå USA.

Mitt kriterium for forskingsartikkel var at artikkelformatet skulle vere etter IMRAD-strukturen. Artikkelen skulle ha ein innleiande del, ein metodedel, ein del med presentasjon av resultata og ein diskusjonsdel. Oppbygginga av IMRAD er eit viktig kjenneteikn innanfor medisinske og helsefaglige publikasjonar på at artikkelen er vitskapeleg/forskningsbasert (Lerdal, 2012).

Eg valde i tillegg databasar som publiserer vitskapelege forskingsartiklar, artiklar som er publisert i pålitelege vitskapelege tidsskrift eller fagtidsskrift. Dette er artiklar av kvalitet som er sikra ved at dei er vurdert av fagfolk før dei blei publisert (Dalland, 2012).

Forsking av nyare dato, frå 2000, har i tillegg vore viktig under søkeprosessen for å sikre at temaet i mi oppgåve har relevans i notid, og for redusere mengde funn.

2.3.2 Eksklusjonskriterium

Kriteria eg hadde for artiklane var at dei skulle vere av fulltekst, dermed kan eg ha oversett relevante artiklar som ikkje har vore tilgjengeleg som fulltekst. Eg valte også å sjå bort i frå artiklar som omhandla somatisk sjukdom. Dessutan hadde eg som kriterium at forskinga skulle vere knytt til ein institusjon/behandlingssenter.

Ei utfordring har vore å finne artiklar som er relevante for mi problemstilling. Eg var oppteken av å finne artiklar om korleis kognitiv terapi kunne bli brukt av sjukepleiar, ikkje berre legar og psykologar, samt utfallet av behandlinga. Dette har vore svært utfordrande.

2.4 Søkeshistorikk

Her er ein oversikt som viser databasar som blei nytta, samt framgangsmåten for å finne dei fire utvalte forskingsartiklane.

Database	Søkeord	Avgrensingar	Antall treff	Utvalt artikkel
PubMed	Self-help, cognitive therapy, primary care, nurse	- Engelsk - full tekst	Nr 12/12	A. Richards et al. (2003) Storbritannia
Idunn	Kognitiv terapi, sosial angst	0 avgrensingar	Nr 1/3	T.S Linnerud, B. Karlsson (2009) Norge
Sykepleien.no	Kognitiv terapi	- Fritekst: eksakt	Nr 14/24	B.A. Sandvik (2011) Norge
Cinahl	Experience of the therapeutic, relationship, nurse, mental health	- 2005 – 2014 - Fulltekst - Akademiske tidsskrifter - Middle aged: 45-64 years - Adult:19-44 years - Referansar tilgjengelig	Nr 1/6,227	M.M. Shatell, S.S. Starr, S.P. Thomas (2007) USA

2.5 Presentasjon av forskingsartiklar

PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care av Ann Richards, Michael Barkham, Jane Cahill, David Richards, Chris Williams and Phil Heywood (2003).

I denne studien blei kognitiv sjølvhjelpsterapi utført av sjukepleiarar samanlikna med ordinær behandling utført av allmennlegar på pasientar med angst og depresjon. 139 pasientar var med i undersøkinga, 75 fekk kognitiv sjølvhjelpsterapi og 64 ordinær behandling (Richards et al., 2003). Samanlikninga viser at dei pasientane som fekk behandling utført av sjukepleiarar var mest fornøgd med behandling.

Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser – pasienters opplevde utbytte av Torill Solheim Linnerud og Bengt Karlsson (2009).

Gjennom intervju med eit avgrensa antal pasientar med angst, blei det undersøkt korleis pasientar med ulike psykiske lidingar opplevde utbytte av kognitiv gruppeterapi. Pasientane ga uttrykk for at dei hadde opplevd ein eller annan form for symptomreduksjon (Linnerud & Karlsson, 2009).

Mindfulness – det oppmerksomme nærvær av Berit Anders Sandvik (2011).

Forskinga går ut på å utforske sjukepleiaren si oppleving av fenomenet nærvær. Eit Mindfulness-Based Stress-Reduction (MBSR) program blei gjennomført for seks sjukepleiarar frå eit universitetssjuehus og etterfølgd av djupdeintervju som blei analysert ved fenomenologiske-hermeneutisk metode. Intervju viste at ved å trene på det oppmerksame nærvær, kan den sjukepleiefaglege kjernekompetansen vere i utvikling (Sandvik, 2011).

‘Take my hand, help me out’: mental health service recipients`experience of the therapeutic relationship av Shattell.M.M., Star.S.S & Thomas.S.P (2007).

Denne studien er ein sekundær analyse av kvalitative intervjuar til pasientar med ulike psykisk lidingar. Med i undersøkinga var 20 vaksne i kommunal bustad som hadde terapeutiske relasjonar med sjukepleiarar, leger, psykologar, sosialarbeidarar og rådgivarar. Data blei analysert ved hjelp av eksistensiell fenomenologisk tilnærming. Undersøkinga viser at teknikk aleine ikkje er nok, men at nøkkelen også er å bygge opp ei god allianse (Shattel et al., 2007).

2.6 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk blir brukt for å avgjere om ei kjelde er sann, påliteleg og truverdig. Det er viktig å kunne vurdere og karakterisere kjeldane som nyttast, blant anna for å gje lesarane moglegheit til å sjå kva for refleksjonar som er gjort, samt kva for relevans og gyldigheit litteraturen har i forhold til belysning av problemstilling (Dalland, 2012).

Litteraturstudie som metode gjev ein fordel og moglegheit til å innhente store mengder data i løpet av ein relativ kort tidsperiode. Ei ulempe ved litteraturstudie er at det ofte blir anvendt sekundærlitteratur, der forfattaren viser til andre forfattarar (Dalland, 2012). Forfattaren kan ha tolka andre sine meiningar feil, vist til og referert noko som kan føre til vidare feiltolking.

Som primærkjelder har eg valt å ta i bruk Torkil Berge, spesialist i klinisk psykologi og Arne Repål, psykolog og forfattar. Ei innvending kan vere at bakgrunns litteraturen er innanfor psykologifaget og ikkje sjukepleie. Men i mitt søk etter litteratur om kognitiv terapi, fann eg at det meste av dette er å finne innanfor psykologifaget.

Det kan vere lett å la seg påverke til å sjå det som stadfestar eins førforståing. Mi forståing av teksten vil vere avgjerande for funna. Eg kan til dømes tolke teksten annleis enn ein annen lesar ville ha gjort. Eg kan i tillegg ha oversett noko vesentleg eller misforstått det eg har lese. Det er mine vurderingar og tolkingar av teksten som ligg til grunn for funna i denne oppgåva.

Ein faktor eg ser på som positiv, er kunnskapen eg tileignar meg gjennom litteraturstudiet. Kunnskapen kan bidra med å auke mi forståing av korleis sjukepleiaren kan hjelpe ein pasient med sosial angst, samt gje meg større handlekraft i praktiske situasjonar. Metoden har moglegheit til å gje meg gode data som kan belyse problemstillinga mi på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2012).

Forskningsartiklane som blir bruka i denne oppgåva, er alle publisert i anerkjente tidsskrift. For å unngå dei store kulturforskjellane har eg halde meg til norsk, amerikansk og engelsk litteratur og forskning. Det kan vere vanskeleg å overføre idear og metodar frå kulturar som er svært ulik vår, på den andre sida kan dette bidra til eit breiare perspektiv på temaet. Det vektleggast at terapeuten har eit reflektert forhold til betydinga av sin eigen kulturelle bakgrunn og verdiar (Berge & Repål, 2009). Eg ser derfor på desse fire utvalde artiklane som relevante for mi oppgåve da dei inneheld sentrale element i kognitiv terapi.

Ei svak side kan vere at nokre av undersøkingane er forholdsvis små, ei avgrensa mengd pasientar er involvert. Ei sterk side er at undersøkingane er grundige, det blir brukt både intervju og målingar etter anerkjente skalaer. Dessutan spanner undersøkingane over eit lengre tidsrom.

3. Teori

I dette kapitlet presenterer eg teori om sosial angst, kognitiv terapi, teorien til Travelbee og terapeutiske hjelpemiddel.

3.1 Sosial angstliding

Sosial angst er den forma for angstliding som førekjem hyppigast. Ca 13% av befolkninga blir ramma i løpet av livet (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001) Samanlikna med depresjon og andre angstlidingar har sosial angst minst spontan betring (Borge & Hoffart, 2009). Sosial angst har vist seg å føre til omfattande reduksjon i livskvaliteten, og har dessutan ein tendens til å vare livet ut dersom angsten ikkje blir behandla. Nyare studiar stadfestar forskaranes mistanke om at sosial angst er underdiagnostisert. Mange er ikkje klar over si angstliding, og får følgjeleg inga fagleg hjelp (Lund, 2014).

Ved sosial angst er det frykta for å bli vurdert negativt av andre som opptek tankane. Ein dømmar seg sjølv utifrå sine eigne tankar og kjensler. Ofte dannar ein eit bilete av seg sjølv etter korleis ein trur ein blir oppfatta av andre (Borge & Hoffart, 2009). Vaktsemda dreiar seg i hovudsak om å unngå å bli avslørt som mindreverdige, dum, uintelligent eller underleg. Desse tankane er subjektiv informasjon, noko som i hovudsak er skjult for andre og som ingen har tilgang til (Borge & Hoffart, 2009).

Det finst to typar sosial angst. Generalisert angst utløysast i dei fleste situasjonar der ein får kjensle av å bli utsett for andre si merksemd. Spesifikk angst er meir avgrensa i høve til spesifikke situasjonar som til dømes det å snakke i ei større forsamling (Borge & Hoffart, 2009).

I sosial angst er det to komponentar, interaksjonsangst og presentasjonsangst.

Interaksjonsangst er å kjenne på frykt for å bli avslørt som mindreverdige og komme til kort i sosiale samanhengar (Borge & Hoffart, 2009). Presentasjonsangst opptreer når ein skal prestere noko for andre. Desse komponentane er begge til stades ved generalisert angst, mens den prestasjonsrettande frykta oftast er dominerande ved spesifikk angst. Frykta kan utløyse panikkanfall, særleg når ein kjenner seg spesielt utsett. Ikkje alle får panikkanfall sjølv om ein

har sosialangst, men det er vanleg å kjenne på panikkliknande symptom (Borge & Hoffart, 2009).

3.1.1 Årsaker til sosial angstliding

Angstliding er den vanlegaste psykiske lidinga hos barn og unge med ein førekomst på mellom 6 og 20 prosent (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005). Av alle som får sosial angst utviklar 95 % lidinga før dei fyller 20 år. Funna bekreftar forskaranes mistanke om at sosial angst er underdiagnostisert (Lund, 2014).

Dei siste åra har ein påvist samanhengar mellom ulike former for omsorgsvikt i oppveksten og seinare i psykiske lidingar. Langstidsundersøking indikerer samheng mellom usikker tilknytning i barndommen og personlegdomsforstyrningar hos unge og vaksne (Klette, 2008). Menneske med trygg tilknytning har blant anna lært å anerkjenne kjensler og deira verdi. Samanlikna med menneske med usikre former for tilknytning, er dei betre i stand til å regulere og tilpasse egne kjensler til situasjonen både når det gjeld sine egne og andre sine behov.

Utrygg tilknytning kan føre til å utvikle psykiske lidingar, noko som igjen kan føre til problem med sosialt samspel. Smertefull avvising og ignorering kan utvikle ulike former for destruktivt sjølvforsvar (Klette, 2008). Barn som ikkje opplever tryggleik, vil til ein viss grad vere sårbare resten av livet, noko som aukar risikoen for utvikling av sosial fobi. Det same gjeld for barn som opplever tap av nær familie, svik, avvising eller mobbing.

3.1.2 Angstens fysiologi

Frykt opptrer når kroppen gjev oss melding om å vere på vakt når fare oppstår, eit naturleg forsvarsfenomen hos oss menneske.

Når frykta oppstår tilsynelatande utan grunn, kallar me det for angst. Jo sterkare angsten er, jo sterkare blir kroppsreaksjonane på angsten. Frykta vil tvinge oss til å handle (Hougaard, 2004).

Dei kroppslege symptoma har si hensikt. Til dømes har aukning av hjerteaktivitet med høg puls og blodtrykk til formål å auke transporten av oksygen til blodet og styrke kroppens energi.

Blodet blir ført til dei store muskelgruppene som er involvert i flykt- kjemp reaksjonar. Pusten stig for å auke tilførsel av oksygen til blodet. Muskelspenningar som oppstår vil danne grunnlaget for raske reaksjonsmønster og merksemda blir automatisk fokusert på moglege farekjelder (Hougaard, 2004).

Å informere pasienten om angstens fysiologi er eit viktig utgangspunkt for å kunne arbeide vidare med pasientens angstproblem (Berge & Repål, 2010). Sjølv om informasjon ikkje er tilstrekkeleg i seg sjølv under angstbehandlinga, gjev dette likevel mange ei kjensle av tryggleik og lette. Både kunnskap om kjenneteikn på kva som skjer med kroppen under eit kraftig angstanfall, og om korleis ein skal stille seg under anfallet, skaper ei kjensle av kontroll. Kunnskap kan minne pasienten på at reaksjonane er naturlege, men at dei oppstår i feil situasjon (Berge & Repål, 2010).

3.2 Kognitiv terapi

Kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten i å meistre sine livsproblem. Kognitiv terapi er ei øving i indre samtale der pasienten vidareutviklar evna til å utforske eigne tankar og sette spørsmålsteikn ved fastlåste tankemønster (Berge & Repål, 2010). Mange innanfor psykisk helsevern opplever det som ein fornuftig og jordnær måte å jobbe på. Forsking kan dessutan dokumentere at denne form for tilnærming har hjulpet mange med å få kontroll over problema sine.

Kognitiv terapi har form av eit samarbeid mellom pasient og terapeut. Fokuset er hovudsakleg retta mot korleis problema oppstår i pasientens kvardag, der pasientens oppleving av situasjonen og pasientens behov står i sentrum (Berge & Repål, 2009). Kognitiv terapi rettar seg dessutan mot å finne fram til pasientens ressursar, interesser og sterke sider.

Eit utgangspunkt for den kognitive tilnærminga er at det er ein glidande overgang mellom psykisk lidning og normal funksjon, det dreiar seg om gradforskjell og ikkje vesensforskjell (Berge & Repål, 2010). Alle vil, til ein viss grad, kunne kjenne seg igjen i kva ein person med psykiske problem opplever. Ein vellykka terapi inneber at terapeuten sikrar at alliansen med pasienten er tilstade, og at terapeut og pasient har fått med seg ei auka forståing av kva for problem dei arbeidar med å løyse.

Prinsippa i kognitiv terapi kan nyttast som del av tiltak i heile behandlingsskjeda, i døgnavdeling, dag behandling, poliklinisk oppfølging, ambulant og oppsøkande verksemd og i allmennhelsetenesta. Slik kan tilnærminga tene til å binde tiltak saman og etablere eit felles språk (Berge & Repål, 2009).

3.2.1 Negative automatiske tankar, ein vond sirkel

Omgrepet negative automatiske tankar er eit sentralt tema innan kognitiv terapi. Til dømes er mange av tankane våre blitt ein vane, noko me ikkje alltid er bevisste på. Det kan vere vanskeleg å registrere og halde fast på aktiviteten av tankane våre. Me ser vanlegvis ikkje på tankane, men *frå* dei og *gjennom* dei (Berge & Repål, 2010).

Negative automatiske tankar kan plutselig dukke opp, og vil ofte innebere både overvurdering av moglegheit for og alvoret av ei frykta hending, og undervurdering av moglegheit for meistring og sjanse på forståing og bistand. Desse tankane blir sjeldan vurdert kritisk av personen. Tankane er automatiske, kan vere umedveten og opplevast som truverdige.

Til dømes kan merksemda blir retta mot det pinlege og flaue ein fryktar vil skje dersom ein mistar kontrollen. Bevisstheita kretsar rundt det skremmande og skammelege, og ein vil straks legge merke til alle teikn på at andre er kritiske. Ein rekke fysiologiske reaksjonar set i gang utan at ein er klar over dei føregåande tankane. Derimot vil ein ignorere alle teikn på positive reaksjonar hos andre som interesse, vennlegheit, imøtekomanheit og godlynt humor (Berge & Repål, 2010). I ettertid vil ein hovudsakeleg hugse det negative, ofte sterkt prega av negativ sjølvkritikk, og heile situasjonen ender opp som eit pinleg og ubehageleg minne.

Kognitiv terapi er retta mot å undersøke alternativa til desse negative indre samtalene. Eksemplet ovanfor er eit døme på korleis menneske med sosial angst i årevis kan oppretthalde ei negativ og ofte total grunnlaus vurdering av korleis dei verkar på andre (Berge & Repål, 2010).

Gjennom eit aktivt samarbeid, bygd på prinsippet om sokratisk dialog, med opne og undrande spørsmålsstillingar, kan eit menneske bli hjelpt til å tenke meir hensiktsmessig. Filosofen Sokrates brukte samtalen til å snu menneskets måte å tenke på, fri dei frå deira fordommar og hjelpe dei til å sjå situasjonen i eit nytt ljøs (Aarøe & Øiesvold, 2004).

3.2.2 Behandlingsallianse i kognitiv terapi

Psykoterapiforskning viser at sjansen for eit godt resultat er langt større dersom pasienten oppfattar terapeuten som empatisk, forståelsesfull, respektfull og engasjert, eit medmenneske som formidlar tryggleik, håp og realistisk optimisme (Berge, Repål, Ryum, Samoilow, 2009).

Behandlingsalliansen er svært sentral i kognitiv terapi. Fyrst og fremst er det pasientens oppleving av alliansen som er knytt til eit god resultat, ein allianse det er viktig å etablere tidleg i behandlinga.

Ei viktig oppgåve er å kunne støtte pasienten i å meistre sine livsproblem. Det krev at pasient og terapeut samarbeider, og er einige om mål og metode for terapien. Det må bli forklart kva som skjer, og kvifor det skjer for at pasienten skal kunne vere ein aktiv problemløysar og medarbeidar i terapien (Berge & Repål, 2009). Pasientens engasjement og involvering i behandlinga er avgjerande for eit positivt resultat. Pasienten er ikkje ein passiv mottakar, men den viktigaste bidragsytaren i behandlinga. Det er derfor sentralt at terapeuten klarar å fremme pasientens engasjement og deltaking (Berge & Repål, 2009).

Denne typen samtale og allianse vil kunne stimulere til ein konstruktiv og støttande indre samtale, og dermed inspirere til utforsking av og refleksjon rundt eigen væremåte og egne tankar, gi håp om at endring er mogleg, og mot til å gjennomføre endring. Gjennom samhandling kan sjukepleiar gi pasienten håp og hjelp til aksept og sjølvrealisering, trass i sjukdom (Krogh, 2005). Pasientens erfaring, kjensler og meiningar er det sentrale under behandlinga. Terapeuten er ekspertten på fagfeltet, men pasienten på sin eigen kropp (Berge & Repål, 2009). Terapi er eit møte mellom menneske, der teknikk og relasjon er uløyslege delar av ein organisk heilskap (Berge & Repål, 2010).

3.2.3 Terapeutisk empati

Empati, evna til innleving og god kommunikasjon, inneber at terapeuten forsøker å forstå korleis pasienten ser seg sjølv og si verd, får han til å sette ord på si oppleving, og så sjekkar ut om ein har oppfatta den andre rett (Berge & Repål, 2009).

Empati er eit samansett omgrep, med både kognitive, emosjonelle og kommunikasjonsmessige aspekt. Terapeutisk empati fangar ikkje berre opp kjensler i

augeblikket, men også pasientens meninger, syn på seg sjølv, andre menneske og situasjonar (Berge & Repål, 2009).

Ser vi dette ut i frå sjukepleieperspektiv, er empati i følge Travelbee (1999), medvit om ei intellektuell tilnærming som sjukepleiaren tek nytte av for å bli godt kjent med pasienten. Travelbee påpeikar at empati inneber at sjukepleiaren både har evne og vilje til å kunne forstå den psykiske tilstanden som pasienten er i. Når menneske opplever nærleik og kontakt, oppstår det empati, og på den måten kan eit forhold utvikle seg (Kristoffersen, 2014). Ved å vise interesse og omsorg, vere varm, open og venleg, legg sjukepleiaren grunnlaget tillit mellom seg og pasienten. Det er viktig at pasienten kjenner seg ivaretatt og trygg.

Å bli møtt empatisk kan gjere det lettare for pasienten å snakke om det som er vondt og vanskeleg. Når vanskelege og konfliktfylte kjensler og reaksjonar blir møtt som forståelege, vil det opplevast mindre trugande for pasienten, og kan hjelpe pasienten til emosjonell bearbeiding, til å tenke klårare og opne for større grad av refleksjon kring eigne vanskar (Bohart, Elliot, Greenberg & Watson, 2002). Det vil gjere det lettare for sjukepleiar å forstå korleis pasienten har det, og korleis ein kan hjelpe (Brinchman, 2008).

3.3 Terapeutiske hjelpemiddel

I kognitiv terapi er det mange nyttige terapeutiske framgangsmåtar, ABC(D)-modellen, eksponeringsterapi og gruppeterapi er svært sentrale metodar innanfor kognitiv terapi overfor pasientar med sosial angst (Berge & Repål, 2009).

3.3.1 ABC(D)- modellen

Kognitiv terapi er ei øving i å vurdere eigne tankar. ABC(D)-modellen blir sett på som hovudmodell i kognitiv terapi. ABC(D)- modellen er eit terapeutisk hjelpemiddel for å bli medveten på den indre samtalen, få ei meir balansert tenking, som motvekt til sjølvkritikk og pessimisme. Modellen legg vekt på at det er vår tolking av situasjonen som er utslagsgjevane for korleis me reagerer (Berge & Repål, 2010). Gjennom kognitiv terapi erfarer pasienten at tolkinga er tolking og ikkje nødvendigvis ei sanning. Tolkinga blir blant anna påverka av tidlegare livserfaringar, vanar og sinnstemningar.

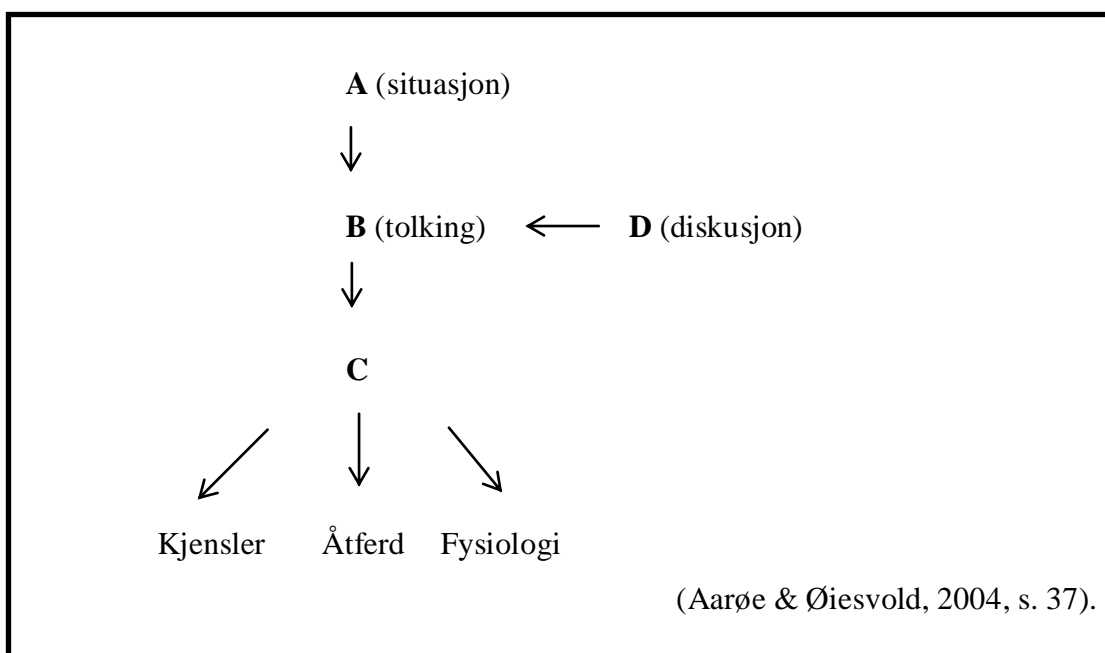
Det å reagere tyder i denne samanhengen både kjenslemessige reaksjonar, det me gjer og kroppslige reaksjonar. For å illustrere dette tek eg i utgangspunktet modellen til Aarøe og Øiesvold (2004), men har i tillegg lagt inn D fordi den er sentral i kognitiv terapi. Bokstavane i modellen står for:

A = «acitvating events», situasjonen/hendinga

B = «beliefs», tankar / tolkingar ein har i situasjonen

C = «consequences», konsekvensar, åtferd, kroppslige reaksjonar, som følgje av B

D = «dispute», diskutere, drøfte tanken/tolkinga om den er hensiktsmessig



Eit av formåla med kognitiv terapi er å trene på å studere sine egne negative tankar frå sidelinja. Ta egne tankar opp til drøfting, og ikkje berre vere ein del av dei og ta dei for gitt. Eit mål er å finne ut om tankane er konstruktive eller destruktive ved å skape ei systematisk oversikt over hendingar, og tankar for å endre desse (Berge & Repål, 2010). Eit anna mål er å bli medveten på sin eigen tankegang, og kva følgjer dette får kroppslige reaksjonar og handling.

Endring av negative tankemønster kan skje med systematisk arbeid ved bruk av ABC(D)-modellen. Dette kan illustreras gjennom følgjande døme:

- A) Situasjon/ hending: Pasienten er på veg inn i matsalen og høyrer latter ved enden av bordet når han kjem inn.
- B) Tankar/tolking kring hendinga, den indre dialogen: Ja, ja det er meg dei ler av, nå har eg gjort noko spesielt, det er noko rart ved meg.
- C) Kjensler som kan oppstå knytt til tolkinga av hendinga: lei seg, trist, engsteleg.
Kroppsreaksjonar som oppstår kan vere hjartebank, sveitning, munntørhet. I samtalen med pasient kan ein utforske det som skjedde. Konsekvens av denne opplevinga, kan føre til at pasienten no unngår å møte til måltider.
Pasienten tolkar latteren som negativ som er relatert til at det er noko med han. Dette kan ha sitt opphav frå tidlegare erfaringar til dømes skuletida, der han ofte vart latterleggjort i klassa. Situasjonen i matsalen reaktiverer ubehag utan han er klar over årsaka til dette.
- D) Alternative tankar: Diskuter/ drøft med vedkomande som kan vere andre grunnar til folk ler. La pasienten kome med forslag. Kanskje er det nokon som har fortalt ein god historie. Ei slik tolking av situasjonen vil kunne utløyse heilt andre kroppsreaksjonar og handlingar. Angsten for å gå i matsalen vil då på sikt kunne bli mindre.

Å jobbe systematisk med pasienten å skrive ned tankar og reaksjonar i kroppen, kan gje eit meir nyansert og detaljert bilde av det som skjer i dei vanskelege situasjonane (Berge & Repål, 2010). Det er lett å automatisk la seg umedveten styre av kjenslene knytt til hendinga, å gå rett frå A til C, i staden for å ta vegen om tankar/ tolkingar kring hendinga, B. Ei anna tolking av ei hending, kan difor utløyse heilt andre reaksjonar i kroppen, og gje andre meir hensiktsmessige handlingsmønster. Dette vil gjere det lettare for vedkomande å fungere i sosiale settingar (Berge & Repål, 2010).

3.3.2 Eksponeringsterapi

Ein effektiv måte å minske sin angst på er å utsetje seg for den på ein planlagt og systematisk måte. Ved å vere i den angstskapande situasjonen kan ein over tid bidra til å minske eller fjerne problema (Berge & Repål, 2010). Eksponeringstrening går ut på å utsette seg for situasjonar eller for kroppskjensler ein har lært å frykte fordi dei blir antatt å varsle eit

kommande panikkanfall. Eksponering er vanleg framgangsmåte i kognitiv terapi i behandlinga av pasientar med ulike formar for psykisk lidning (Berge & Repål, 2010).

Etter å ha eksponert seg, skal pasienten vurdere situasjonen, sine tankar, kroppslege reaksjonar, og kva som bidrog til at angsten auka eller minka under eksponeringstreninga. Dersom pasienten aldri utsett seg for dei tankane og kjenslene som er relatert til problema, vil han heller ikkje utvikle alternative strategiar (Bech & Holm, 2008). For å kunne overvinne angst og usikkerheit peikar Travelbee (1999) på at det er nødvendig å sjå problema i auga og aktivt møte angsten når han oppstår.

3.3.3 Gruppeterapi

Mange menneske med psykiske plager kan oppleve støtte og hjelp til å komme vidare ved å delta i ein gruppe der dei kan utveksle tankar og erfaringar med andre som har liknande erfaringar (Berge & Repål, 2009).

Det å vere ein del av ei gruppe, kan bidra til å bryte isolasjon og vere ein arena for utprøving av nye ferdigheitar, samtidig som mange får oppfylt sine sosiale behov (Hummelvoll, 2012). Kjensla av å vere aleine med sine plager blir mindre, dessutan kan andre sine erfaringar vere nyttig i arbeidet med eigne problem. Eit sentralt element er at deltakarane hjelper og støttar kvarandre.

For dei som lid av sosial angst, kan det vere vanskeleg og belastande å vere i ei gruppe. Men arbeid i gruppe skal likevel vere nødvendig, da gode resultat kan oppnåast når menneske med lik type problem går saman for å løyse problema (Oestrich, 2008a). Ved å bruke kvarandre, kan ein øve seg på å meistre ulike sosiale situasjonar, og på den måten øve inn nye sosiale ferdigheitar (Berge & Repål, 2010).

I følgje Oestrich (2008a) er det ikkje nødvendig å vere spesialist i psykoterapi for å leie gruppeterapi. Men det er likevel hensiktsmessig at gruppeterapien blir leia tverrfagleg, til dømes av ein psykolog og sjukepleiar. Ved at sjukepleiaren viser respekt, empati og varme vil det vere med å stimulere gruppedeltakarane, gi dei auka sjølvtilit, innsatsvilje og håp.

3.4 Joyce Travelbee

Travelbees (1999) overordna mål er å hjelpe pasienten i å førebygge eller meistre, og å finne meining i dei erfaringane som følgjer med lidning. Dette skjer gjennom eit menneske-til-menneske-forhold, eit mellommenneskeleg aksept Joyce Travelbee er svært oppteken av i si sjukepleietenking.

Dette krev at sjukepleiar og pasient ser kvarandre som unike menneske. Berre når det er eit likeverdig forhold, kan samhandlinga mellom to forgå utan forutinntattheit (Travelbee, 1999).

Etablering av eit innleiande møte mellom sjukepleiar og pasient har til hensikt å skape eit menneske-til-menneske-forhold, der sjukepleiaren skal kunne sjå på pasienten som noko meir enn berre ein pasient. Dette betyr at sjukepleiaren må kunne sjå forbi pasienten og inn til mennesket bak, berre da blir omsorga god (Travelbee, 1999).

Ved å sette fokus på å sjå på mennesket med eit heilskapleg syn, vil framveksten av personens identitet ta form, og sjukepleiaren vil kunne få ei større forståing for den lidande og sjuke sin situasjon. Dette vil forhåpentlegvis i tillegg resultere i at pasienten vil kunne sjå på sjukepleiaren som eit særeige individ (Kristoffersen, 2014). Det vil skapast ei tilknytning mellom partane, og dei vil oppleve å kunne rette sine tankar og kjensler mot kvarandre, for så å kunne ta imot inntrykk frå kvarandre sin personlegdom.

Målet for sjukepleiar er å hjelpe pasienten. Altfor ofte blir sjukepleiehandlinga eit mål i seg sjølv, og ein gløymer det mennesket handlinga utførast for. Når sjukepleiaren blir for opptatt av si utføring evner han ho/han ikkje å respondere på pasienten, og eit menneske-til-menneske-forhold blir ikkje etablert (Travelbee, 1999).

3.4.1 Å nytte seg sjølv terapeutisk i sjukepleia

Det som kjenneteiknar den profesjonelle sjukepleiaren er evna til å bruke seg sjølv terapeutisk. I boka « Mellommenneskelig forhold i sykepleie» av Travelbee (1999), inneber det å bruke seg terapeutisk, å ha evne til å bruke sin eigen personlegdom bevisst og målretta i forsøk på å etablere eit forhold til den sjuke, samt å strukturere sjukepleieintervensjonane. Dette inneber å ha sjølvinnsikt, sjølvforståing, innsikt i drivkrafta bak menneskeleg åtferd, evne til å tolke så vel eige som andre si åtferd, samt evna til å intervenere effektivt i

sjukepleiesituasjonar. Å bruke seg sjølv terapeutisk krev også at sjukepleiaren innehar djup innsikt i det å vere eit menneske (Travelbee, 1999). Ein sjukepleiar må kunne forstå at egne åndelege verdiar, eller livssyn, menneskesyn og syn på sjukdom og liding vil vere avgjerande for i kva grad ho maktar å hjelpe andre til å meistre ulike situasjonar.

For sjukepleiaren gjeld det å vere seg sjølv på ein genuin måte. Ein blir fort gjennomskoda om ein prøver å vere ein annan enn den ein er, eit slikt spel er ikkje med på å skape tillit. Men ein skal ikkje vere seg sjølv på ein slik måte at ein bruker situasjonen til å eksponere eller behandle egne problem, det er viktig å halde på at det er pasientens behov som står i fokus.

Gjennom ei systematisk tilnærming til pasientens situasjon bruker sjukepleiaren både sin fagkunnskap og si innsikt for å forstå kva slags behov han har. Det handlar om å balansere mellom fornuft, intelligens, disiplin, empati, logikk, så vel som medkjensle (Travelbee, 1999).

Ordet *kommunikasjon* har si opphav i det latinske ordet «Communicare» som tyder « å gjere felles» (Hummelvoll, 2012). Kommunikasjon handlar om menneskeleg kontakt. Tarjei Vesaas seier at sidan kvart menneske er ei øy, må det bruer til. Gjennom kommunikasjon kan vi bygge bruer mellom menneske.

God og ivaretakande måtar å kommunisere på kan til dømes brukast til å trekke andre menneske nærmare, men også til å støyte dei bort, til å gje hjelp eller til å såre (Travelbee, 1999). Det er viktig å stille gode spørsmål når ein jobbar kognitivt. For mange lukka spørsmål som kan svarast ja eller nei kan vere med på å gje inntrykk av at ein er ute etter å få stadfeste egne antakingar. I kognitiv terapi gjeld det å få pasienten til å oppdage eigen tankar og åtferdsmønster (Berge & Repål, 2009). I stand for å spørje «var du redd», kan ein spørje «kva tenker du?».

God kommunikasjon er ikkje berre å stille dei rette spørsmåla. Vel så viktig er det å kunne lytte og oppmuntre på ein varm og akseptierende måte. Det er viktig å ikkje vere dømande, men akseptere pasientens kjensler og meiningar slik dei blir lagt fram. Møtt med varme og tillit kan pasienten bli i stand til å sjå seg sjølv, få mot til å vurdere sine egne tankar og kjensler (Travelbee, 1999). Sjukepleiaren har hovudansvaret for å legge til rette for ein god kommunikasjonsprosess.

3.4.2 Håp

Den som har håp, ønsker at livssituasjonen skal endre seg, håp er framtidsoorientert (Travelbee, 1999). Ein person som håper har mot. Den som er modig, maktar å overvinne si frykt for å nå sitt mål. Dette kan skape ei kjensle av kontroll og meistring.

Håp er ein sinnstilstand som ein kan oppleve når ein har trua på eit positivt resultat eller ein positiv utgang relatert til hendingar eller omstende i eins liv, å tru at eit betre eller positivt resultat er mogleg sjølv når det er bevis for det motsette (Travelbee, 1999). Forfattaren Tove Ditlevsen seier at så lenge mennesket har håp, er ingen ting forferdelig.

Håp blir sett på, både av helsearbeidarar og andre, som ein motiverande faktor bak menneskeleg åtferd. Det er sjukepleiarens rolle å hjelpe pasienten til å oppretthalde håpet og unngå håpløyse (Travelbee, 1999). Håp gjer menneske i stand til å meistre vonde og vanskelege situasjonar. Travelbee (1999) peikar vidare på at det er truleg den motiverande impulsen av håp som gjev pasienten energi, gjer han i stand til å overvinne hindringar og sette kreftene inn i dei vanskelege oppgåvene som kan ligge i rehabiliteringsprosessen der det til dømes blir arbeidd med å ta kontroll på den sosiale angsten.

3.5 Lovverk og etikk

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern blei vedtatt av Stortinget i 1999 og trådde i kraft 1.1.2001 (Snoek & Engedal, 2008).

Helselovgivinga, har lagt avgjerande vekt på pasientens beste. Alle pasientar innan psykisk helsevern, har rett til ein individuell plan. Den individuelle planen skal kartlegge behovet for psykisk helsevern, angi kva som er målet med vernet, samt kva slags psykiatriske tenester som er aktuelle og omfanget av desse (Snoek & Engedal, 2008).

Ved å oppheve særomsorgstatus, framhevar ein at psykiatriske pasientar har same pasientrettar som pasientar med somatiske lidingar. Det gjeld same krav til informert samtykke og til taushet frå helsepersonell, same krav på respekt og omsorg, sjølv om psykiatriske pasientar frå tid til annan oppfører seg både uforståeleg og enkelte gongar trugande (Snoek & Engedal, 2008).

Sjukepleiaren har eit personleg ansvar for at eigen praksis er fagleg, etisk og juridisk forståeleg. Haldningar og karaktereigenskapar som nestekjærleik og merksemd, er sentrale kjenneteikn i barmhjertighetsetikken. Det er viktig for sjukepleiaren å ha klart for seg kva for forventningar ein har til rolla, for dermed å bli bevisst på korleis rolla bør utformast i tråd med egne og fagets verdinormer (Slettebø, 2013).

4. Drøfting

I dette kapitlet prøver eg å svare på mi problemstilling « Korleis kan sjukepleiar nytte seg av kognitiv terapi overfor pasientar med sosial angst». For å belyse problemstillinga frå ulike sider nyttar eg deler av Joyce Travelbees teori, forskingsartiklane, og drøftar desse opp mot problemstillinga. Eg vil også ta med eksempel frå praksis.

4.1 Å nytte seg sjølv terapeutisk

Det kan vere ei utfordring å hjelpe og behandle pasientar med sosial angst, men så langt eg forstår vil terapeutisk sjukepleietankegang og innsikt i kognitiv terapi vere til god hjelp.

Det som kjenneteiknar den profesjonelle sjukepleiaren er evna til å bruke seg sjølv terapeutisk. Dette inneber blant anna å ha evna til å bruke sin eigen personlegdom bevisst og målretta i forsøk på å etablere eit forhold til pasienten prøve å finne ut korleis han/ho opplever situasjonen og å finne fram til pasientens ressursar og sterke sider (Travelbee, 1999).

Terapeutisk bruk av seg sjølv kan lærast. Det inneber å utvikle sjølvinnsikt, sjølvforståing, innsikt i drivkrafta bak menneskeleg åtferd, og evne til å tolke så vel eige som andre si åtferd (Travelbee, 1999). Ei slik sjølvinnsikta kan synast uoppnåeleg, og ein kan lett trekke den konklusjonen at berre eldre sjukepleiarar vil kunne bruke seg sjølv terapeutisk. Rett nok er det snakk om ei kontinuerlig øving, som forhåpentlegvis utviklar seg gjennom praksis. Men eg vil tru at denne evna blir utvikla allereie gjennom sjukepleiestudiet.

Å bruke seg sjølv terapeutisk er ein kunst, det krev disiplin så vel som sjølvinnsikt, fornuft så vel som empati, logikk så vel som medkjensle (Travelbee, 1999). Både personlege eigenskapar og fagleg dyktigheit vil vere avgjerande for å nå eit godt og positiv resultat. Verdier og haldningar spelar og inn, noko som både Berge og Repål (2010) og Travelbee (1999) ser ut til å vere samde om. Forståelsesfulle, varme, oppmerksame, erfarne og aktive terapeutar, får fram gode resultat (Berge & Repål, 2010).

Ved kognitiv terapi er hensikta å forandre tankemønsteret til pasienten. Ein pasient med sosial angst kan lett la negative tankar få stor plass, frykta blir dominerande, og eige meistring blir undervurdert (Berge & Repål, 2010). Kognitiv terapi er retta mot å undersøke alternativa til

desse negative indre samtalene. Pasienten kan lett bli engsteleg ved symptom som kvalme og høg puls, men som ikkje treng vere symptom på eit forverra sjukdomsbilete. Det er viktig at sjukepleiaren kjenner til og kan formidle til pasienten at dette er naturlege kroppslege symptom på angst, og har til hensikt å styrke kroppens energi, gjere kroppen klar for kamp (Hougaard, 2004). Skal sjukepleiaren nå fram med denne innsikta, må alliansen med pasienten vere tilstade. Kognitiv terapi er eitt samarbeid mellom pasient og terapeut, der hovudfokuset er retta inn mot pasienten (Berge & Repål, 2009).

Kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre sine livsproblem. Det er sjukepleiarens rolle å hjelpe pasienten til å oppretthalde håpet og unngå håpløyse i si lidning (Travelbee, 1999). Ved å vere tilgjengeleg og lytte til pasienten når han kjenner frykt, kan sjukepleiar vere med å gje håp, noko som kan skape ei kjensle av kontroll og meistring. Travelbee (1999) lystrar fram håp som ein viktig faktor for endring. Håp gjev både motivasjon, energi og kraft som viktige faktorar for å lykkast å gjennomføre endringar i ein rehabiliteringsprosess.

Å skape ein god allianse mellom pasient og sjukepleiar kan vere tidskrevjande. Det er naudsynt å heile tida vere bevisst på at pasienten skal møte ein sjukepleiar som syner ekte interesse, som kan lytte, og som viser at ein gjerne vil vere til hjelp. At vi klarar å skape ein god og trygg allianse med pasienten, dannar eit godt grunnlag for det vidare arbeidet (Berge & Repål, 2010). Ein pasient med sosial angst kan ha lite tillit til andre. Årsakene til det kan vere mange. Som nemnt i teoridelen, er det påvist samanheng mellom ulike former for omsorgsvikt og overbelastningar tidlegare i livet. Dette er faktorar som kan vere medverkande årsak til seinare psykiske lidningar (Klette, 2008). Dette er noko me må ha med i bakhovudet i møte med pasientar med sosial angst. Vi skal både støtte og utfordre pasienten på ein ivaretakande måte og leggje til rette for at pasienten gjer seg gode meistringserfaringar på den sosiale arena. Dette er svært viktig for å dempe angst symptom.

Det har vist seg at sjølv ved bruk av same metode, kan det vere stor forskjell på resultata ulike terapeutar oppnår (Berge & Repål, 2010). Det er grunn til å tru at dette også gjeld for sjukepleiaren som driv med kognitiv behandling til pasientar med sosial angst. I følgje Berge og Repål (2010) er det ikkje berre metoden som verkar, men også terapeutens og pasientens fleksibilitet og ferdigheit i bruken av han gjennom samspel og relasjon dei imellom.

Uavhengig av profesjon om ein er lege, sjukepleiar eller psykolog, er det å kunne vise interesse sette pris på akkurat den pasienten ha ein viss terapeutisk effekt. I følgje Berge & Repål (2010) er det tilsvarende viktig at terapeuten har evne til å sette pris på og støtte seg sjølv. Som sjukepleiar møter ein stadig menneske som er i ein vanskeleg situasjon. Pasientane kan vere fortvila over si lidning, og ha forventningar som det enkelte gongar kan vere vanskeleg å innfri. Mange terapeutar opplever at det kan vere vanskeleg også å leve opp til forventningane til dei pårørande, som t.d. at terapeuten skal vere tilgjengeleg heile tida, at betring skal skje raskt. Psykoterapi er svært utfordrande. Alle og ein kvar opplever tunge stunder der ein har ei kjensle av å ikkje strekke heilt til, dette gjeld også terapeutar. Berge & Repål (2010) poengterer at det er viktig å oppmuntre terapeuten til å verdesette sine eigne kjenslemessige reaksjonar, og til å utvikle trua på seg sjølv som terapeut. Dette for å hindre overbelastning og «utbrentheit» som kan gjere til at terapeutens sin empatiske evne kan bli svekka (Berge & Repål, 2010).

Eit studium av Ann Richards et al.(2003) viser at pasientar med angst og depresjon som fekk kognitiv behandling av sjukepleiarane, fekk same kliniske resultat som pasientar som fekk ordinær behandlinga av allmennlegar. Men undersøkinga viser at pasientane som fekk hjelp til sjølvhjelp av sjukepleiarane var meir tilfredse med behandlinga. Richards et al.(2003) tar undersøkinga som prov på at sjukepleiarar er i stand til å ta på seg andre roller og oppgåver i helsevesenet. Vidare peikar Richards et al.(2003) på at sjukepleiarar også har potensiale til å utvikle sine roller innanfor psykisk helsevern. I følgje undersøkinga kan ein altså trekkje den slutninga at ein sjukepleiar i like stor grad som legar og psykologar, kan bruke kognitiv terapi i si behandling, også når det gjeld pasientar med sosial angst. Dette krev at sjukepleiaren har utdanning/kurs innanfor kognitiv terapi.

Pasientens sitt engasjement og involvering i behandlinga er avgjerande for eit positiv resultat (Berge & Repål, 2010). Det som har aller størst innverknad på graden av pasientens deltaking i terapien, er kvaliteten på forholdet mellom pasient og terapeut. Ein god allianse er kjenneteikna ved at det er einigheit om mål, metodar og teknikkar, og at det eksisterer eit emosjonelt band prega av varme, gjensidig tillit og fortrulegheit. Ingen annan faktor har større verdi enn dette, og er like gjeldande for alle som brukar seg sjølv terapeutisk. Sidan behandlinga viste seg å vere effektiv, opplevde truleg pasientane i studiet til Richards et al.(2003) ein god allianse, eit poeng eg synest er viktig å ta med for ein sjukepleiar i møte med pasientar med sosial angst.

4.2 Kognitiv gruppeterapi

Mange menneske med psykiske plagar kan oppleve støtte og hjelp til å komme vidare ved å delta i ei gruppe der dei kan utveksle tankar og erfaringar med andre som har liknande erfaringar (Berge & Repål, 2009). Det å vere ein del av ei gruppe kan i følgje Hummelvoll (2012) bidra til å bryte isolasjon og vere ein arena for utprøving av nye ferdigheitar, samtidig som mange får oppfylt sine sosiale behov. Å samanlikne seg sjølv med andre pasientar kan bidra til å forme pasientens opplevingar, slik at tankar og syn på seg sjølv normaliserast.

I studien til Linnerud & Karlsson (2009) kom det fram at alle med sosial fobi hadde godt utbytte av eksponering i gruppeterapi. Undersøkinga viste at alle gruppedeltakarane med ulike angstlidningar opplevde delvis eller fullstendig reduksjon av angstsymptom etter avslutta behandling. Dette førte til at deltakarane fekk ei kjensle av større fridom. Studien viste at deltakarane opplevde færre avgrensingar i sin kvardag, også i sosiale situasjonar. Etter gruppedeltakinga var pasientane svært stolte av si eiga mestring, og hadde etter dette eit større håp om å bli kvitt angstlidninga (Linnerud & Karlsson, 2009).

Sjølv om studiar viser at gruppeterapi og miljøet i seg sjølv har ein god innflytelse på pasientens situasjon, kan det oppstå etiske problem. Hummelvoll (2012) stiller spørsmål ved korleis ein kan mogleggjere å ta vare på nødvendig diskresjon og teieplikt dersom det blir lagt stor vekt på openheit mellom pasientane og personalet.

I følgje Hummelvoll (2012) er føresetnaden i gruppeterapi at pasientane er opne om tilstanden sin, at dei kan dele erfaringar og lære av kvarandre. I mi psykiatripraksis, tok sjukepleiaren «runden» frå pasient til pasient. Dette for at alle skulle bidra, men også for at alle skulle føle seg inkludert. Dersom ein pasient hadde ein vanskeleg og vond dag blei pasienten rådd ifrå å delta i gruppeterapien. Avgjerda blei tatt i samråd med pasient og sjukepleiar.

I gruppeterapi kan uventa situasjonar dukke opp, sjukepleiar kan aldri vite korleis pasientane vil reagere. Det kan derfor vere vanskeleg for sjukepleiaren å hindre andre i å få opplysningar om medpasientars sjukdomsforhold. Spørsmålet om korleis ein skal kunne verne ein pasient med nedsett vurderingsevne, og hindre at personlege opplysningar blir spreidde, er svært relevant.

Lov om helsepersonell (1999) seier tydeleg at sjukepleiaren skal verne pasientens integritet og er underlagt teieplikt. Pasienten eig opplysningar om seg sjølv, skal opplysningane bli gjevast

vidare, må pasienten gje sitt samtykke (Slettebø, 2013). Sjølv om tanken er å hjelpe pasientane om openheit, kan kravet om å vere opne vere uheldig for nokon. Pasienten kan føle seg tvinga til å fortelje om sine sosiale problem utan å ynskje det, dette kan svekke læringsutbyttet (Hummelvoll, 2012).

Berge & Repål (2009) peikar vidare på at ei slik erfaring med sosial eksponering i ettertid kan føre til at pasienten hovudsakeleg vil hugse det negative. I staden for å hjelpe pasienten i å meistre sin sosiale angst, kan det bli eit ubehageleg minne. Ei så direkte eksponering som gruppeterapi kan innebere, kan etter mi meining, vere for mykje å handtere for enkelte og faktisk kan vere med på å forsterke den sosial angsten. Gruppebehandling kan i slike tilfelle virke hemmande på innlæringa av metoden. Derfor vil det vere hensiktsmessig å vurdere individuell behandling opp mot eit gruppe tilbod for å gje den enkelte adekvat behandling.

Som nemnt i teoridelen er det å utsetje seg for angsten på ein planlagt og systematisk måte, ein effektiv måte å minske angsten på. I følgje Travelbee (1999) er det nødvendig å sjå problema i auga og aktivt møte angsten når han oppstår. Det må til for å utvikle alternative strategiar (Bech & Holm, 2008). Noko Berge & Repål samtykker i. Etter mitt syn må svaret basere seg på skjønn i den enkelte situasjon.

Det er kompliserte dilemma ein sjukepleiaren møter ved bruk av gruppeterapi som arbeidsmiddel i kognitiv terapi. Eit stort spørsmål er korleis sjukepleiaren kan beskytte pasientens integritet, verdighet og sjukdomsforhold i gruppeterapisettinga. Hummelvoll (2012) hevdar at dette er sjukepleiaren sitt ansvar. Vidare peikar Hummelvoll (2012) på ein vanleg feil, nemleg at gruppeterapien blir til individuellterapi med publikum til stades, noko som lett kan føre til at gruppe dynamikken blir svekka.

Før gruppa blir sett saman, er det viktig at sjukepleiaren har førebudd seg grundig på kven som skal delta og kva for retningslinjer som gjeld (Hummelvoll, 2012). For å legge til rette eit trygg gruppe miljø, meiner eg det er viktig å formidle til gruppedeltakarane at dei ikkje treng å dele meir enn dei ynskjer, og i tillegg oppmode til moralsk teieplikt.

Skal gruppeterapi lukkast, trur eg det også er viktig at pasientane har hatt individuellterapi og blitt bevisst på eigen tankegang rundt angsten. I individuellterapi, brukast ABC(D)-modellen til bevisstgjerjing av dei indre negative automatiske tankane som oppstår ved sosial angst (Berge & Repål, 2009).

Som vist tidlegare viser ABC(D)-modellen korleis kjensler og åtferd i stor grad blir bestemt av oppfatningar og tankar som pasienten har om seg sjølv. Ved å bruke modellen aktivt og skrive ned tankane, kan dette gje eit meir nyansert og detaljert bilde av det som skjer i krevjande sosiale situasjonar. Gjennom samarbeid mellom pasient og terapeut gjev ABC(D)-modellen problemet forståeleg for pasienten, modellen gjev forklaring på kva som skjer, og kvifor det skjer (Berge & Repål, 2009).

I følgje Berge & Repål (2009) er det viktig at pasienten er ein aktiv problemløysar i terapien, pasienten skal i ettertid fungere som sin eigen terapeut. Derfor ser eg på innlæringa av ABC(D)-modellen som eit godt hjelpemiddel ein kan bruke som sjølvhjelp seinare.

4.3 Relasjon

Som tidlegare nemnt er alliansen terapeut og pasient har opparbeida saman, avgjerande i kognitiv terapi, i hovudsak ved å samarbeide om felles mål og middel for å kunne nå måla (Berge & Repål, 2010).

Ei stor mengde vitskapelege studiar konkluderer med at pasienten får stort utbytte av behandlinga når ho er bygd på ein god allianse (Berge & Repål, 2009). Det er fyrst og fremst pasientens oppleving av alliansen som er knytt til eit godt resultat, og ein slik god allianse er i følgje Berge & Repål (2009) viktig å etablere tidleg i behandlinga.

Studien til Shatell, Starr & Thomas (2007) viser at i oppbygginga av terapeutisk allianse er teknikk og relasjon avhengige av kvarandre. Teknikk åleine, vil ikkje kunne legge grunnlaget for ein god allianse. Undersøkinga viser at pasientane også legg vekt på terapeutens personlege eigenskapar. Det er blant anna viktig at terapeuten er tålmodig, open, ærleg, roleg, stabil og ikkje minst ikkje-dømmande. Studien viser i tillegg at teknikk og relasjon er avhengige av kvarandre for at pasienten skal ha tillit til sjukepleiaren, noko som er nødvendig for å kunne bygge ein terapeutisk allianse.

Shatell et al.(2007) antyder vidare i si forskning at det ikkje er tilstrekkeleg å velje mellom å berre bruke teknikkar eller berre vise empati, når ein skal bruke seg sjølv terapeutisk. Pasienten er avhengig av at sjukepleiaren viser kunnskap for å oppretthalde alliansen, samtidig som ho/han viser ekthet og empati (Shatell et al., 2007).

Sett frå sjukepleiarens side krev oppfølginga at pasienten har ei kjensle av tillit til sjukepleiar, dette er grunnleggjande for at pasienten skal kunne kjenne seg trygg nok til å opne seg. Pasienten må kunne kjenne seg respektert og ivaretatt for å kunne meistre tilveret (Kristoffersen, 2014). For ein person med sosial angst er nettopp det å skulle opne seg for ein annan person krevjande, frykta for å bli avvist eller vurdert negativ opptek tankane og kan lett låse for utviklinga av ein god allianse. For å komme vidare kan det vere viktig å snakke om angsten, det kan gje mange ei kjensle av tryggleik og lette (Berge &Repål, 2009).

Sidan håp er i slekt med tillit, forsøker sjukepleiaren å vise gjennom si eiga åtferd at ho/han kan og vil hjelpe når behov oppstår. Tillit er noko sjukepleiaren må gjere seg fortent til (Hummelvoll, 2012). Den innleiande samtalen vil måtte vere grundig, da den skal danne grunnlaget for eit godt behandlingsforløp vidare, ein påstand som Travelbee er samd i (Iversen, 2007). Samkjensle og fagleg handling er sentrale mål for å kunne bygge opp tillit i ein relasjon (Kristoffersen & Nordvedt, 2011).

For å bygge opp ein god allianse har eg tidlegare vore inne på at god kommunikasjon er viktig. I følgje Travelbee (1999) er kommunikasjon ei dynamisk kraft som kan ha djup innverknad på graden av mellommenneskeleg nærleik i sjukepleiesituasjonar. Kommunikasjon kan brukast til å støyte folk bort og til å trekke folk til seg.

Ein skal vere klar over at relasjonsprosess kan stoppe opp, anten midlertidig eller permanent. Skjer dette, er det viktig å hugse at det er sjukepleiarens ansvar å finne fram til årsaka til at prosessen har gått i stå, og gjere det som er nødvendig for å få han i gang att (Travelbee, 1999). Ut i frå mi erfaring, skal det ofte ikkje så mykje til frå sjukepleiaren si side for å snu ein tilsynelatande låst situasjon. Realistisk sett, trur eg likevel vi av og til må innsjå at kontakten ikkje er der. Da er det avgjerande korleis ein tar tak i utfordringa.

Mange kjensler kan bli sett i sving når ein pasient uttrykker ønske om byte av primærkontakt. For primærsjukepleiaren kan det bli ei kjensle av ikkje å vere god nok, ikkje klare jobben. For sjukepleiaren pasienten har trudd seg til, er tanken på å svikte ein medarbeidar der. I ein slik situasjon er det viktig å ikkje avfeie spørsmålet, men heller prøve å oppfatte korleis individet bak pasienten oppfattar sin situasjon. Sjølv om eit eventuelt bytte vil skape eit dilemma for sjukepleiarane, bør personalet sjå på dette som ein viktig ressurs pasienten har tileigna seg, ein ressurs der pasienten ser kva han har behov for og har mot til å seie frå om, noko som er ein stor siger i kampen mot angsten.

I tilfelle der pasienten gjev uttrykk for misnøye, bør det vere mogleg å skape rom for å bytte primærkontakt. Erfaringar sjukepleiarane eg møtte i praksis hadde, viste at dette kunne ha positive verknader på behandlinga. Pasienten var meir villig til å jobbe for å nå sine mål med behandlinga når dei kjente at dei har ein viss kontroll. For pasienten er det viktig å bli høyrte også for korleis samarbeidet mellom pasient og sjukepleiar vil bli vidare, noko som er ein føresetnad for at pasienten skal forstå meininga med behandlinga (Iversen, 2007).

Ein grunntanke i boka «Mellommenskelig forhold i sykepleien» av Travelbee (1999) er at både sjukepleiar og den sjuke oppfatar og ser på kvarandre som unike menneskelege individ. Evnen til å vere nærverande blir sett på som ein føresetnad for god sjukepleieutøving. Studien «*Mindfulness- det oppmerksomme nærvær*» (Sandvik, 2011) viste at ved å trene på det oppmerksomme nærvær kan sjukepleiaren lettare forstå kva som gir meining hos pasienten, noko som igjen dannar grunnlaget for arbeidet med kognitiv terapi. For sjukepleiarane i undersøkinga er nærvær i utgangspunktet eit relasjonsfenomen der sjukepleiar og pasient kommer nær kvarandre. Dette har i følgje studien, vist seg også å ha effekt for redusering av angst (Sandvik, 2011).

På den andre sida hevdar Travelbee (1999) at når sjukepleiaren blir for oppteken av å bruke visse teknikkar, så gløymer ein også kva som er målet med å ta i bruk disse teknikkane. Det er derfor viktig at sjukepleiaren viser spontane og naturlege reaksjonar i samhandling med pasienten, slik at det ikkje er teknikkane som styrar den mellommenneskelege prosessen.

Menneske-til-menneske forhold bidrar til å mogleggjere oppfyljinga av det som til sist er sjukepleiarens mål og hensikt, å hjelpe eit individ eller familie med å førebygge eller meistre sjukdom og lidning til å finne meining i desse erfaringa. Det har svært mykje å sei om ein person blir oppfatta som «pasient» eller som eit unikt individ. Det er berre menneskjer som kan bygge opp forholdet til kvarandre (Travelbee 1999). Diagnosen kan vere lik, men pasientane kan vere veldig ulike. Pasientar kan ha ulike oppfatningar og ulike meiningar om kva som har terapeutisk effekt. Nokre føretrekker mykje empati og omsorg under behandlinga sin mot angst, mens for andre er kanskje tilfreds med ein meir saksorientert behandling (Berge & Repål, 2010).

Sjølv om sjukepleiar og pasient dannar ein allianse, eit menneske-til-menneske forhold, er det viktig å vere merksam på at dei har ulike roller. Pasienten er avhengig av sjukepleiaren og

ikkje omvendt (Martinsen, 2003). Helsepersonell er spesialistar på sitt fag – pasienten på sitt liv (Berge & Repål, 2009).

Ein balanse mellom nærleik og avstand kan også vere viktig når partane skal lære kvarandre å kjenne. Framvekst av identitet er ein føresetnad for at empati skal bli etablert (Travelbee, 1999). Å bli møtt empatisk kan gjere det lettare for pasienten å opne seg og snakke om det som er vondt og vanskeleg. Forsking viser tydeleg at like viktig som fagleg dyktigheit, er dei personlege eigenskapane, verdiane og haldningane som sjukepleiaren møter pasienten med.

Å bli godt kjent med pasienten er nødvendig for å få ein betre forståing for kva pasienten tenker og føler, og for å finne ut av kva behovet er. Dette understrekar at det vil avgjerande få til ein god relasjon prega av likeverd for å få oppnå ein god terapeutisk allianse.

5. Konklusjon

Mitt mål var å svare på problemstilling « Korleis kan sjukepleiar nytte seg av kognitiv terapi overfor pasientar med sosial angst ». Fokuset mitt har vore retta mot korleis sjukepleiaren gjennom samspel kan påverke pasienten terapeutisk, slik at livskvaliteten kan betrast mest mogleg.

Gjennom arbeidet har eg fordjupa meg i noko av den litteraturen og forskinga som er gjort på området. Eg fann store mengder bøker, utfordringa var å finne forskning der sjukepleiaren hadde ei stor rolle under den kognitive behandlinga av pasientar som sleit med sosial angst

Temaet «korleis ein sjukepleiar kan nytte seg av kognitiv terapi overfor pasientar med sosial angst», håpar eg vil bli forska vidare på i sjukepleiefaget, samtidig håpar eg at det blir lagt meir vekt på kognitive teknikkar og undervist meir i kognitiv terapi i sjukepleiarstudiet.

Gjennom mitt arbeid med oppgåva har eg fått eit større innblikk i kva angstliding er, sett kor viktig kognitiv terapi er i behandlinga, lært litt om terapeutiske metodar sjukepleiaren kan anvende i den kognitive behandlinga av pasientar med sosial angst. Blant anna har eg sett kor viktig det er at sjukepleiaren brukar seg sjølv terapeutisk, og eg har sett at for å nå eit positivt resultat er ein god terapeutisk allianse viktig.

Eg har fått utvikla min kompetanse, og det er noko eg vil ha nytte av vidare i møte med pasientar som lid av sosial angst.

Litteraturliste

- Aarøe, R. & Øiesvold, M. (2004). *Tenk viss ... hva så: En selvhjelps- og behandlingsmanual for panikkelidelser* (s.124-139). (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bech, S. & Holm, L. (2008). Hvordan kan miljøet understøtte den kognitive omstrukturering? I: Holm, L (red), Oestrich, I.H, (Red). *Kognitiv miljøterapi: At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde* (2. utg.). Forfatterne og Psykologisk Forlag A/S.
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D. K (2009). I: Berge, T. & Repål, A. (Red). *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 24-55). (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge, T. & Repål, A. (Red) (2009). *Håndbok i kognitiv terapi* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bohart, A. C., Elliot, R., Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (2002). Empathy. I: J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (s. 89-108). Oxford: Oxford University Press.
- Borge, F. M. & Hoffart, A. (2009). Sosial angstlidelse. I: Berge, T. & Repål, A. (Red). *Håndbok i kognitiv terapi* (s.178-200). (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchman, B.S. (Red) (2008). *Etikk i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bökforlaget natur och kultur.
- Hallberg, M. & Ørbeck, A. L (2006). Kognitiv terapi gir gode resultater: Kognitiv terapi som metode bør ikke være forbehold psykologer og leger. *Tidsskrift sykepleien*, 94 (11), s. 46-49.
- Hougaard, E. (2004). *Angst: Mestring av angst og panikk*. Tell forlag A.S.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Iversen, T. (2007). *Kognitiv terapi; stress og traumer*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, M. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, s. 593-602.
- Klette, T. (2008). *Omsorgsvikt og personlighetsforstyrrelser*. Hentet 22.09.14 fra <http://tidsskriftet.no/article/1708866/>
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, s. 1091- 1098
- Krogh, G. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie* (2. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretisk perspektiv på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. *Grunnleggende sykepleie*. (3. utg.). bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N.J., & Nordtvedt, F. (2011). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. og Skaug, E. A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie*. (s.83-127). (2. utg.). bind 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lerdal, A. (2012). Forskningsartikkel eller fagartikkel? *Sykepleien*, 100 (02):72-73. doi: 10.4220/sykepleiens.2012.0018
- Linnerud, T. S. & Karlsson, B. (2009). Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser: Pasienters opplevde utbytte. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6 (3), 204-214.
- Lov om helsepersonell m.v. (1999). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)*. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-05-18-24/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Lund, T. W (2014). *Ny studie - Få unge med sosial angst får hjelp*. Hentet 01.09.14 fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/oppvekst/ny-studie-faa-unge-med-sosial-angst-faar-hjelp/a/23278774/>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

Oestrich, I.H. (2008a). At organisere et kognitivt miljø. I: Hold, L. (Red), Oestrich, I.H. (Red). *Kognitiv miljøterapi: År skabe et behandlingsmiljø I likeverdigt samarbejde*. (s. 22-29).(2.utg.) Forfatterne og Psykologisk Forlag A/S.

Richards, A, Barkham, M, Cahill, J, Richards, D, Williams, C & Heywood, P. (2003). PHASE: A randomized, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. *British Journal of General Practice* 53(485), 764-770.

Sandvik, B. A. (2011). Mindfulness – det oppmerksomme nærvær. *Sykepleien Forskning*, 6 (3), 274-281.

Shatell, M.M, Starr, S.S & Thomas, S.P. (2007). 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16 (4), 274-284.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J. K & Engedal, K. (2008). *Psykatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3.utg. Trondheim: Akribe.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.