



En trygg relasjon i eksponeringsterapi

*Hvordan kan sykepleiere skape trygghet i eksponeringsterapi
hos unge voksne med sosial angst?*

Kandidatnummer: 1022

VID vitenskapelige høgskole

Campus Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK16

Antall ord: [9193]

Dato 04.04.2019

*Jeg har lært at følelser ikke kan drepe meg.
Følelser er ikke farlige.
Da er det plutselig ikke så farlig å leve heller.
(Heggdal, 2013, s. 7)*

Sammendrag

Som sykepleier i psykisk helsevern møter man stadig på pasienter i en sårbar fase, hvor trygghet er en viktig faktor for å skape en behandlingsrelasjon. Oppgaven blir brukt til å undersøke følgende problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere skape trygghet i eksponeringsterapi hos unge voksne med sosial angst?* Det er blitt brukt faglitteratur og nyere forskning for å komme frem til ulike momenter som er med på å trygge pasienten i en slik situasjon. Det kommer frem at empati, kunnskap, kommunikasjon og refleksjon er sentrale faktorer i en trygg relasjon. Til slutt konkluderes det med at det foreligger en tydelig individuell forskjell i pasienters behov innenfor de ulike momentene. Sykepleier oppfordres i den sammenheng med en kreativ og individuell tilnærming til pasientens behandlingsopplegg.

Abstract

As a nurse in mental health care, you constantly meet patients in a vulnerable situation, where safety is an important factor in creating a treatment relationship. The thesis will examine the following problem statement: *How can nurses provide security in exposure therapy in young adults with social anxiety?* Academic literature and research articles have been used to point out various factors that help to secure the patient in this type of situation. Empathy, knowledge, communication and reflection emerge as key factors to create a safe relationship. Finally, it is concluded that there is a clear individual difference in the patients' needs within the various elements. The nurse is in this context encouraged to use a creative and individual approach to the patient's treatment program.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstillingen	6
1.3 Sentrale begreper	6
1.3.1. Sosial angst.....	6
1.3.2 Eksponeringsterapi	6
1.3.3 Trygghet	7
1.4 Avgrensning	7
1.5 Oppgavens videre oppbygning	7
2 Metode	8
2.1 Litterær oppgave	8
2.2 Søkeprosessen	8
2.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.2.2. Søkestrategi	9
Tabell 1 - Systematiske søk.....	9
2.3 Presentasjon av utvalgt forskning	10
Tabell 2–Forskningens relevans	10
2.4 Kildekritikk	11
2.5 Søk etter øvrig litteratur	11
2.6 Etiske overveielser	11
3 Teori	13
3.1 Angst	13
3.1.1 Sosial angst.....	13
3.2 Å leve med sosial angst	14
3.2.1 Ulike strategier	14
3.2.2 Komorbiditet	15
3.2.3 Delt lidelse.....	15
3.3 Kognitiv atferdsterapi med eksponering	16
3.3.1 Sykepleiers rolle i eksponeringsterapi.....	17
3.3.2 Tilpassede utfordringer.....	17
3.4 En trygg relasjon	18
3.5 Behandlingsalliansen	19
3.5.1 Empati	20
3.5.2 Kunnskap.....	21
3.5.3 Kommunikasjon	21
3.5.4 Refleksjon.....	22
4 Drøfting	23
4.1 Betydningen av å bygge relasjonen	23
4.2 Felles forståelse	25
4.3 Empatiens verdi	26
4.4 Kommunikasjon og refleksjon	28
4.5 Trygghet i utrygghet	29
5 Konklusjon	31
Referanser	32

1 Innledning

Folkehelseinstituttet (2015a) har publisert tall som viser at hele 50 % av befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. 25 % av disse vil være plaget med en form for angstlidelse. Angst er grunnleggende i oss alle, og har i evolusjonen vært en viktig faktor for overlevelse (Aarre, Bugge & Juklestad, 2010, s. 109). Sosial angst kommer derimot av at angstreaksjoner i kroppen aktiveres ved helt ufarlige situasjoner, som i møte med andre mennesker eller når man skal prestere noe (Aarre et al., 2010, s. 118). Norsk elektronisk legehåndbok (NEL, 2019) viser til at det til enhver tid er 2 – 5 % som har sosial angst, hvorav 95 % av disse får debutsymptomer før de fyller tjue år. Denne lidelsen kan ha store følger for de rammede og kan begrense deres liv i stor grad. Forskning viser at uten riktig behandling, vil 2/3 av de som er rammet av sosial angst kunne utvikle en livsvarig lidelse (Sawchuk, Veitengruber, Olatunji & Welch, 2018, s. 41).

I svært mange tilfeller blir det ikke satt i gang god behandling tidlig nok, og mange blir feildiagnostisert med andre typer angstlidelser (som agorafobi), eller en depressiv lidelse (Aarre et al., 2010, s.119). Folkehelseinstituttet (2015a) bekrefter også at 1/3 av alle uføretrygdede i Norge er rammet av en psykisk lidelse. Disse tallene bekrefter viktigheten av å belyse temaer rundt psykisk helse, og samtidig se på hvordan sykepleiere kan være med å optimalisere behandlingstilbudet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykisk helse er noe som har interessert meg i en lengre periode, og jeg ønsket derfor å fordype meg i et tema innenfor dette feltet. Førforståelsen for problemstillingens tema grunner i at jeg gjennom praksis har sett eksponeringsterapi bli brukt som behandlingsmetode både for sosial angst og andre spesifikke fobier. Som sykepleier i psykisk helsevern, er man en viktig støttespiller under et slikt behandlingsforløp.

Som sykepleier i en psykiatrisk avdeling møter man mange ulike pasienter, men felles for de fleste er usikkerhet og lav selvfølelse (Hummelvoll, 2014, s. 38). I slike situasjoner poengterer Hummelvoll (2014, s. 164) sykepleiers rolle med tanke på å skape trygghet og å

vise støtte til pasienten. Dette er utrolig viktig for sårbare pasienter, og danner bakgrunnen for valg av problemstilling. Problemstillingen vil bli drøftet og belyst gjennom sykepleiefaglig teori og nyere forskning på området.

1.2 Problemstillingen

Oppgavens problemstilling er følgende:

Hvordan kan sykepleiere skape trygghet i eksponeringsterapi hos unge voksne med sosial angst?

1.3 Sentrale begreper

Innledningsvis vil sentrale begreper i oppgaven beskrives og presiseres. Dette for å skape en felles forståelse av oppgavens problemstilling.

1.3.1. Sosial angst

Sosialt angst er en lidelse hvor man har en urimelig angst i forbindelse med hverdagslige situasjoner som innebærer at man møter andre mennesker eller skal prestere noe (NEL, 2019). I følge Sawchuk et al., (2018, s. 4) ligger det til grunn en voldsom frykt for å dumme seg ut, eller bli negativt evaluert av andre mennesker.

1.3.2 Eksponeringsterapi

Eksponeringsterapi er å gradvis og systematisk utsette seg for fryktede situasjoner, uten å bruke trygghetsskapende strategier. Målet er at pasienten lærer seg å stå gjennom angsten uten å endre atferden, samtidig som han opplever mestring i en situasjon som tidligere har vært angstpreget (Sawchuk et al., 2018, s.17). Heggdal (2013, s. 15) understreker at formålet med

denne type behandling er å erfare at man kan være i en ubehagelig situasjon, uten at en reell fare faktisk oppstår.

1.3.3 Trygghet

Trygghet er i følge Orem (1991, s. 155) en faktor som må ligge til grunn for at pasienten skal mestre å gjennomføre egenomsorgshandlinger. Sykepleier kan skape en slik trygghet gjennom fysisk og psykisk støtte.

1.4 Avgrensning

Primært fokuserer oppgaven på unge voksne, og da aldersgruppen 19–24 år, med sosial angst. Dette er fordi sosial angst oftest oppstår i nettopp ungdomsårene, til tross for at de fleste ikke oppsøker behandling får etter en stund (Hummelvoll, 2014, s. 167). Grunnet oppgavens størrelse, avgrenses den til å kun omhandle pasienter sykepleier møter innlagt i institusjon, både dagpasienter og døgnpasienter. Det vil bli fokusert på sosial angst som lidelse og ikke eventuelle tilleggsdiagnoser, som i følge Sawchuk et al., (2018, s. 6) er vanlig å møte hos denne gruppen. Det blir kort forklart hva kognitiv atferdsterapi og eksponering går ut på, men i oppgaven velger jeg å fokusere på sykepleiers rolle og hva som er viktig i sykepleier–pasient–relasjonen for å optimalisere behandlingsutbyttet. Da fokuset vil rettes mot pasienter i institusjon, forutsettes det at en psykiater står ansvarlig for behandlingsoppstart. Sykepleiers rolle kommer derfor i forbindelse med utførelse av eksponeringsoppgaver og oppfølging av behandlingsplan. Det tas utgangspunkt i at pasientene er norskspråklig og frivillig har oppsøkt hjelp.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

I neste kapittel presenteres metode som er brukt i oppgaven, inkludert søkestrategi og etiske overveielser. Teorien blir deretter belyst i kapittel 3, hvor også forskningens resultat fremkommer. Kapittel 4 samler teori og data og drøfter dette opp mot problemstillingen, før oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel 5.

2 Metode

I dette kapittelet vil oppgavens metode bli beskrevet. Det vil også bli forklart hvordan det er gått frem i søkeprosessen med utgangspunkt i problemstillingen. Til slutt beskrives utvalgsriterier, kildekritikk og etiske overveielser gjort i forbindelse med oppgaven.

2.1 Litterær oppgave

En metode defineres av Dalland (2015, s. 111) som en oppskrift på hvordan vi skal fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Denne oppgaven er bygget opp som en litterær oppgave, som av Dalland (2015, s. 223) beskrives som at problemstillingen blir besvart gjennom drøfting basert på teori og forskning som finnes innenfor temaet.

2.2 Søkeprosessen

I innhenting av har det blitt benyttet følgende databaser: CINAHL with full text, PsycINFO og PubMed. Det ble også brukt Google Scholar for å søke etter artikler som gjennom henvisninger i andre artikler virket interessante og relevante for oppgaven.

2.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I alle tre databaser er søkene blitt avgrenset slik at resultatet har vist fagfellevurderte artikler, samt at de er blitt publisert i tidsperioden 2008–2019. Søket ble i tillegg avgrenset til å omhandle mennesker. Det ble også satt som krav at artikkelen skulle være tilgjengelig i fulltekst på nett. Søkene ble gjort systematisk med problemstillingens nøkkelord og med bindeordene OR og AND. Henviser til tabell 1, for presentasjon av de systematiske søkene.

2.2.2. Søkestrategi

Tabell 1 - Systematiske søk

<i>Database</i>	<i>Søk</i>	<i>Søkeord</i>	<i>Antall treff</i>
<i>CINAHL</i>	S1	Social Anxiety	2242
	S2	Exposure therapy	466
	S3	Alliance	5924
	S4	S1 AND S2 AND S3	244
	S5	S4 + Subject: Cognitive Behaviour Therapy	33
<i>PsycINFO</i>	S1	Social Anxiety	9659
	S2	Exposure Therapy	3155
	S3	Alliance	14678
	S4	Cognitive Behavioral Therapy	14045
	S5	Relation	187794
	S6	S1 AND S4	740
	S7	S6 AND S3	28
	S8	Security	3683
	S9	S1 AND S2 AND S8	26
<i>PubMed</i>	S1	Social Anxiety	217809
	S2	Exposure therapy	103258
	S3	Alliance	23385
	S4	Cognitive Behavior Therapy	45241
	S5	S1 AND S2	491
	S6	S1 AND S4	2234
	S7	S6 AND S3	31
	S8	Security	63072
	S9	Therapeutic Alliance	4622
	S10	S1 AND S8 AND S9	8

Etter å ha gjort systematiske søk med ulike kombinasjoner av søkeord og avgrensninger, ble det videre lest gjennom alle overskrifter for å utelukke artikler som ikke var relevante for oppgaven. Deretter ble abstraktet til de artiklene hvor overskriften virket relevant lest gjennom, for å igjen vurdere studiens relevans opp mot oppgavens problemstilling. I de artiklene hvor abstraktet fremsto relevant, ble hele studien lest og videre inkludert om den fortsatt ble vurdert som relevant. I løpet av gjennomlesning av de ulike artiklene, dukket det igjen opp nye og interessante artikler via referanselistene. Disse ble også lest, vurdert og eventuelt inkludert. Til slutt ble syv artikler valgt ut og inkludert i oppgaven. Utvalgte artikler presenteres i tabell 2.

2.3 Presentasjon av utvalgt forskning

Tabell 2–Forskningens relevans

FORFATTER(E)	TITTEL	ÅRSTALL	RELEVANS FOR OPPGAVEN
DZIOPA, F. & AHERN, K.	What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature	2008	En oversikt over hvilke punkter som fra pasientenes side har pekt seg ut som viktige for en trygg relasjon til sykepleier i psykiatrisk behandling.
ELLIOT, R., BOHART, A. C., WATSON, J. C. & MURPHY, D.	Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis	2018	Undersøker viktigheten av empati i behandlingsrelasjonen til pasienter med angst, og ser på ulike måter empati kan benyttes på.
HAUG, T., NORDGREEN, T., ÖST, L. G., TANGEN, T., KVALE, G., HOVLAND, O. J... HAVIK, O. E.	Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults	2015	Undersøker viktigheten av kompetansen til sykepleier, og om dette kan spille en rolle på behandlingsrelasjonen.
JOHANNESSEN, L. K. J.	Behandlingskompetanse hos sykepleiere	2016	Undersøker hva psykiatriske sykepleiere mener er viktig i behandlingsrelasjonen til pasienter med sosial angst.
KENDALL, P. C., COMER, J. S., MARKER, C. D., CREED, T. A., PULIAFICO, A. C., HUGHES, A. A., ... HUDSON, J.	In-Session Exposure Tasks and Therapeutic Alliance Across the Treatment of Childhood Anxiety Disorders	2009	Undersøker ulike eksponeringsøvelser og effekten av disse, samt hvordan sykepleier kan optimalisere behandlingsutbyttet. I tillegg undersøkes det om eksponeringsøvelser kan ødelegge relasjonen mellom pasient og sykepleier.
LEVIN, L. HENDERSON, H. A. & EHRENREICH, M. J.	Interpersonal Predictors of Early Therapeutic Alliance in a Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Treatment for Adolescents With Anxiety and Depression	2012	Undersøker hvilke faktorer som spiller inn på behandlingsrelasjonen, samt viktigheten av en god relasjon i behandling.
MCMILLAN, K. A., ASMUNDSON, J. G. G. & SAREEN, J.	Comorbid PTSD and Social Anxiety Disorder	2017	Undersøker komorbiditet hos pasienter med sosial angst, og om det foreligger forhøyet suicidrisiko hos denne pasientgruppen.

2.4 Kildekritikk

I utvelgelsen av kilder har det blitt gjort en del avgrensninger for å sikre nyest og mest mulig troverdige kilder. Ved å blant annet bruke primærkilder på studier, sikres det at studien blir presentert slik den opprinnelig er ment som. Videre gjør dette at muligheten for eventuelle feiltolkninger av andre forfattere blir betydelig redusert. Ulempen med primærkilder, kan likevel oppstå ved at disse studiene ikke nødvendigvis er etterprøvd, og dermed kan det være metodiske feil tilstede. Ettersom de fleste artiklene er skrevet på engelsk, er det likevel en mulighet for at det har skjedd feiltolkninger i oversettelsen. Oppgaven er også avgrenset til å fremstille nyere forskning, slik at resultatene som presenteres fremdeles er relevant. Til slutt er alt av utvalgt forskning fagfelleverdert, samt publisert i anerkjente tidsskrifter. Dette er med på å styrke troverdigheten til artikkelene.

2.5 Søk etter øvrig litteratur

I søket etter faglitteratur innenfor temaet, har Oria blitt brukt aktivt. Her har, i likhet med utvelgelse av forskning, kravet vært at bøkene ikke skal være mer enn ti år gamle. Dette sikrer mest mulig oppdatert kunnskap. Likevel er litteratur som omhandler sykepleieteoretikerne vurdert relevant, og dermed inkludert, til tross for at disse er eldre enn ti år. Videre har utvelgelse av øvrig litteratur blitt gjort i samarbeid med veileder og en psykolog som driver med denne formen for behandling. Aarre, Bugge og Juklestad (2010), Berge og Repål (2008) og Hummelvoll (2014) er blitt benyttet som oppgavens teoretiske rammeverk. I tillegg er sykepleieteoretikerne Katie Eriksson og Dorothea E. Orem inkludert for en sykepleiefaglig forankring.

2.6 Etiske overveielser

Etiske overveielser skal bidra til at oppgaven ivaretar personvern, samt sikrer resultatenes troverdighet (Dalland, 2015, s. 94). Blant annet har det vært viktig å vise respekt for forskernes arbeid, gjennom å presentere deres forskning på en subjektiv måte, samt å referere til deres artikler på en godkjent måte gjennom hele oppgaven. Her har det også vært viktig å

inkludere artikler på tross av eventuelle uoverensstemmelser i resultat. Til slutt har artiklernes egne etiske overveielser blitt lest og vurdert, slik at det er sikret at undersøkelsene i studiene er blitt gjort på en godkjent måte. Dette i henhold til personvern og forskningsetikk.

3 Teori

I denne delen blir teorien rundt temaet belyst ved hjelp av faglitteratur, samt nyere, relevant forskning.

3.1 Angst

Aarre et al., (2010, s. 109) beskriver angst som en grunnleggende reaksjon i mennesket, som er avgjørende for overlevelse. Mennesker har et naturlig varslingsystem som øker oppmerksomheten slik at vi kan handle raskere og planlegge neste steg ved eventuell fare. Et slikt system, er svært hensiktsmessig om det oppstår en reell fare. Like hensiktsmessig er det derimot ikke når dette systemet aktiveres, for eksempel, i møte med nye mennesker, når man er i en heis eller ser en hus-edderkopp. Alle mennesker opplever, ifølge Aarre et al., (2010, s. 110), angst i løpet av livet, men det er når det går utover funksjonen i dagliglivet det kategoriseres som en ”angstlidelse”. Angstlidelser er blant de vanligste psykiske lidelsene, og er et samlebegrep på flere ulike former for fobier. Angstlidelser innebærer blant annet posttraumatisk stresslidelse, tvangstanker, generell angst og spesifikke fobier som sosial angst.

3.1.1 Sosial angst

Sosial angst er en lidelse hvor man har en urimelig angst i forbindelse med hverdagslige situasjoner som innebærer å møte andre mennesker eller å skulle prestere noe (Borge & Hoffart, 2008, s. 178). Autoriteter, et stort publikum eller fremmede mennesker kan være utfordrende for pasienter med denne lidelsen (Aarre et al., 2010, s.118). Vanlige symptomer hos disse pasientene, er angst for svetting, rødming og skjelving, noe som er med på å gjøre cafébesøk, handling og lignende hverdagslige gjøremål angstfylte (Raknes, 2008, s.113).

3.2 Å leve med sosial angst

Orem (1991, s. 117) beskriver menneskets egenomsorg med at mennesker gjør spesifikke handlinger som fremmer helse og velvære. Det å ha sterk angst vil, ifølge Aarre et al., (2010, s. 110) ikke bli sett på som velvære, og i et forsøk på å unngå symptomaktivering vil angstpasienter benytte seg av egenomsorgshandlinger som unngåelsesstrategier eller sikkerhetsatferd. Dessverre er slike handlinger med på å opprettholde angsten, og kan i verste fall forverre den (Borge & Hoffart, 2008, s. 180–182)

3.2.1 Ulike strategier

Unngåelsesstrategier handler om å unngå situasjoner som skaper angst. Dette skaper en begrensning i hverdagen hvor skole, jobb, handling i butikk og selskaper kan være blant det en prøver å unngå. For enkelte pasienter vil angsten være så sterk at det å fullføre skolegangen, eller det å fortsette i en jobb er utfordrende. For enkelte vil det oppleves som umulig å få til, noe som igjen kan føre til arbeidsuførhet. I tillegg vil en slik isolasjon fra sosiale settinger kunne være med å redusere livskvaliteten betraktelig (Borge & Hoffart, 2008, s. 178).

Sikkerhetsatferd går ut på å ta i bruk handlinger som kan redusere angsten når en skal inn i en fryktet situasjon. En slik handling kan gå ut på å prøve å minske angsten ved hjelp av beroligende medikamenter (Aarre et al., 2010, s. 110). I tillegg vil et stort fokus være å prøve å skjule angstsymptomene. Dette skaper først og fremst et enormt behov for planlegging, blant annet ved å velge klesplagg som skjuler svetting og rødming, eller å unngå situasjoner hvor skjelvingen tydeliggjøres. Slike handlinger er i tillegg til å være slitsomme også opprettholdende faktorer, ved at pasienten bruker sin sikkerhetsatferd som svar på at situasjonen gikk bedre enn forventet (Borge & Hoffart, 2008, s. 181). Videre kan et slikt overdrevent fokus på sikkerhetsatferd føre til at pasienten distanserer seg enda mer i sosiale settinger. Dette kan igjen gi andre et inntrykk av at pasienten er lite imøtekommende eller uoppmerksom i samtaler, og føre til denne pasientgruppens største frykt: en negativ vurdering fra andre (Borge & Hoffart, 2008, s. 181).

3.2.2 Komorbiditet

Depresjon og andre angstlidelser ses i stor grad som komorbiditet hos pasienter med sosial angst (Sawchuk et al., 2018, s. 6). I følge Kendall et al., (2009, s. 519) har hele 60 % av pasienter med sosial angst også en annen form for angstlidelse. Videre viser undersøkelser at unge voksne med sosial angst har en økt risiko for å utvikle en depresjon senere i livet (FHI, 2015). En litteraturstudie gjort av McMillan, Asmundson og Sareen (2017) viser også at risikoen for selvmord hos pasienter med sosial angst i kombinasjon med andre psykiske lidelser, er betydelig forhøyet.

3.2.3 Delt lidelse

Hummelvoll (2014, s. 433) deler menneskets lidelse opp i fire ulike deler, hvor pasienter med sosial angst kan oppleve samtlige av disse. Først og fremst skriver han om sykdomslidelse som baserer seg på hvilke symptomer og plager selve diagnosen medfører. Videre beskriver han eksistensiell lidelse, hvor den aktuelle pasientgruppen kan føle på redusert livskvalitet som følge av angstlidelsen. I tillegg sliter mange med et negativt selvbilde, med en oppfattelse av at de ikke gjør noe nyttig for seg selv eller andre (Raknes, 2008, s. 114). Sykdoms- og behandlingslidelse tar for seg den lidelsen som helsevesenet påfører pasienten, og kan trekkes opp mot Erikssons (1996, s. 66) definisjon av pleielidelse. Her inngår først og fremst bivirkninger av medikamenter. I tillegg omhandler det den lidelsen som oppstår ved uærlige relasjoner til helsevesenet, maktubalanse eller isolasjon som følge av innleggelse (Hummelvoll, 2014, s. 433; Eriksson, 1996, s. 66). Den siste formen for lidelse går på det sosiale; ved at pasienten med sosial angst ikke finner sin plass i samfunnet. Denne formen for lidelse ses hyppig hos pasienter med sosial angst først, og fremst som følge av isolasjon grunnet angsten. Sosial lidelse kan også ses som en bakenforliggende årsak til sosial angst. Folkehelseinstituttet (2015b) viser nemlig til økt forekomst av sosial angst blant mennesker med lavere inntekt og utdanning.

3.3 Kognitiv atferdsterapi med eksponering

Kognitiv atferdsterapi med eksponering har vist å være blant det mest effektive for pasienter med sosial angst, og er i hovedsak førstevalg ved behandlingsoppstart (Sawchuk et al., 2018, s. 16–17). National Institute for Health and Care Excellence (NICE), publiserte i 2013 nasjonale retningslinjer for behandling av sosial angst. I denne rapporten kommer det frem at kognitiv atferdsterapi spesielt tilpasset sosial angst, er førstevalg av behandling. Modellen til Clark og Wells er da spesielt trukket frem som velegnet ved lidelsen (NICE, 2013; Aarre et al., 2010, s. 120). Denne metoden av kognitiv atferdsterapi tar for seg flere ulike aspekter av behandling. Først og fremst er det fokus på undervisning om hva sosial angst er, for å øke forståelsen til pasienten (Raknes, 2008, s. 114). Videre går pasient og terapeut inn i spesifikke situasjoner som er utfordrende, for så å reflektere rundt hva det er som er skummelt, hva som skjer når en opplever angst og hvordan disse reaksjonene påvirker selvfølelsen. Å kartlegge de automatiske tankene som dukker opp hos pasienten ved angstaktivering, kan også være nyttig i forkant av øvelser (Fredriksen, Aune & Aarseth, 2008, s. 643). Pasienten vil da kunne være forberedt på de tankene som kommer, og i tillegg legge en plan for hvordan han eller hun skal håndtere disse automatiske tankene. Når pasienten er klar for det, starter en med eksponeringsøvelser i de situasjonene som er pekt ut som angstfylte. Dette gjøres med en klar plan på hvordan det konkret skal gjennomføres. Denne planen utarbeides i samarbeid med pasient og den sykepleieren som skal følge opp pasienten under eksponeringsøvelsene (Raknes, 2008, s. 115). Ved å gå inn i fryktede situasjoner uten bruk av sikkerhetsatferd, vil pasienten kunne oppleve sterk angstaktivering. Om man da klarer å holde ut angstsymptomene, vil kroppen etterhvert ikke orke å opprettholde aktiveringen. Pasienten vil dermed oppleve å mestre det å bli i en tidligere fryktet situasjon, helt på egenhånd. Dette vil kunne gi pasienten bekreftelse på at selv om angsten aktiveres, er det ikke dermed sagt at det foreligger en reell fare (Raknes, 2008, s. 115).

Rapporten til NICE (2013) understreker at det ikke alltid er godt nok med kun kognitiv atferdsterapi med eksponering i starten. I disse situasjonene anbefales medisiner med serotoninreopptakshemmere, i forkant eller i kombinasjon med psykologisk behandling for bedre effekt. Medikamentell behandling har, ifølge NEL (2019), vist en raskere innsettende effekt, men kognitiv atferdsterapi med eksponeringsøvelser har vist en bedre effekt i lengden. Tall hentet fra samme nettsted viser at hele 70–80 % vil bli kvitt hemmende symptomer eller bli helt friske med 10 behandlinger av kognitiv atferdsterapi med eksponering. Nevnte

behandlingsform gir pasientene betydelig færre tilbakefall, sammenlignet med pasienter som kun er behandlet med medikamenter (Aarre et al., 2010, s. 120).

3.3.1 Sykepleiers rolle i eksponeringsterapi

Det er i hovedsak en psykolog eller psykiater som står ansvarlig for behandling med kognitiv atferdsterapi. Videre overtar sykepleier ansvaret når pasienten skal gjennomføre og jobbe med eksponeringsøvelsene, som er en del av nevnte behandlingsform. Eksponeringsterapi går i hovedsak ut på at pasienten selv må arbeide aktivt, men sykepleier har likevel en informerende og støttende rolle underveis. Sykepleier vil her basere sin rolle på fire av Orem's (1991, s. 8–14) fem definerte hjelpemetoder: Handle for en annen, veilede en annen, støtte en annen, tilrettelegge for et utviklende miljø, og undervise en annen. For denne pasientgruppen vil sykepleiers rolle hovedsakelig gjelde undervisning og veiledning av pasienten gjennom kommunikasjon, slik at planleggingen og utøvelsen gjøres korrekt. Videre handler det om å støtte pasienten i en utfordrende situasjon gjennom psykisk støtte og motivasjon. Til slutt omhandler sykepleiers rolle det å tilrettelegge for et godt miljø for pasienten, gjennom realistiske mål, passende utfordringer og en atmosfære som gir rom for å prøve og feile (Orem, 1991, s. 8–14). I etterkant av øvelser skal pasienten og sykepleier sammen analysere og reflektere over situasjonen, for å undersøke om pasientens følelsesmessige reaksjoner står i forhold med hva sykepleier observerte under øvelsen (Hummelvoll, 2014, s. 439).

3.3.2 Tilpassede utfordringer

En studie fra 2009 (Kendall et al., s. 522) viser til gode behandlingsresultater ved å innføre eksponeringsøvelser tidlig i behandlingen med kognitiv atferdsterapi. I nevnte behandlingsform er pasienten en stor bidragsyter i utformingen av behandlingsplanen, både i forhold til målene som settes og i forbindelse med utfordringene som skal utføres (Berge, Repål, Ryum & Samoilow, 2008, s. 27). Dette gjøres både for at pasienten skal få en bedre forståelse av sammenhengen, men ikke minst for å selv være med på å styre hvilke utfordringer som virker mulig å gjennomføre, samt hva som vil være for vanskelig å få til.

Berge et al., (2008, s. 44) understreker at aktive pasienter får mye mer ut av behandlingen, sammenlignet med pasienter som ikke deltar aktivt i egen behandling. Positivitet og en tro på at terapien kan virke, fører også til at pasientene er flinkere til å utføre oppgaver på egenhånd, samt utfordrer seg mer i oppgavene sammen med sykepleier (Berge et al., 2008, s. 40–41). Viktigheten av pasientens egeninnsats bekreftes også i en studie gjort av Haug et al. (2015, s. 48–49) som viser til en sammenheng mellom mer tid brukt på øvelser og et bedre behandlingsresultat.

Kendall et al., (2009, s. 522–523) beskriver også viktigheten av utfordrende nok øvelser i eksponeringsterapien. I studien deres viste det seg at dersom øvelsene ble for lite utfordrende, ville ikke pasienten få like et godt utbytte, som ved mer krevende oppgaver. Resultatene viste nemlig at pasienter som hadde vært mer angstaktiverte under øvelsen, fikk et bedre utbytte i etterkant. Sykepleier må, i samarbeid med pasienten, utforske hvor utfordrende øvelsene kan være for at pasienten skal oppleve mestring, samtidig som det utfordrer pasienten mer og mer for hver gang. Dette må likevel ikke gå på bekostning av pasientens selvbestemmelse og mulighet for mestring (Berge et al., 2008, s. 24). Om øvelsene blir for utfordrende, er det en risiko for at pasienten avbryter, noe som igjen kan føre til forverring i angst og manglende mestringsfølelse (Hummelvoll, 2014, s. 48). I tillegg foreligger det en risiko for at pasienten mister tillitt til sykepleieren. I følge Kendall et al. (2009, s. 518) skal det likevel en del til for at en god relasjon ødelegges.

3.4 En trygg relasjon

”Trygghet” er et ord som går igjen i nærmest alle lærebøker og artikler om kognitiv atferdsterapi. Denne faktoren blir sett på som en av de viktigste elementene for at terapien skal ha noe utbytte (Hummelvoll, 2014, s. 424). I studien til Levin, Henderson og Ehrenreich (2012) kommer det frem at pasienter som føler seg trygge i behandlingssituasjonen, er mer åpne og ærlige om sin angst og sitt behov for hjelp. Hummelvoll (2014, s. 168) poengterer også at om sykepleier skal kunne hjelpe pasienten med å endre tankesett eller å tørre å utsette seg for eksponeringsøvelser, er det avgjørende at pasienten er ærlig om hva han eller hun trenger hjelp til. Omsorgsteorien til Eriksson (2006, s. 65) belyser også viktigheten av en trygg relasjon for å kunne akseptere omsorg fra andre. I behandling står sykepleiers omsorg

sentralt, og det er derfor viktig å skape den trygge relasjonen som gjør at pasienten klarer å motta omsorgen. Dziopa og Ahren (2008, s. 2) poengterer i den sammenheng at det finnes flere måter å vise omsorg på.

Tålmodighet, en vennlig utstråling og det å vise forståelse for at situasjonen er utfordrende, er noe sykepleiere har erfart at har skapt et trygt miljø for terapi (Johannesen, 2016, s. 42–44). Berge et al., (2008, s. 25) skriver at en trygg relasjon i terapien gir en betydelig økt suksessrate. Kreativitet og det at sykepleieren ”byr på seg selv”, oppfattes for mange pasienter som forståelse fra sykepleiers side, samtidig som det uttrykker et håp om at det er mulig å bli bedre (Johannesen, 2016, s. 43–44). For pasienter med sosial angst, kan det å sitte på et venteværelse være nok til å ikke dukke opp. For å imøtegå dette problemet, kan sykepleier for eksempel avtale å møte pasienten på et mindre folksomt sted i nærheten. Eksponeringsøvelser som å snakke foran fremmede eller spise sammen med andre, kan også gjennomføres på kontoret til sykepleier før pasienten utfordrer seg blant andre folk. Slike kreative løsninger viser at pasientens utfordringer respekteres, og er med på å trygge pasienten på at han blir tatt på alvor (Johannesen, 2016, s. 43–44).

Til slutt understreker Hummelvoll (2014, s. 440) viktigheten av at pasienten informeres om hvem som eventuelt får vite hva som blir snakket om under samtaler og eksponeringsøvelser. Selv om taushetsplikten danner den ytre rammen for hva som kan deles videre, vil det for pasienten også være viktig å underrettes om at relevant informasjon vil kunne bli delt med andre i behandlingsteamet.

3.5 Behandlingsalliansen

En metaanalyse gjort av Dziopa og Ahren (2008) tok for seg trettien ulike studier, og undersøkte viktige faktorer for trygghet i relasjonen til sykepleier fra et pasientperspektiv. Funnene i studien fremhever følgende ni faktorer som viktige: Forståelse og empati, individualitet, å gi støtte, å være tilgjengelig, å være ekte, likestilling, respekt, tydelige grenser og selvbevissthet hos terapeut. Kendall et al., (2009) undersøkte videre viktigheten av en god relasjon mellom pasient og sykepleier ved utførelse av eksponeringsøvelser. Funnene i studien viser til at en god relasjon mellom pasient og sykepleier vil kunne bedre

behandlingsutbyttet betydelig, samt at behandlingsutbyttet igjen styrker behandlingsrelasjonen. Denne påstanden bekreftes også i studien til Levin et al., (2012) som poengterer at en god relasjon må ligge til grunn for et godt behandlingsutbytte med kognitiv atferdsterapi. Faglitteratur og forskning peker spesielt ut empati, kunnskap, kommunikasjon og refleksjon som viktige faktorer i behandlingsrelasjonen. I tillegg kommer det frem som en viktig del i de fire nevnte faktorene, at et fokus på individualitet hele tiden må ligge til grunn for sykepleiers tilnærming til relasjonen.

3.5.1 Empati

Noe av det som går igjen i litteraturen, er viktigheten av en empatisk holdning, da dette gjør at pasienten føler seg forstått og respektert i terapien (Berge et al., 2008, s. 31). En systematisk gjennomgang av flere studier, viser at når sykepleier gir pasienten fullt fokus, samt lytter til både ordene som blir sagt og kroppsspråk, vil pasienten føle seg verdsatt og akseptert (Elliot, Bohart, Watson & Murphy, 2018, s. 406; Dziopa & Ahern, 2008, s. 3). Noe som kjennetegner pasienter med sosial angst, er redusert empati for seg selv. Dersom sykepleier viser empati og forståelse, har det likevel vist seg å kunne bedre pasientens empati for egen situasjon (Berge & Hoffart, 2008, s. 199; Dziopa & Ahren, 2008, s. 3). Pasientens egne ressurser og motivasjon er avgjørende for utbyttet av den kognitive atferdsterapien, og økt evne til selvempati har vist å kunne fremme disse faktorene (Berge et al., 2008, s. 31).

Å vise empati kan gjøres gjennom aktiv lytting, og ved å være oppriktig interessert i hva pasienten forteller (Elliot et al., 2018, s. 405–406). Empati deles opp i to ulike former: Kognitiv empati og emosjonell empati (Berge et al., 2008, s. 30). Den kognitive empatien går ut på at sykepleier viser en forståelse av pasientens opplevelse av situasjonen, og bekrefter dette på en ikke-dømmende måte. Videre går den emosjonelle empatien mer på å sette seg inn i følelsene til pasienten, og å kunne respondere ivaretagende på disse følelsene (Berge et al., 2008, s. 30). Nevnte forfattere understreker spesielt viktigheten av empatien i eksponeringsøvelser. Dette er fordi empati er en viktig faktor i tolkningen av pasientens opplevelse av situasjonen, som igjen vil være styrende for videre utfordringer pasienten skal utfordres til å gjennomføre.

3.5.2 Kunnskap

En studie gjort av Haug et al., (2015) viser at behandlernes kompetanse påvirket pasientenes behandlingsutbytte markant; de pasientene som hadde erfarne og kompetente behandlere oppga mindre angstsymptomer i etterkant av behandling enn de som hadde behandlere med mindre erfaring og kompetanse. Også i Clark og Wells' modell er økt kunnskap hos både pasient og sykepleier trukket frem som en viktig faktor i behandlingen av sosial angst (NICE, 2013). I hovedsak for at pasienten selv skal få økt forståelse av egen situasjon. Studien til Levin et al., (2012) trekker i tillegg frem viktigheten av sykepleiers kunnskap om pasientens tidligere sykdomsbilde og relasjonelle forhold, for å kunne tilpasse behandlingsforløpet best mulig. Studien understreker spesielt viktigheten av å vite noe om pasientens tidligere relasjoner og eventuelle relasjonsbrudd.

Videre er det viktig å informere pasientene om de fysiologiske reaksjonene ved angstaktivering (Hummelvoll, 2014, s. 166). Det å forstå at økt puls, svetting, skjelving og lignende er naturlig ved angst, vil kunne være med på å redusere nevnte symptomer, da redselen for en bakenforliggende somatisk sykdom kan reduseres. Hummelvoll (2014, s. 167) skriver videre at mange pasienter som har gått med angst over lenger tid, ikke nødvendigvis er klar over at de kroppslige symptomene henger sammen med deres angst. Det er i tillegg flere andre faktorer som kan spille inn på angsten, noe som også bør formidles av sykepleier til disse pasientene. Blant annet kan et høyt inntak av koffein og raffinert sukker være med på å sette i gang angstlignende symptomer, mens trening, avspenning og meditasjon kan være med på å redusere disse (Hummelvoll, 2014, s. 169–170).

3.5.3 Kommunikasjon

Typisk for pasienter med sosial angst, er at de setter overdrevet høye krav til seg selv, uten at de klarer å etterleve disse (Borge & Hoffart, 2008, s. 199). Dette gjør at sykepleier må kommunisere på en varsom måte, slik at pasienten ikke opplever seg enda mer mislykket ved kartlegging av pasientens behov for hjelp. Eide og Eide (2009, s. 272–274) poengterer i tillegg viktigheten av å ikke korrigere pasientens utsagn eller tanker, men heller forsiktig komme med egne innspill når pasienten er ferdig snakket.

Aksept, støtte og trygghet fremheves videre som viktige faktorer for god kommunikasjon med pasienter med angstlidelser (Eide & Eide, 2009, s. 372–374). Det er nødvendig at pasienten føler seg akseptert, og dette må sykepleier formidle både gjennom ord og kroppsspråk. Kroppsspråk fra pasientens side, men også fra sykepleier, er en viktig faktor i behandlingsrelasjonen (Hummelvoll, 2014, s. 425). Det kan både bekrefte og avkrefte det som blir sagt. Som sykepleier er det viktig å være klar over eget kroppsspråk slik at det ikke skaper forvirring hos pasienten. Videre kan det også være avgjørende å legge merke til kroppsspråket til pasienten, da mange ikke tør å formidle utrygghet eller andre vanskelige temaer (Hummelvoll, 2014, s. 425).

3.5.4 Refleksjon

Refleksjon kan være et viktig verktøy i terapien, først og fremst med pasienten, men også i etterkant med kollegaer eller veileder. Ved å reflektere over egne holdninger og handlinger vil sykepleier kunne trygges i sin rolle, noe som igjen er med på å styrke egen utøvelse av faget (Hummelvoll, 2014, s. 431–432).

Refleksjon bidrar til å bearbeide tanker og følelser, og er spesielt viktig i etterkant av eksponeringsøvelser med pasienten (Raknes, 2008, s. 115). En kvalitativ studie undersøkte sykepleiers aspekter rundt refleksjon i terapi, og viste at det bidro til en tydelig bevisstgjøring av situasjonen for pasienten selv (Johannesen, 2016, s. 51). Samme studie beskriver at pasienter med sosial angst ofte låses i en ond sirkel med katastrofetanker.

Ved å reflektere over en utvalgt eksponeringsøvelse i forkant, kan sykepleier og pasient sammen finne ut av hvilke unnvikelsesstrategier pasienten benytter seg av for å komme seg gjennom en angstfylt situasjon (Raknes, 2008, s. 116). Videre legges en plan for å hjelpe pasienten til å mestre angstfylte situasjoner uten unnvikelsesstrategier. I etterkant av en eksponeringsøvelse, kan sykepleier hjelpe pasienten med å tolke situasjonen, slik at ikke opplevelsen baseres ene og alene på pasientens følelser, men også for å få et objektivt perspektiv (Borge & Hoffart, 2008, s. 195).

4 Drøfting

I denne delen vil teorien knyttes sammen for å drøfte oppgavens problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere skape trygghet i eksponeringsterapi hos unge voksne med sosial angst?

4.1 Betydningen av å bygge relasjonen

I møte med pasienter med sosial angst, vil det å skape trygghet tidlig i relasjonen være en viktig faktor for et videre samarbeid i behandlingen (Hummelvoll, 2014, s. 425). Det er en klar enighet blant forskere at relasjonen er en avgjørende faktor for utbyttet av behandling innenfor psykisk helse (Haug et al., 2015; Kendall et al., 2009; Levin et al., 2012). Felles for pasientgruppen er en gjennomgående utrygghet i en situasjon med andre mennesker, og da spesielt ukjente og autoriteter, noe sykepleier vil være i starten av behandlingen (Raknes, 2008, s. 113). I en oppstartsfasen, kan det å balansere tålmodighet med det å skulle bli kjent med pasienten, gi sykepleier en utfordring. På den ene siden, ønsker man å undersøke mest mulig rundt pasientens situasjon, slik at man kan gi en god og helhetlig oppfølging og behandling. På den andre siden, vet vi at mange med sosial angst trenger lengre tid før de tør å åpne seg for den ukjente sykepleieren (Johannesen, 2016, s.42–44).

I følge Haug et al., (2015, s. 48–49) vil utbyttet av eksponeringsterapi økes i takt med økt tid brukt på selve utførelsen av øvelsene. En sykepleier vil være klar over dette, og kan være fristet til å komme raskt i gang med de praktiske øvelsene. Skal man tro studien til Levin et al., (2012) rett, vil det likevel være viktigere å bruke tid på å bygge en trygg relasjon i starten, i og med at utbyttet også påvirkes av hvor trygg pasienten føler seg i relasjonen. Kendall et al., (2009) gjorde i sin studie, funn i tråd med begge overnevnte artikler. Resultatene i denne studien bekreftet først og fremst at en god relasjon bør ligge til grunn for oppstart av eksponeringsøvelser. I tillegg viser studien at en behandlingseffekt av eksponeringsøvelsene igjen kan være med på å styrke relasjonen mellom pasient og sykepleier. Til tross for at studiene viser en tydelig enighet om viktigheten av en trygg relasjon, er det ulike funn rundt hvordan sykepleier burde legge opp selve behandlingsforløpet for best mulig utbytte. Basert

på de ulike studienes tall, kan det likevel tyde i retning av at gode behandlingsresultater gir en større positiv vekst i relasjonen, sammenlignet med studien som fokuserte å skape den trygge relasjonen i forkant. Likevel må behandlingsforløpet tilpasses de ulike behovene hos pasientene. De ulike funnene kan også være en indikasjon på at det er flere veier til et vellykket resultat. Dette gir sykepleier mulighet til å tilpasse et opplegg basert på ønsker fra pasienten selv og egne vellykkede erfaringer.

I følge Dziopa og Ahren (2008) kommer det frem ulike punkter som er viktige for å skape en trygg relasjon, sett fra et pasientperspektiv. Et av punktene som studien peker på, og som også bekreftes av Johannesen (2016, s. 43–44) er viktigheten av at sykepleier ”byr på seg selv”, og er engasjert i behandlingsprosessen. Et slikt engasjement oppfattes av mange pasienter som en genuin formidling av empati. Når sykepleier viser følelser og egen usikkerhet gjør det at mange pasienter opplever relasjonen som et trygt sted hvor det er lov å vise svakhet (Hummelvoll, 2014, s. 42). Det er interessant å trekke denne påstanden opp mot studien til Haug et al., (2015). Her kommer det nemlig frem at pasienter med sosial angst har en tendens til å droppe ut av behandlingen om de oppfatter usikkerhet eller mangelfull kunnskap hos sykepleieren. Det kan tenkes at disse pasientene tolker sykepleiers ulike følelser som enda en usikker faktor, og dermed kunne kjenne på økt utrygghet i behandling. Denne kontrasten kan være en indikasjon på at sykepleiers rolle må være forankret i kunnskap og trygghet i faget. Videre kan det tyde på at pasientgruppen er splittet i ønske om nærhet til sykepleier. Dette bekreftes også i studien til Dziopa og Ahren (2008, s. 7), som skriver om balansegangen mellom å ”by på seg selv” og å være profesjonell.

Det er også et viktig poeng at pasientgruppen, unge voksne, ofte er i en enda mer sårbar posisjon, sammenlignet med eldre pasienter (Eide & Eide, 2009, s. 372). Det kan tenkes at mange har opplevd brudd i nære relasjoner, til for eksempel venner og familie, noe som gjør at sykepleieren må bygge relasjonen med varsomhet. Erikssons (1996, s. 70) definisjon av behandlingslidelse vil også kunne begrunne at sykepleier ikke skal skape en for personlig relasjon til pasienten. Dette på bakgrunn av at sykepleier kun skal ha en kortvarig relasjon til pasienten, og dermed kan påføre økt lidelse hos pasienten når denne skal avsluttes (Eriksson, 1996, s. 69; Hummelvoll, 2014, s. 439–440). Det ulike behovet for nærhet er noe sykepleier må være klar over gjennom hele behandlingsprosessen. I tillegg må sykepleier selv kjenne på hvor personlig han eller hun ønsker å være. Som Hummelvoll (2014, s. 431–432) skriver, vil sykepleiers evne til å sette grenser for seg selv, styrke egen utøvelse av faget.

4.2 Felles forståelse

Behandlingsmodellen til Clark og Wells fremhever kunnskap som et viktig punkt i behandling av sosial angst, og gir sykepleier en viktig rolle i formidling av denne informasjonen (NICE, 2013). Dette bekreftes også av Hummelvoll (2014, s. 166) som understreker at kunnskap er nøkkelen til bedring. På den ene siden, kommer det frem at pasienter burde undervises så tidlig som mulig i behandling, slik at de kan forberede seg på hva som kommer (Hummelvoll, 2014, s. 164). På en annen side, kommer det frem i NICE (2013) sine retningslinjer at pasienter med sosial angst kan ha problemer med å ta til seg informasjon. En slik utfordring gjelder spesielt i behandlingens oppstartsfasen, hvor de skal forholde seg til nye personer. Dette gjør at sykepleier må legge til rette for hvordan informasjonen formidles. Det kan tenkes at skriftlig informasjon vil være lettere å få med seg og oppfatte, da pasienten kan bearbeide det i eget tempo. Samtidig kan et skriv som omhandler sykdom, symptomer og behandling for enkelte virke altoppslukende og skremmende. Eide og Eide (2009, s. 372) bekrefter også utfordringer knyttet til balansen mellom å unngå å sykeliggjøre pasienten, samtidig som man unngår å bagatellisere viktigheten av informasjon. Å finne denne balansen vil være en utfordring for sykepleier.

Levin et al., (2012) skriver i sin studie om viktigheten av at sykepleier kjenner til forhistorien og sykdomsbildet til pasienten. Dette er for å best mulig tilpasse behandlingsopplegget. Samme studie skriver likevel at trygghet i relasjonen må ligge til grunn for at pasienten skal tørre å åpne seg om sin lidelse, noe som igjen gjør det utfordrende å kartlegge pasientens situasjon allerede i oppstartsfasen. Pasientgruppen er i en spesielt sårbar fase i møtet med nye mennesker, og mange spørsmål fra sykepleier kan ifølge Hummelvoll (2014, s. 424) skape en distanse, eller føre til at pasienten ”lukker seg”. Videre poengterer han også viktigheten av å kun stille relevante spørsmål, og ikke la nysgjerrigheten drive samtalen. Denne påstanden samsvarer ikke med funnene til Elliot et al., (2018, s. 406), som peker på nettopp sykepleiers nysgjerrighet som en viktig faktor for å vise interesse for pasientens situasjon. Uenigheten kan forklares med ulike definisjoner av nysgjerrighet. Hummelvolls (2014) fokus kan oppfattes å være på en mer saklig og distansert tilnærming. Her vil fokus rettes mot å raskest mulig kartlegge pasientens situasjon, for å kunne individuelt tilpasse behandlingen. Studien til Elliot et al., (2018) derimot, gjorde funn på at pasientene satte pris på en oppriktig interesse fra sykepleiers side. Hos denne gruppen pasienter, kan det tyde på at en nærere relasjon til sykepleier vil spille en viktig rolle i behandlingsforløpet. Det er likevel viktig å poengtere at

sykepleier ikke må la nysgjerrigheten føre til at det blir stilt spørsmål som ikke er relevant for behandlingen.

Hummelvoll (2014, s. 124) beskriver kognitiv terapi med at sykepleier er treneren, mens pasienten er utøveren. Dette vil si at pasienten må gjøre jobben, men at det kreves et samarbeid mellom partene for å skape en felles forståelse og et felles mål med arbeidet. Sykepleier har kunnskap om behandlingsformen, mens pasienten sitter på verdifull kunnskap om eget liv og sine utfordringer (Berge et al., 2008, s. 24). Ifølge Haug et al. (2015, s. 47) vil god kompetanse hos sykepleier være viktig i starten av en behandlingsprosess for å trygge pasienten, samt formidle et håp om bedring. I oppstartsfasen poengterer de nemlig at sykepleier må ta ansvar for å sette i gang en plan og veilede pasienten inn i behandlingsmetoden. På den annen side, understreker Berge et al., (2008, s. 27) at et overdrevent fokus på behandling og fremgangsmåte i starten, kan virke skremmende på en pasient som ikke har tro på bedring. Nevnte forfattere skriver i tillegg om at pasienten kan motsette seg behandling eller nekte å samarbeide om han føler seg overstyrt i planleggingsfasen (Berge et al., 2008, s. 38). Disse funnene kan igjen knyttes opp mot ulike ønsker vedrørende behandling, og kan tyde på at enkelte pasienter trenger tydeligere rammer og en distanse til sykepleier. Andre, ønsker derimot en større nærhet i behandlingsrelasjonen – og trygges av dette.

4.3 Empatiens verdi

Hummelvoll (2014, s. 422) beskriver empati som et verktøy for å skape en helhetlig forståelse av den andres livsverden og noe som kan være med på å styrke relasjonen. Berge et al., (2008, s. 31) beskriver empati som nøkkelen til et samarbeid mellom pasient og sykepleier.

Pasienter med sosial angst har gjerne i en lengre periode isolert seg mer og mer fra andre mennesker, og har mistet troen på at det er noe som kan hjelpe de ut av situasjonen (NICE, 2013). Dette gjør at sykepleier havner i en posisjon hvor det er viktig å vise pasienten empati og respekt. Berge et al., (2008, s. 32) understreker likevel viktigheten av å tolke pasientens opplevelse av empatien, da mange i denne pasientgruppen har utviklet en sterk skepsis til behandling og bedring for egen situasjon. Ut ifra en metaanalyse av nettopp bruken av empati

i psykoterapi, ser man at en andel pasienter svarte at nettopp overdreven bruk av empati var med på å øke skepsisen til behandling (Elliot et al., 2018, s. 405). Et slikt resultat kan ses i sammenheng med Erikssons (2006, s. 65) oppfattelse av at det å motta omsorg fra en annen krever en åpenhet og tillit mellom partene. På den annen side, kan det også være en indikasjon på at bruken av empati må tilpasses hver pasient, og at enkelte pasienter trenger en viss avstand og en mer formell tilnærming i relasjonen til sykepleier (Elliot et al., 2018, s. 406). Det kan tenkes at prøving og feiling er det som må til for å lære pasienten å kjenne. Det foreligger likevel en indikasjon på at erfarne sykepleiere vil ha opparbeidet en kompetanse som gir de et fortrinn når de skal tolke pasientens behov og ønske om tilnærming (Haug et al., 2015, s. 49).

Sett i lys av studien til Elliot et al., (2018) er det en indikasjon på at alle pasienter har behov for empati, men i ulik grad og form. Trolig vil alle pasienter ha behov for både kognitiv og emosjonell empati. Ulikheten bunner i ønsket om hvordan sykepleier møter og ivaretar pasientens historie. Enkelte pasienter har et behov for å skape en nær relasjon til sykepleier, og responderer godt på empati gjennom anerkjennelse og følelser. Andre, derimot har ikke et behov for å skape en personlig relasjon til sykepleier. Likevel vil disse pasientene kunne trenge empati, men mer gjennom støtte og aksept, enn følelsesmessige reaksjoner. Sett i lys av studien til Levin et al., (2012), kan disse ulike behovene forklares i sammenheng med pasientens tidligere relasjoner til andre. Her kommer det nemlig frem at pasienter som tidligere har opplevd relasjonsbrudd i nære relasjoner, vil ha vanskeligere for å knytte seg til sykepleier. Det kan ses i sammenheng med at disse pasientene ønsker mer avstand, for å unngå å oppleve nok et relasjonsbrudd. Dette kan videre peke på viktigheten av at sykepleier har noe kjennskap til forhistorien til pasienten. På en annen side, kan det tenkes at pasienter med et lite nettverk vil kunne knytte seg raskt til sykepleier som en omsorgsperson, nettopp gjennom empatien som gis, for å få en bekreftelse og nærhet. Når slike situasjoner oppstår, skriver Hummelvoll (2014, s. 440) om viktigheten av å tidlig begynne å forberede pasienten på avslutningen av behandling.

Det er også viktig å trekke frem sykepleieres ulike evne til empati som en faktor i behandlingsrelasjonen. Til tross for at sykepleie er et omsorgsykke, kan det tenkes at det er store individuelle forskjeller i grad av empati og omsorg. Først og fremst finnes det mange ulike måter å vise empati på, noe som igjen bestemmes blant annet av sykepleiers personlige preferanser. Sykepleiere, som pasienter har ulik historie og bakgrunn. Dette kan gi sykepleier

en forutinntatthet på hvordan empati best gis til pasienten, uten å ha reflektert over pasientens behov. En slik forutinntatthet kan igjen føre til at pasienten oppfatter empatien som enten mangelfull, eller svært overdreven. Videre må det poengteres at selv om sykepleier har ulike personlige preferanser med pasienten, er det ikke dermed sagt at behandlingsrelasjonen ikke blir god. Om sykepleier er reflektert over egne preferanser rundt empati og omsorg, kan det tenkes at det er med på å styrke sykepleiers rolle. Samtidig vil en slik bevissthet kunne bidra til økt fokus på å undersøke pasientens behov. Skulle det vise seg at pasienten og sykepleieren har ulike oppfatninger av empati, skaper det et rom hvor kommunikasjon og refleksjon kan være en viktig faktor videre.

4.4 Kommunikasjon og refleksjon

Pasienter med sosial angst sliter ofte med dårlig selvbilde, og jobber ofte mye mot et urealistisk ideal (Borge & Hoffart, 2008, s. 180). Ved at sykepleier skal kartlegge pasientens situasjon og undersøke sykdomshistorikk, kan mange i denne pasientgruppen føle seg mislykket ved undersøkende spørsmål (Fredriksen et al., 2008, s. 640). I denne sammenheng skriver Eide og Eide (2009, s. 372) om viktigheten av varsomhet og hvordan sykepleier ordlegger seg. For enkelte pasienter har det vist seg å være effektivt med omsorg og nærhet fra sykepleier, noe som igjen påvirker hvordan sykepleier burde kommunisere med disse pasientene. Hos denne gruppen kan det tenkes at sykepleier bør snakke med en mild stemme, bruke seg selv i samtale og være anerkjennende til det pasienten forteller. Det er også en mulighet for at kroppskontakt kan være naturlig å ta i bruk hos denne pasientgruppen, men dette må selvsagt sykepleier kjenne på i forhold til hver enkelt pasient. På en annen side, kommer det frem i studier at enkelte pasienter trenger mer avstand, og da er det viktig at sykepleier kommuniserer deretter (Dziopa & Ahren, 2008, s. 3; Elliot et al., 2018, s. 406). Her kan det tyde på at pasientene foretrekker mer konkrete setninger, behandlingsrettet fokus og kanskje en mer bestemt tone fra sykepleier. En slik ulikhet i behov gjør at sykepleier må prøve seg litt frem, ved å tolke reaksjonene og tilbakemeldingene fra pasienten.

En stor del av eksponeringsterapien er refleksjon i forkant og etterkant av øvelsene (Raknes, s. 115). Dette er med på å gi pasienten rom for å forberede seg i forkant, samt oppsummere og avslutte i etterkant av krevende øvelser. I slike samtaler spiller kommunikasjonen og

relasjonen mellom pasient og sykepleier en viktig rolle. Levin et al., (2012) fant nemlig ut at en god behandlingsrelasjon er nødvendig for at en pasient skal tørre å åpne seg og reflektere rundt egne utfordringer. For å skape rom for en god refleksjon, må sykepleier undersøke hvordan pasienten ønsker å bli tilnærmet på. For enkelte pasienter, kan det virke som at et åpent spørsmål er det som skal til for at de skal fortelle om seg selv. Andre trenger derimot kanskje mer konkrete og undersøkende spørsmål for at de skal klare å fortelle. Uansett hvilken fremgangsmåte pasientene trenger, er en slik refleksjon rundt egen situasjon med på å gi økt forståelse hos både pasient og sykepleier (Johannesen, 2016, s. 51–52).

Refleksjon i etterkant av eksponeringsøvelser gir pasient og sykepleier rom for å gå gjennom det som skjedde. Ved å videre sammenligne pasientens opplevelse av øvelsen med sykepleiers observasjoner, kan refleksjonen hjelpe pasienten ut av en negativ sirkel (Johannesen, 2016, s. 51–52). Det har vist seg at mange i denne pasientgruppen ofte tenker at angstsymptomene er veldig tydelig for andre rundt, men gjennom øvelser og refleksjon i etterkant, viser det seg ofte at dette ikke stemmer (Raknes, 2008, s. 115). Refleksjonen i etterkant bør være preget av at pasientens opplevelse styrer samtalen, men at også sykepleier får delt sine observasjoner, særlig der disse ikke samsvarer med pasientens tolkning. Ifølge Eide og Eide (2009, s. 373) er det likevel lurt å ikke korrigere ytringene til pasienten, men heller forsøke å tilføye sykepleiers observasjoner. Dette kan blant annet gjøres ved å anerkjenne pasientens opplevelse først, for så å videre legge til observasjonene sykepleier gjorde. Johannesen (2016, s. 51) så at ikke alle pasientene responderte like raskt på slik refleksjon i etterkant, og at enkelte fortsatte i den negative sirkelen basert på egne opplevelser. Likevel kom det frem at gjentatte ganger med refleksjon og ulike tilnærminger, til slutt var med på å åpne opp for nye synspunkter hos pasienten. Et slikt funn kan bunne i menneskers ulike behov, og gir sykepleieren rom for, og ikke minst oppfordring til å være kreativ i prosessen.

4.5 Trygghet i utrygghet

Felles for pasientgruppen, er at alle har hatt plagsomme symptomer over lang tid, og at de fleste har kompensert for sin angst med ulike metoder. Mange har valgt å unngå gitte situasjoner, mens andre har skapt seg sikkerhetsatferd (Aarre et al., 2010, s. 120). Som

sykepleier er det viktig å kartlegge slike strategier, for å kunne hjelpe pasientene med å mestre eksponeringsøvelsene uten disse. Som nevnt poengterer Eide og Eide (2009, s. 372) viktigheten av å ikke stille pasienten til veggs, men heller undersøke varsomt hva det er pasienten tidligere har gjort for å komme seg gjennom ulike situasjoner. Mange pasienter er kanskje ikke klar over sine måter å håndtere angsten på, og ofte skjer dette automatisk. Da må sykepleier forsøke å legge merke til dette under de første gangene med eksponering (Raknes, 2008, s. 116). Andre er derimot veldig klar over alt de gjør for å mestre en situasjon, uten at dette nødvendigvis betyr at de ønsker å gi slipp på disse handlingene. På den ene siden, kan det være lurt å fjerne én og én av disse strategiene, slik at overgangen blir mer skånsom for pasienten. På den andre siden, kan det tenkes at det å eliminere alle former for sikkerhetsstrategi kan gi et raskere resultat, da pasienten får en mer reell opplevelse av selve eksponeringsøvelsen. Et slikt raskt resultat, vil igjen kunne styrke håpet og troen på bedring hos pasienten (Berge et al., 2008, s. 25). Det kan nok likevel tyde på at det er ulikt hvordan en skal gå frem. Noen pasienter tåler en tøffere start, men andre, de som ikke har tiltro til at behandlingen vil hjelpe, vil trenge en roligere inngang. En sykepleier må tilpasse sin strategi, og det finnes ingen fast oppskrift på hvordan sykepleier skal gå frem. Hva som er best egnet, må derfor avgjøres ut fra pasientens behov

Det kan også diskuteres hvor aktiv sykepleier burde være i selve eksponeringsøvelsene. Det er klart at sykepleier må være tilstede, spesielt de første gangene det skal gjøres, men det er viktig at pasienten ikke bruker sykepleier som en ny form for sikkerhetsstrategi. Sykepleiers rolle er basert på å skulle støtte pasienten, samt være en trygghet i det utrygge miljøet. Da kan det være vanskelig å skulle trekke seg tilbake og la pasienten stå alene i å mestre utryggheten. Her vil en god relasjon og god toveiskommunikasjon spille en viktig rolle. På den ene siden, bør sykepleier allerede tidlig i behandlingsforløpet begynne å forberede pasienten på at slike øvelser etterhvert må gjøres mer og mer på egenhånd. På en annen side, vil god kommunikasjon underveis i behandlingen kunne bidra til at utviklingen skjer på pasientens premisser, men med innspill fra sykepleier. Det kan også tenkes at om pasienten er aktiv i planleggingen av behandlingen, vil det være lettere for pasienten å forstå viktigheten av å frigjøre seg fra sykepleier. Hummelvolls (2014, s. 433) definisjon av behandlingslidelse kan trekkes frem som et viktig punkt her, hvor brudd i behandlingsrelasjon kan føre til lidelse hos pasienten. Sett i lys av denne formen for lidelse, kan det tenkes at sykepleier bør skape en viss distanse til disse pasientene.

5 Konklusjon

I diskusjonen er oppgavens problemstilling drøftet i lys av faglitteratur og ulike forskningsartikler som tilsammen prøver å gi svar på følgende problemstilling;

Hvordan kan sykepleiere skape trygghet i eksponeringsterapi hos unge voksne med sosial angst?

Basert på både forskning og faglitteratur, kommer det frem som en tydelig enighet at en trygg relasjon er viktig i behandling med eksponeringsterapi for unge voksne med sosial angst. Det som ikke er like tydelig, er hvordan denne trygge relasjonen oppstår. Uenigheten bunner i at alle mennesker er forskjellig, og dermed også har ulike behov. Disse ulike behovene gjenspeiler seg også i behandlingsrelasjonen og gjør at sykepleier må tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient. Til tross for ulike behov kommer det likevel frem fire faktorer som spesielt viktige i relasjonen mellom pasient og sykepleier: Empati, kunnskap, kommunikasjon og refleksjon.

Empati er viktig for en trygg relasjon, selv om behov hos pasienter kan gjøre at empatien bør vises på ulike måter. Noen kan ha nytte av omsorg, anerkjennelse og nærhet, mens respekt for grenser er viktig for andre. Kunnskap hos begge parter pekes også ut som en viktig faktor. Først og fremst for økt forståelse av egen situasjon for pasienten. I tillegg gir kunnskapen om pasienten, sykepleieren mulighet til å individuelt tilpasse behandlingsopplegget.

Kommunikasjon i en relasjon kan skje på mange ulike måter. Enkelte pasienter responderer godt på et mildt tonefall og mye anerkjennelse, andre derimot ønsker tydeligere behandlingsrammer og konkrete mål for samtalen. Til slutt pekes viktigheten av refleksjon seg ut. Det har vist seg å gi gode resultater, når sykepleier aktivt benytter seg av refleksjon i forkant og etterkant av øvelser. Et slikt verktøy hjelper pasienten å gi tankene et fokus, samtidig som det gir sykepleier mulighet til å påvirke et negativt tankemønster.

Som det kommer frem er det store individuelle forskjeller blant pasientgruppen. Til slutt handler det hele om sykepleiers evne til å tilpasse behandlingen slik at pasienten opplever prosessen som trygg.

Referanser

- Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad, S. I (2010). *Psykiatrici for helsefag* (2.opplag). Bergen: Fagbokforlaget
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D. K. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. (1. Utg. 2. Opplag, s. 24–60). Oslo: Gyldendal akademisk
- Borge, F.-M. & Hoffart, A. (2008). Sosial angstlidelse. I A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. (1. Utg. 2. Opplag, s. 178–201). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dziopa, F. & Ahern, K. (2008). What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1); 1–10
- Elliot, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Murphy, D. (2018). Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis. *Society for the Advancement of Psychotherapy*, 55(4); 399–410. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000175>
- Eriksson, K. (1996). *Det lidende menneske*. Otta: Engers boktrykkeri A/S
- Eriksson, K. (2006). *Omsorgens idé*. København: Munksgaard
- Folkehelseinstituttet. (2015a). *Fakta om sosial angst og andre fobier*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/fobier—faktaark/>
- Folkehelseinstituttet. (2015b). *Forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen—stabil eller i endring?* Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/forekomsten-av-psykiske-plager-og-lidelser-i-befolkningen—stabil-eller-i-endring-pdf.pdf>

- Fredriksen, A., Aune, T. & Aarseth, J. (2008). Kognitiv terapi for barn og unge. I A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. (1. Utg. 2. Opplag, s. 617–651). Oslo: Gyldendal akademisk
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., Tangen, T., Kvale, G., Hovland, O. J... Havik, O. E. (2015). *Behaviour Research and Therapy*, 77; 40 – 51.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.004>
- Heggdal, D. (2013). Basal eksponeringsterapi: En vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. *Dialog : A Journal of Theology*, 23(4); 7 – 19.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt–ikke stykkevis og delt* (7. utg., 2. opplag). Oslo: Gyldendal akademiske
- Johannesen, L. K. J. (2016). *Behandlingskompetanse hos sykepleiere* (Mastergradsavhandling). Tromsø: Universitetet i Tromsø
- Kendall, P. C., Comer, J. S., Marker, C. D., Creed, T. A., Puliafico, A. C., Hughes, A. A., . . . Hudson, J. (2009). In–session exposure tasks and therapeutic alliance across the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3); 517 –525. Doi:10.1037/a0013686
- Levin, L., Henderson, H. A. & Ehrenreich, M. J. (2012). Interpersonal predictors of early therapeutic alliance in a transdiagnostic cognitive–behavioral treatment for adolescents with anxiety and depression. *Psychotherapy*, 49(2); 218 – 230.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0028265>
- McMillan, K. A., Asmundson, J. G. G. & Sareen, J. (2017). Comorbid PTSD and Social Anxiety Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(9); 732 –737.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>

Norsk Elektronisk Legehåndbok. (2019). Sosial angst. Hentet fra <https://legehandboka-no.ezproxy.vid.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/angstlidelser/sosial-angst/>

Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby–Air Book, Inc.

Raknes, S. (2008). Åtferdseksperiment som metode i kognitiv terapi. I A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. (1. Utg. 2. Opplag, s. 111–131). Oslo: Gyldendal akademisk

Sawchuk, C. N., Veitengruber, J. P., Olatunji, B. O. & Welch, S. S. (2018). Social Anxiety Disorder. *BMJ Best Practice*.