



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Problemstilling:

Hvordan kan en psykisk helsearbeider bruke kognitiv tilnærming for å bidra til bedre angstmestring for en pasient?

May-Britt Aak Bjorli

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 09.04.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 9

Veileder: Nina Helena Lystrup

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 9/4/2012

Antall ord:8552.

Sammendrag

I denne oppgaven vil jeg skrive om hvordan en psykisk helsearbeider kan møte en person med panikkelidelse.

Jeg vil presentere aktuell teori rundt kognitiv terapi, angst og terapeutisk allianse. Deretter vil jeg presentere Kari, som er plaget av angst og som nå er plaget av vonde og sterke minner i fra barndommen. Hun sliter med vonde følelser og tanker og opplever å ikke mestre hverdagen sin lengre. Ved hjelp av teorien jeg presenterer diskuteres det hvordan jeg kan imøtekomme og hjelpe Kari ved hjelp av disse ”verktøyene”. Jeg vil fokusere på hvordan terapeuten kan tilnærme seg Kari og danne en trygg allianse sammen med ho, og dermed ved hjelp av ulike kognitive teknikker kan hjelpe Kari med å bekjempe angsten sin. Statistikk gir gode prognoser for at Kari skal kunne få det mye bedre enn i dag og Kari viser klar framgang i den aktuelle perioden.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstillingen	2
1.3 Avgrensing av oppgava	2
2. Teori	3
2.1 . Angst og panikkelidelser	3
2.1.1. Angst	3
2.1.2 Panikkelidelse	4
2.2 Kognitiv terapi	6
2.2.1 Alliansen	6
2.2.2 Sokratiske spørsmål	7
2.2.3 Negative automatiske tanker	8
2.2.4 Feilfortolkninger	8
2.2.5 Levereregler /skjemaer	9
2.2.6. ABC modellen.....	10
2.2.7 Panikksirkelen	11
3. Empiri	13
4. Drøfting	16
4.1 Hva betyr god allianse og hvordan etablere og holde den ved like?.....	16
4.1.1 Alliansen	16
4.1.2 Å bruke meg selv	18
4.1.3 Sokratiske spørsmål	18
4.1.4 Åpenhet	19
4.2 Forståelse gjennom et kognitivt perspektiv.	20
4.2.1 Negative automatiske tanker	20
4.2.2 Feilfortolkninger	21
4.2.3 ABC modellen.....	23
4.2.4 Panikksirkelen	24
4.2.5 Levereregler / skjemaer	25
4.2.6 Panikkelidelse, symptomer på tilbakefall	26
5. Avslutning	27
Litteraturliste	28

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I min siste praksis i psykiatrien fikk jeg møte flere pasienter som slet med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) etter tidligere seksuelle overgrep. Samtlige var kvinner i alderen 45-50 år. Det at så mange mennesker sliter med slike senskader inspirerte meg til å velge dette tema i min fordypningsoppgave.

Kvinner er overrepresentert når det gjelder alle typer angst- og panikkelidelser, unntatt sosial angst der menn er likt representert. Panikkelidelse med gjentatt alvorlige angst, bryter vanligvis ut rundt 25 års alderen. Fobier for enkelte særskilte situasjoner / hendelser er mest vanlig. I følge Snoek og Engedal (2009: 89) antas det at omtrent 11 % av befolkningen vil lide som følge av en plagsom fobi i løpet av livet sitt, og nærmere 2 % vil til enhver tid ha en fobisk lidelse.

Pasienter som sliter med PTSD sliter også ofte med depresjon og angst. Nielsen og von der Lippe (1993) oppgir at forskning viser at kognitiv terapi er en effektiv behandling ved angst og depresjon. Jeg vil derfor legge hovedvekt på hvordan en kan møte pasient med PTSD ved hjelp av kognitive terapi.

Jeg vil i denne oppgaven fokusere på hvordan jeg kan bidra til å gi økt angstmestring for denne gruppen kvinner slik at de bedre kan takle hverdagen. Terapien er rettet mot angstsymptomer, og målet er at psykisk helsearbeider skal bidra til at pasienten igjen skal kunne mestre vanlige gjøremål.

PTSD er ofte forbundet med tilbakevendende alvorlig angst. Effektundersøkelser av kognitiv terapi på slike panikkelidelser viser meget gode resultater både på kort og lang sikt. Berge og Repål (2010:160) henviser til undersøkelser gjort av Beck, Sokol, Clarke, Berchick og Wright (1992) ;Clark et al.,(1994); Clum, Clum og Surls, (1993); Roth og Fonagy,(1996);Westling og Øst,(1999), som viser at gruppebehandling og individualbehandling med kognitiv terapi stort sett har samme effekt (Craske og Barlow,1990).

Prognose for behandling av panikkelidelser ved kognitiv terapi er gode. I følge Nielsen og von der Lippe (1993:96) viser studier at 80-100% av pasientene blir kvitt panikkanfallene etter bare 10-12 timer med kognitiv terapi og er fortsatt symptomfrie ved oppfølging etter to år

1.2 Problemstillingen

Problemstilling:

Hvordan kan en psykisk helsearbeider bruke kognitiv tilnærming for å bidra til bedre angstmestring for en pasient?

Jeg vil belyse problemstillingen gjennom å se nærmere på:

- Hva betyr en god allianse og hvordan etablere og holde den ved like?
- Forståelse gjennom kognitivt perspektiv?
- Hvilke elementer i kognitiv terapi er viktig for den aktuelle pasienten?

Aktuell teori for problemstillingen presenteres i avsnitt 2. Et utdrag fra aktuell samtale med den tenkte pasienten Kari gjengis i avsnitt 3. Problemstillingen forsøkes besvaret gjennom å drøfte teori opp mot Karis situasjon i del 4.

1.3 Avgrensning av oppgava

Pasientgruppa jeg skriver om er mellom 40 og 50 år gamle, og innlagt ved et distriktpspsykiatrisk senter (DPS). De har plager med angst, og PTSD etter seksuelt misbruk. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ikke utdype noe om posttraumatisk stresslidelse eller seksuelle misbruk. Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på Kari, ei kvinne som sliter med panikkangst/lidelse som følge av dette. Det er vanlig å behandle angst med medikamentgruppene; selektive serotonin-reopptakshemmere (SSRI), og benzodiazepiner (Pfizer, 2010). Heller ikke den medikamentelle behandlingen vil bli tatt med i min oppgave. Undersøkelser viser at den beste effekten av angstbehandlingen får man ved å kombinere medisiner og terapi (Berge og Repål, 2004). I følge Ingvard Wilhelmsen (2008:148) viser mange kontrollerte studier stor effekt av kognitiv terapi ved panikklidelse (Clark m.fl 1994 og 1999). Ved denne tilstanden har SSRI-preparater svært god effekt. Medisinene må tas i ett til to år (Pollack m.fl 2003).

2. Teori

2.1 . *Angst og panikklidelser*

2.1.1. Angst

Definisjon:

"angst er en diffus, indre uro uten åpenbar kjent årsak. Individet føler seg engstelig, men vet ikke hvorfor, og rent fornuftsmessig er det ingen ting å engste seg for" (Kringlen 2008: 160)

Panikk er et urinstinkt og viktig del av overlevelsesmekanisme i dyr og mennesker. I krisesituasjoner kan det være avgjørende å reagere øyeblikkelig, framfor rasjonell tenking. Ordet panikk er avledet fra den greske guden Pan.

Alle opplever angst. I følge Rollo May (Lahelle 1982:12) oppstår angst som følge av *"en trussel mot de verdier en person identifiserer med sin eksistens som et jeg og at ingen kan unngå angst"*. Forskjellen på normal og sykkelig angst ligger i intensitet. Angst regnes som sykkelig og patologisk når den hindrer livsutfoldelse. I følge den danske filosofen Søren Kirkegaard er menneskets angst uttrykk for at vi er bestemt for noe høyere enn dyrene. *"Det er i egenskap av å være menneske at mennesket føler angsten."* (Lahelle 1982:28).

I følge Berge og Repål (2004:20) er angsten i seg selv en tilstand som inkluderer flere ulike bestanddeler. Angsten kan deles inn i tre like viktige komponenter:

- De handlingene vi foretar oss ved angst.
- Det som skjer i kroppen vår ved angst.
- Og vår egen opplevelse ved angst.

Kroppslig angst (autonom aktivering) er forbundet med raskere hjerteslag, blekhet, skjelvinger, tørrhet i munnen, svette, utvidelse av pupiller, hete og kuldetokter. Også åndedrettet vårt ved angst kan bli så hurtig og dypt at vi kan få en følelse av å bli kvalt. Handlingsmessig kan angsten preges av at vi unngår skremmende situasjoner eller rømmer fra dem. Angstopplevelsen kjennetegnes av en sterk følelse av overhengende fare eller katastrofe (Berge og Repål, 2004).

2.1.2 Panikklidelse

Berge og Repål (2004) hevder at det å føle og erfare panikkangst er noe av det mest ubehagelige et menneske kan oppleve. Anfallet utvikler seg ofte dramatisk og kan framstå som katastrofetanker med sterk effekt, som dermed gir skremmende forestillingsbilder. Anfallet er en ”utblåsing” av alarmreaksjon eller flukt og forsvarsmekanismen vi mennesker har i oss, men her skjer det ikke på et tidspunkt da det ikke er noen ytre trusler vi må kjempe mot eller stikke av fra. Det er med andre ord en falsk alarm. Wilhelmsen (2008:88) skriver at når man først har hatt et panikkanfall, vil personen automatisk forsøke å unngå å få et til. Personer med panikklidelser vil derfor ofte ha en sterk tendens til å forsøke å unngå situasjoner som de frykter kan utløse angstanfall eller unngå lignende situasjoner. Dette vil igjen påvirke og redusere deres aksjonsradius, og ved gjentatte anfall i de forskjellige situasjonene, kan den bli veldig begrenset. Dette betyr kraftig nedsatt livskvalitet.

Panikkanfall som følge av agorafobi oppstår gjentatt i samme situasjon, f.eks. i større forsamlinger, alene på kjøpesenter, i kassakø. Det oppstår da en forhåndsfrykt for disse situasjonene. ”*Situasjonen unngås eller særpreges av markant angst for å få et panikkanfall*” (Berge og Repål 2010:159).

Symptomer på angst og panikklidelser kan være (Berge og Repål 2008):

- Feiltolking av kroppsfunksjoner på katastrofal måte.
- Hyperårvåkenhet, overfor kroppsfunksjoner og situasjoner som trigger anfall.
- Sikringsadferd / Trygghetssøkende strategier for å unngå situasjoner og følelser som trigger anfall, for eksempel alltid sette seg ytterst i kinoen.

ICD-10- systemet definerer agorafobi og panikklidelse som to separate diagnoser. DSM-IV-systemet opererer med diagnosene panikklidelse med eller uten agorafobi (Berge og Repål 2010).

Uventet panikkanfall:

Tilbakevendende og plutselig markant økning av angst som toppe seg i løpet av minutter. Slike panikkanfall kommer som lyn fra klar himmel. Man kan våkne opp med angst, eller

det kan komme midt i et TV program, uten direkte sammenheng med programmet. Her er det vanskeligere å finne ut hva som trigger anfall.

Typisk er også ”angst for angsten”, noe som forsterker anfallet når man føler at angsten kommer. Andre kjennetegn er katastrofetenking med forestillinger om å miste kontrollen. Kroppslige tegn tolkes som hjerteinfarkt, hjerneblødning, kreft og andre alvorlige diagnoser.

De kan ha feilaktige forestillinger om at panikkangst er skadelig i seg selv, og de frykter (realistisk nok) de smertefulle og opprivende sidene ved å ha et panikkanfall (Berge og Repål 2004:31).

Utløsende faktorer:

Hva som egentlig utløser panikkanfall kan være vanskelig å vite sikkert. Hvert menneske har trolig ulik biologisk disponering. Man er gjerne ekstra utsatt som sliten, utmattet eller usikker. Påkjenninger som samlivsbrudd, tap av jobb, sykdom og død blant nære venner/familie øker nok risiko. De som har hatt panikkanfall tidligere får det ofte igjen. Enkelte reagerer ekstra sterkt på kaffe, røyk, eller alkohol / medikament / rusmiddel. Stress og forventningspress kan også være utløsende eller medvirkende.

Uansett hva som ligger bak, trigger eller utløser et panikkanfall, vil forløpet for nesten alle mennesker ha en rekke fellestrekk. Den sterke fysiologiske reaksjonen utløser mange automatiske tanker, avhengig av hvilket symptom man opplever sterkest (Wilhelmsen 2008:88).

2.2 Kognitiv terapi

Kognisjon er tenking og bruk av forstand og forståelse. I hjernen skjer en kontinuerlig bearbeiding av informasjon, vi tenker over og oppfatter inntrykk rundt oss på en individuell unik måte, og forestiller oss hva som er konsekvenser og hva som kan skje videre. Dette foregår både bevisst og ubevisst. Kognitiv terapi legger stor vekt på hvordan vi tolker og forstår hendelser. Hva vi tenker om et fenomen avgjør hvilken følelse vi knytter til det. Tidligere erfaringer og tidligere tankemåter avgjør hvordan vi tenker på. Følelser og tankemønster er knyttet til hverandre.

Målet med kognitiv terapi er å lære pasienten å identifisere destruktive tankemåter. Det er tankemåten og ikke hendelsen som framkaller angst. Gjennom samtaler skal pasienten lære seg å reflektere over at tankemåten for eksempel er urimelig selvkritisk, ulogisk eller overdrevent pessimistisk. Neste steg er at pasienten lærer seg å tenke over hvordan hun tenker og på den måten komme fram til alternative og bedre tankemåter. Dette kalles metakognisjon.

Berge og Repål (2004) henviser til psykologen Hans Nordahl som beskriver terapien som en sirkulær prosess der tre elementer er sentrale:

- Allianse (trygghet og tillit).
- Innsikt (kartlegging av problemer, tankemønstre og følelser).
- Endring (problemløsning og utprøving av nye tankemåter).

2.2.1 Alliansen

Alliansen med pasienten må være sterk og trygg. Endring av tankemåter vil kanskje ikke være mulig hvis ikke den er i orden. Tilstrekkelig kunnskap om pasienten kan oppnås bare når pasienten hele veien har tillit til terapeuten. Det må være felles forståelse av problemet som skal løses slik at terapeut og pasient arbeider mot samme mål. Samtidig må det være enighet om teknikker og metoder som benyttes.

Berge og Repål (2008) opplyser at mange studier viser at god allianse er avgjørende for effekten av terapi. Det avgjørende er først og fremst pasientens opplevelse av at terapeuten framstår som empatisk, forståelsesfull og engasjert. Det er viktig at terapeuten gir trygghet og håp og framstår som kompetent. Tålmodighet og ro er også viktig.

Spørsmål rundt pasientens forståelse av sin egen situasjon kan i tillegg til å gi viktig informasjon, være innledning på allianseoppbyggingen. Har pasienten selv søkt hjelp eller har andre medvirket? Hvordan oppleves det å komme hit å snakke med meg? Hva tror du jeg kan hjelpe deg med? (Haugsgjerd et.al., 2009).

2.2.2 Sokratiske spørsmål

Sokrates levde i antikkens Hellas og regnes som den mest innflytelsesrike grunnleggeren av vestens filosofi og humanistisk tenking. Han samtalte mye med ulike folk og la vekt på å fremstå som om han visste lite og ingenting. En spørrende framgangsmåte var essensielt. *"jeg vet at jeg intet vet"* er et av hans kjente sitater. Sokrates var opptatt av at man ikke uten videre skulle akseptere kunnskap, men ha en spørrende og kritisk holdning og selv finne ut. Sokrates' samtaleform har som mål å lede til større innsikt. Den kalles også "sokratisk metode" eller "dialektisk metode".

Sokratisk metode er et viktig kognitivt redskap. Terapeuten kan ved denne teknikken være en ledsager og bidra til at pasienten oppnår større innsikt i egen situasjon og bedre forstår egne og andres måter å tenke på. Det er avgjørende at terapeuten ikke sier hva som er rett eller feil, men at pasienten ved hjelp av spørsmål selv kommer fram til bedre forståelse. På denne måten kan det oppnås endring. Ved sokratiske metode unngår man at pasienten opplever kritikk, noe som ofte kan være ødeleggende.

I aktivt samarbeid med pasienten søker terapeuten å avdekke pasientens særegne holdninger og tenkemåter. Terapeuten vil på denne måten ikke argumentere mot tankene, men spør klienten om bakgrunnen for hans vurderinger og konklusjoner (Berge og Repål, 2004:18).

Kognitiv terapi har i første omgang en undersøkende og utredende hensikt. Gjennom en spørrende dialog, som f.eks. *"forstår jeg deg riktig når jeg oppfatter at du ...? Og en diskusjon rundt pasientens resonnementer; -mener pasienten selv at de fornuftige? -tenker andre på samme måte? Slik kartlegger både terapeuten og pasienten situasjonen og kan etter hvert klargjøre hvordan og hvorfor pasienten reagerer slik han gjør. Et felles erfaringsgrunnlag etableres. Etter hvert kan pasient og terapeut sammen komme fram til og øve inn metoder for å stille seg de rette spørsmålene når akutt angst er i ferd med å oppstå. Dermed kan effekten av anfallet reduseres eller unngås helt.*

Sentralt for kognitiv terapi står psykiateren Aron T. Becks 3 kognitive begreper:
Automatiske tanker, feilfortolkninger og skjema (Nielsen og von der Lippe 1993).

2.2.3 Negative automatiske tanker

Negative automatiske tanker kommer plutselig og ufrivillig, vanligvis i særskilte situasjoner eller ved spesielle sinnsstemninger. Verbale tanker kan være: ”de andre ser at jeg har angst”, ”nå får jeg angst igjen” eller ”jeg er dum”.

Disse tankene kan være verbale eller visuelle, eller bare en følelse. Dersom man uten videre aksepterer disse tankene kan de medføre en direkte innvirkning på vår fysiologiske aktivering, våre følelser og atferd (Nielsen og von der Lippe 1993:93). Den kognitive terapien har som mål å lære pasienten å identifisere negative automatiske tanker og deretter finne teknikker for alternative tankemåter.

2.2.4 Feilfortolkninger

Feilfortolkninger er typisk for angstlidelser. Flere typer feilfortolkninger er typiske når negative levereregler er aktivert (Freeman,1987).

Nielsen og von der Lippe (1993) oppgir 4 hovedtyper feilfortolkninger:

Overgeneralisering

Man generaliserer og tar for gitt at hendelser som har skjedd en gang vil alltid ha samme (negative) utfall senere.

Svart hvitt tenking

Omfatter ”splitting” der personer og objekter oppfattes som utelukkende gode eller onde. Kan også framstå som perfeksjonisme: En liten feil på noe som ellers er bra får en til å mene alt er mislykket. Også kalt splitting. Kan relateres til Borderline (emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse).

Tankelesing

Det tas for gitt at andre vet hva man føler og vil, uten at man gir direkte uttrykk for det. Omfatter også at pasienten kan tro han vet hva andre tenker og ønsker.

Følelsemessig resonering

Rett og galt avgjøres ut fra følelse, ikke resonering. Eksempel: ”Jeg føler meg annerledes, derfor er jeg det”.

2.2.5 Leveregler /skjemaer

Leveregler eller skjemaer kan forklares som en persons innarbeidede og etablerte måter å oppleve og tolke verden. Skjemaene ligger i utgangspunktet passiv nedfelt i oss og særskilte skjema aktiveres når spesielle hendelser inntreffer. Det aktuelle skjemaet som aktiveres avgjør hvordan hendelsen fortolkes og dermed hvilken følelse som blir resultatet. Innholdet i de forskjellige skjemaene avgjøres av tidligere erfaringer, men kan hende også av arv. ”Innholdet i de spesifikke skjemaene har en direkte innvirkning på personens persepsjon, tenkning og hukommelse, og de vil i tillegg også påvirke våre følelser og handlinger” (Nielsen og von der Lippe 1993:94).

Når en etablert negativ leveregel utløses vil en hendelse fortolkes på en uforholdmessig og irrasjonell negativ måte.

Primære leveregler avgjør hvordan man oppfatter seg selv og andre. Sekundære leveregler knytter seg mer til spesielle hendelser, typisk ”hvis så..., så skjer ”.

Kartlegging av en persons leveregler/skjemaer kan blant annet gjøres ved ulike spørreundersøkelser (Mørch, 2005).

2.2.6. ABC modellen

ABC modellen er en teknikk utviklet av den amerikanske psykologen Albert Ellis.

Metoden brukes for å kartlegge hvordan en i seg selv lite problematisk situasjon gjennom en tanke-mekanisme mistolkes og forsterkes og forårsaker følelse av uro og kan hende panikkklidelse (Berge og Repål, 2004).

Tabell 1: ABC modell.

A. Situasjon	B. Tanke	C. Følelse	D. Drøfte	E. Alternativ tanke

- A. Hendelsen, den utløsende situasjonen.
- B. Tanker, forestillingsbilder, oppfatninger, fantasier og minner knyttet til hendelsen.
- C. Følelser knyttet til tolkningen av hendelsen.

Disse 3 første punktene kan pasienten gjerne registrere på egen hånd når angstepisoder skjer. Dette er en viktig kartlegging for å kunne forstå pasientens tenkemekanisme.

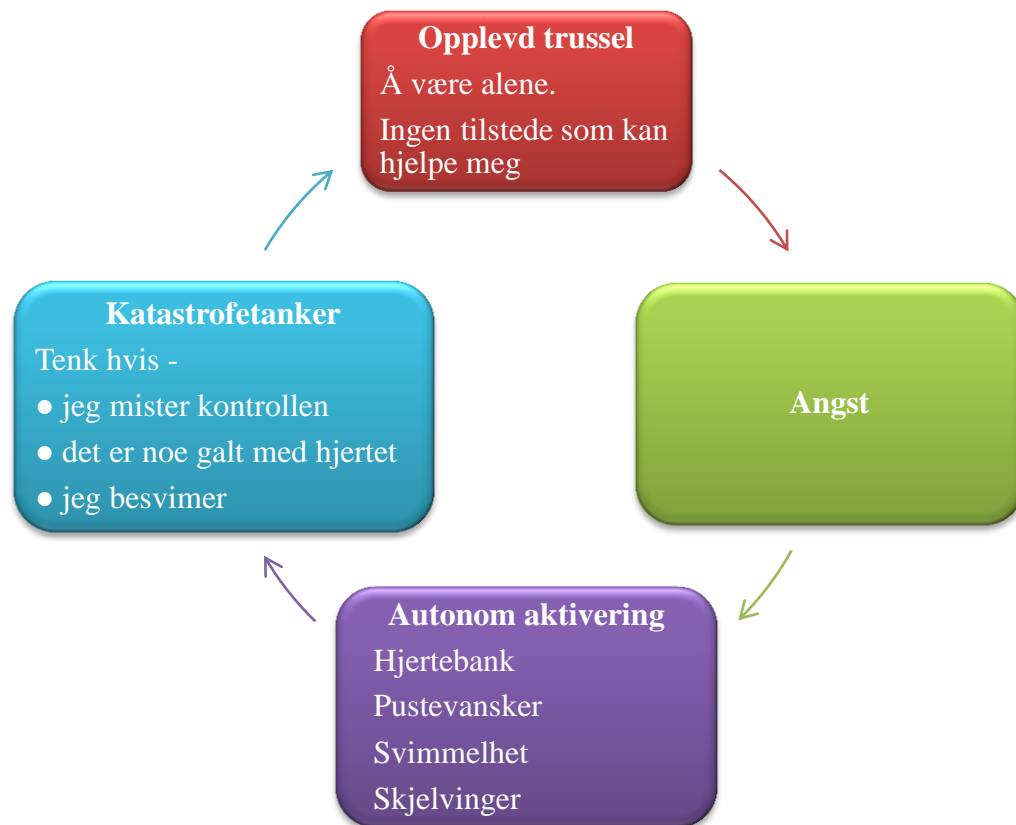
Registreringene gir utgangspunkt for videre drøfting med terapeut:

- D. Argumentere/drøfte. Er tankene en gjør seg rasjonelle?
- E. Alternative måter å forstå situasjonen på.

Målet med de to siste punktene er å få pasienten til å innse at det ikke er situasjonen som skaper utrygghet, men tankemåten. Når slik forståelse er etablert kan pasient og terapeut i felleskap finne fram til alternative og mer rasjonelle måter å forstå situasjonen.

2.2.7 Panikksirkelen

Sentralt i kognitiv terapi er å komme fram til hvordan panikkanfall utløses. Panikksirkelen brukes i terapien for å visualisere og kartlegge mekanismene for den enkelte pasient. Figur 1, hentet fra Berge og Repål (2010) viser eksempel på panikksirkel:



Figur 1 Panikksirkelen

Opplevd trussel kan være en konkret situasjon, eller det kan være for eksempel tretthet, koffein eller bare en følelse en ikke vet hvor kommer fra. Den mentale aktiviteten til et menneske som sliter med angst eller panikklidelse kjennetegnes av en strøm av ubehagelige tanker og forestillingsbilder. De negative antagelsene virker helt reelle og kan være basert på faktiske hendelser, men er ganske ofte overdrevne eller ugyldige. Opplevd trussel medfører følelse av angst, som igjen utløser autonom aktivering. Det er vanlig at kroppslige endringer tolkes som farlige og dermed øker intensiteten ytterligere. På denne måten havner pasienten i en selvforsterkende ond sirkel med panikkanfall som resultat (Berge og Repål 2010:159).

Det kan være til hjelp å få pasienten til å reflektere over hva angst er og ikke er. For eksempel er den i seg selv ikke farlig. Oppnår pasienten å akseptere dette, vil det være en god beredskap og forberedelse til neste anfall (Wilhelmsen 2008:89). Tilsvarende som for

ABC-modellen er det endelige målet å komme fram til selvinnsikt og alternative tenkemåter slik at sirkelen brytes.

3. Empiri

I min 7 ukers psykiatrisk praksis ved en DPS ble jeg godt kjent med ei kvinne som nærmet seg femti år. Jeg har valgt å kalle denne kvinnen Kari. Her følger en fortelling (et narrativ) om hennes situasjon og vårt samarbeid.

Kari og jeg hadde mange fine samtaler i løpet av de 7 ukene jeg var der. Hun hadde blitt seksuelt misbrukt som barn fra fem års alderen. Overgriperen hennes, som hun var slekt med, fikk henne til å tro på at dette forholdet mellom de to var helt normalt. Hun har greid å fortrenge overgrepene helt opp i voksen alder og lider nå av sterk angst. Hun fikk store problemer med angst da barnebarnet hennes fylte fem år. Kari husket da plutselig alt det fæle som hadde skjedd mellom henne og overgriperen. Jeg fikk bli med på inntaksmøte når Kari kom på avdelingen vår. Som student med lite erfaring innenfor dette temaet, ble jeg grepet. For meg ble det et sterkt møte med denne hardt prøvde kvinnen som satt ved siden av meg og skalv. Vi fikk ingen blikk kontakt, da hun bare kikket til siden eller ned. Hun satt urolig med hendene sine og gnidde de mot hverandre. Kari har lidd av depresjoner de siste 6 årene, hun har derfor ikke vært yrkesaktiv de tre siste årene. Hun er i dag uføretrygdet. Hennes store drøm er å kunne jobbe som lærer igjen. Angsten kom først mye senere. I sommer startet panikkangsten. Kari har bare blitt dårligere og dårligere. Det toppet seg i for henne i sommer da barnebarnet hennes fylte fem år. Kari ble da tvangsinnlagt på lukket psykiatrisk akutt avdeling med psykose. Der ble hun i flere måneder. Hun var forholdsvis frisk da hun ble utskrevet. Men ble allerede måneden etterpå innlagt på DPS. Der ble hun innlagt frivillig. Hun hadde god innsikt i egen sykdom og forståelse for at hun trengte hjelp. Kari er ikke sosial og har lite kontakt med de andre i avdelingen. Hun prater med personalet, men lite med de andre pasientene. Angsten hemmer henne i å gå ut alene. Kari sier selv at hun er redd for at andre skal se det på henne at hun har angst. Hun tørr ikke å møte blikket til den hun møter, hun skjelver og ordene stikker seg for henne. Hun sier at hun føler at hun hyperventilerer og at panikken tar overhånd. Hun går omveier for folk og enkelte plasser. Tørr ikke å gå på butikken og lignende. Dette gjør at Kari får nedsatt livskvalitet. Kari er plaget med hjerteklapp og tungpust under angstanfallene sine. Hun har vært til utredning av hjerteinfarkt, men det viste seg bare å være panikkanfall. Under de første samtalene forteller Kari gråtende at hun selv føler seg stiv og redd. At hun bare ikke orker å forholde seg til verden utenfor nå. Jeg kjenner jeg får empati med henne, og at jeg ønsker å hjelpe. Hun svarer adekvat på spørsmålene som blir stilt. Hun sier selv at hennes største problem er den hemmende

angsten. Det går med mye tid på grubling. Dette gjør henne søvnløs om nettene. Kari sier at hun tror hun vil ha god nytte av å bli innlagt på psykiatrisk avdeling nå. Hun trenger å bli møtt med varme og forståelse. Hun sier selv at hun ønsker å få fred med seg selv.

En ukes tid etter at jeg først møtte Kari hadde vi en terapisaamtale. På dette tidspunktet hadde vi blitt rimelig bra kjent og jeg oppfattet det som at en god allianse var etablert. Kari hadde fått en viss innføring i prinsipper for kognitiv terapi og hun var kjent med og enig i planen for videre behandling. En del av samtalen var som følger:

Terapeut (T): Du har fortalt meg at du ikke trives med å være ute blant folk. Hva er det du er redd for skal skje?

Kari (K): Jeg er redd for at jeg skal få hjerteinfarkt og dø når jeg får et anfall.

T: Du sier at du tror du kommer til å dø når du får slike anfall.

K: Ja jeg mister pusten og vil besvime, det snører seg i brystet mitt.

T: Jeg forstår at du blir engstelig da. Hvor ofte får du slike sterke symptomer?

K: Jeg opplever å ha disse grusomme følelsene hver uke.

T: Har du oppsøkt lege for å få sjekket om det er noe feil med hjertet ditt eller noe annet?

K: Ja. Jeg har vært på kontroll og de fant ingenting.

T: Har du tillit til at undersøkelsene var grundige nok og at legenes konklusjon er riktig?

K: Ja egentlig. Men sikker kan ingen være. Jeg er nok mer undersøkt enn de fleste.

T: Tror du det er sannsynlig at du faktisk skal dø når du får anfall?

K: Nei egentlig ikke.

T: Hva tenker du er det verste i disse situasjonene?

K: At jeg skal miste kontrollen og ikke vite hva jeg gjør.

T: Hva tenker du at du kan miste kontrollen over?

K: Nei det vet jeg ikke. Følelsene mine kanskje?

Ved neste samtale et par dager senere hadde Kari mindre fokus på hjerteinfarkt i forbindelse med angst anfallene. Kan hende hadde hun innsett at dette ikke er en rasjonell tanke og dermed et stykke på vei lagt den til side. I denne neste samtalen forklarer Kari at angsten siste tiden er mest forbundet med at andre skal se at hun har angst og at hun dermed skal oppleve nederlag og skuffelse.

For å finne mer detaljert ut av hvordan Karis panikkanfall blir utløst, ble Kari vist et ABC skjema. Hun fikk forklart hensikten med det og hvordan hun skulle bruke det.

Hjemmelekse til neste samtale ble at hun skulle forsøke å notere seg situasjoner med

tilhørende tanker og følelser. I de neste samtaler drøftet vi disse og forsøkte å komme fram til alternative tanker.

4. Drøfting

Jeg vil her belyse Kari's situasjon slik den framkommer i Empiridelen, og knytte dette opp mot presentert teori for å besvare hoved og del problemstillingene.

4.1 *Hva betyr god allianse og hvordan etablere og holde den ved like?*

4.1.1 Alliansen

Ved første kontakt med Kari er etablering av en god terapeutisk relasjon det viktigste. Ved å framstå empatisk og forståelsesfull kan man samtidig som allianse bygges også skaffe seg viktig innsikt for Kari's egen forståelse av sin situasjon.

Inntoning eller det «å komme på bølgelengde» er avgjørende for å kunne gi god hjelp. I de første 2-3 møtene er dette hovedmålet. Deretter må alliansen vedlikeholdes. Både gjennom ord, tonefall og kroppsspråk vil jeg vise empati og være ubetinget aksepterende.

(Haugsgjerd et.al., 2009). Anerkjennelse av Kari som person og av hennes problem må kommuniseres. Dette kan være gjennom å vise oppriktig interesse for det hun forteller og stille interesserte utdypende spørsmål. Det kan også være generelle henvisninger som at «Dette er et mye vanligere problem enn de fleste aner» eller «Vi møter mange med lignende problemer og vet hvor alvorlig dette kan være»

En forsiktig avventende tilnærming vil ofte falle naturlig. Kanskje vil Kari oppfatte en slik forsiktighet fra min side som passiv. Hun kan kanskje tenke at jeg har manglende evne og vilje til å hjelpe. Dersom jeg får inntrykk av at Kari tenker slik, vil jeg være ekstra påpasselig med å forsøke å vekke tillit og trygghet for at hun kan få hjelp og at hun vil bli bedre. Jeg vil tidlig gi en rask innføring i behandlingen hun vil ta del i. Jeg vil også legge vekt på å forklare at jeg og kollegene har hjulpet mange andre med lignende problemer til å bli mye bedre.

Innledningsvis er det vesentlig å avdekke hvorfor Kari søker hjelp nå. Er det andre (fastlege, familie) som har sendt henne, eller er det hun selv som har tatt initiativet? Det vil være en stor fordel for hennes egen motivasjon dersom hun søker hjelp av egen vilje og ikke er presset til å komme (Berge og Repål, 2004). I vårt første møte sa jeg noe sånt som: «Så bra at du har så god innsikt i egen situasjon og at du selv har oppsøkt hjelp her hos oss. Dette er et godt utgangspunkt for behandlingen framover». Det å kunne gi begrunnet ros er

alltid positivt både i allianseetablering og i alle andre mellommenneskelige sammenhenger (Berge og Repål, 2004).

Videre er det naturlig å fortelle om hvordan behandlingen vil være og etablere enighet og forståelse for opplegget. Det er viktig med forståelse av hva som er terapeutens oppgave og hva som Kari selv må bidra med (Berge og Repål, 2008). Gjennom enighet om behandlingsopplegget sier Kari seg villig til å forsøke best mulig å utføre sin del av opplegget. På denne måten kan Kari se en vei som kan føre fram til forbedring for henne. En tilstrekkelig forståelse for behandlingsopplegget er nødvendig for at Kari skal forstå og tro på at hun kan bli bedre.

Terapeuten skal vise tålmodighet, varme og nærhet, og samtidig formidle kompetanse til å kunne hjelpe (Berge og Repål, 2004). Jeg forsøkte å oppnå dette gjennom å være aktivt lyttende og bekrefte min forståelse for at Kari har det vanskelig. Noen ganger satt vi nærme hverandre i sofaen. Jeg forklarte Kari flere ganger at «vi» kjenner til samme type problemer og har mye erfaring med å gi god behandling. Ved å framstå som ærlig håpet jeg å bygge tillit hos Kari. Anekdoter, metaforer og også humor tok jeg i bruk når det passet. Gjennom sammenligninger med andre situasjoner kan en problemstilling framstå som enklere å forstå. En latter av og til løser opp stemningen (Berge og Repål, 2004).

I løpet av de første møtene vil vi sammen etablere en liste over problemene Kari opplever. Denne lista noteres slik at den kan tas fram igjen ved senere samtaler. Lista kan da gjerne oppdateres ut fra ny og forbedret forståelse av problemene, eller som følge av forandringer hos Kari. God struktur er essensielt i kognitiv terapi. Det er naturlig å begynne å arbeide med de letteste punktene på lista først (Berge og Repål, 2004). Gjennom at Kari får en kort skriftlig liste blir det lettere for henne å sortere og å være mer bevisst på hva som er hennes egentlige problemer. Mest sannsynlig opplever hun tankene sine som kaotisk når hun skal tenke på disse problemene.

Dersom det er vanskelig å få Kari til å fortelle selv, kan jeg la Kari vite hva jeg vet fra før fra journal og informasjon fra andre helsearbeidere hun har vært i kontakt med. Jeg vil for eksempel spørre «Jeg har hørt at du ... -Stemmer dette? Opplever du fortsatt dette på samme måten?» Det gikk rimelig greit å få på plass noen få punkter på lista. De problemene Kari ville snakke om først, antok jeg også er de samme som det er lettest å snakke om. Derfor mener jeg det er greit å starte med disse. Det er rimelig å anta at Kari reagerte såpass positivt til lista fordi vi hadde lyktes godt med å etablere allianse.

Overgrepene fra barndommen var jeg forsiktig med å ta opp direkte. Samtale om et slikt følsomt tema må eventuelt innledes av Kari selv når hun føler seg klar for det. Alliansen bør gjerne være enda sterkere før vi tar opp dette temaet.

4.1.2 Å bruke meg selv

I samtalene er det en god teknikk at jeg som terapeut trekker fram eksempler på mine egne erfaringer og opplevelser og forteller om hva jeg følte da (Berge og Repål, 2004). Jeg fortalte Kari at en dag knuste jeg tre fine vaser da jeg vasket huset. Jeg var lei meg flere dager etterpå og tenkte mye på disse vasene. Ved å åpne meg selv og kanskje komme med noen avsløringer opplever kanskje Kari dette som empati og at vi er likeverdige. Også jeg, som Kari trolig anser som normal og mentalt frisk, kan ha samme type opplevelser som Kari, bare ikke like ofte og like alvorlig. Samtidig alminneliggjør det mange sider av å være menneske. Alle føler store og små sorger. Følelser er hverken forbudt eller feil. Man må tillate seg selv å føle, i dette tilfelle, sorg.

4.1.3 Sokratiske spørsmål

En spørrende, ikke belærende samtaleform er en grunnregel i all kognitiv terapi (Berge og Repål, 2004). Jeg antar at Kari har dårlig selvtillit og at hun derfor lett ukritisk kan akseptere eller si seg enig i utsagn eller påstander fra andre. I samtalene bør jeg ta høyde for at Kari kanskje vil være forsiktig med å korrigere dersom min forståelse ikke samsvarer med hennes egen. Terapeuten skal ikke argumentere, men heller stille relevante og konkrete spørsmål (Berge og Repål, 2004). Målet er å ikke realitetsorientere, men bevisstgjøre. Ingen kjenner pasienten bedre enn hun selv. Typiske spørsmål kan være:

«Hvordan har det gått siden sist samtale?»

«Hvordan har det gått med hjemmeoppgaven?»

«Hva er dagens tema?»

«Hva frykter du mest?»

Spørsmålene kan regnes som Sokratiske fordi de er nøytralt stilt og åpne og på den måten ikke gir styring mot et spesielt svar.

Med antakelse om liten tillit til andre personer kan jeg gå ut fra at det kan være vanskelig for Kari å åpne seg slik at hun får forklart utfyllende om problemene sine. Derfor er det ekstra viktig med en slik forsiktig ikke-belærende spørrende samtaleform for at Karis egne opplevelser skal komme godt fram. Kari må ikke oppleve at spørsmålene stilles altfor

direkte og jeg må være påpasselig med å gi henne tid til å tenke seg om og til å svare og resonnerer. Kanskje vil det oppleves som en kaotisk og stressende situasjon for Kari hvis jeg blir for intens og «bombarderer» henne med spørsmål? For å bevare alliansen sterk må jeg som terapeut forsøke å unngå dette.

Ved at jeg framstår som oppriktig interessert i det hun forteller meg vil Kari kanskje få litt bedre selvbilde og få en viss styrking i troen på at hun betyr noe og er viktig.

4.1.4 Åpenhet

Åpenhet om problemene vil ofte kunne være med å redusere effekten. Dersom personer rundt Kari vet om at hun sliter med angst, vil hun kanskje ikke være så redd for at de skal oppdage det og se det på henne. Slik åpenhet vil sannsynligvis være en barriere og et stort steg for Kari. Situasjonen tatt i betraktning kan det føles uoverkommelig for Kari å informere sine nærmeste. Det er noe hun bør komme fram til selv og ikke bli presset til. Det er naturlig å begynne med de nærmeste. Kan hende har de allerede forstått det og kan hende trenger ikke flere å få vite om det. Et godt alternativ kan være å foreslå for Kari at hvis hun vil og når hun er klar for det, kan vi ha møte på DPS der de nærmeste er med. Der kan både terapeut og hun selv forklare situasjonen, og de pårørende lettere kan få stilt og besvart sine spørsmål. En slik framgangsmåte vil alminneliggjøre Karis situasjon på linje med andre mer aksepterte sykdommer, både i Karis øyne og i de pårørendes. Jeg tror det kan være en fordel for Kari å vite om at hun har denne muligheten.

4.2 Forståelse gjennom et kognitivt perspektiv.

4.2.1 Negative automatiske tanker

Negative automatiske tanker kommer plutselig og ufrivillig, vanligvis i særskilte situasjoner (Nielsen og von der Lippe 1993). I samtalene erkjente Kari at hun slet med dårlig selvtillit og manglende tillit til andre. Ut fra teori om negative automatiske tanker kan dette være en årsak til at Kari i mange situasjoner har lett for å tenke at hun vil mislykkes. Gjennom samtalene kommer det fram at for Kari er dette i liten grad noen få spesifikke situasjoner, men heller av generell art. Hun er redd for at hun skal få angst og hun er redd for at andre skal se at hun har angst. Dette medfører i mange tilfeller passivisering og utmelding fra mye sosial omgang.

I frykt for at angsten skal bli for sterk unngår hun mange situasjoner. I samtalene kommer det fram at slike situasjoner blant annet er familieselskaper, venninnekvelder og kontakt med arbeidsplassen. For et par års tid siden tok hun en tur innom skolen hun arbeidet på. Den første hun møtte var ny og han spurte litt direkte hvem hun var og hva hun ville. Etter dette har hun ikke gått dit mer. Hun sier hun fikk en dårlig opplevelse og følte at hun kom ubeleilig. Fra kognitivt perspektiv kan dette tyde på både automatiske tanker og overgeneralisering. Vi samtalte en del om denne situasjonen. Jeg forklarte henne om negative automatiske tanker. Jeg spurte: «Hva var det som fikk deg til å føle deg uønsket?» I samtalen kom vi fram til at den litt direkte måten mannen snakket på sannsynligvis ikke hadde noe med henne å gjøre. Han visste ikke hvem hun var og hadde det kanskje bare litt travelt. Kari hadde liten reell grunn til å tro hun var uønsket. Vi ble enige om at sannsynligvis var dette et eksempel på negative automatiske tanker.

Dersom jeg hadde fått mer tid sammen med Kari ville jeg snakket en del med henne om hvor lett eller vanskelig det er å kunne se på en annen person hva han eller hun føler. Kan man se på en person at han eller hun har angst? Er det mange som ser på og studerer så nøye andre personer, og er det mulig å se hva de føler? Hva skjer hvis noen oppdager at Kari har angst? Hvem er det hun frykter mest skal oppdage angsten hennes? (Familie, barn, barnebarn, venner, tilfeldige mennesker hun møter?). I følge kognitiv teori om automatiske tanker er det et vanlig fenomen å tro at andre ser hva en føler. Mye tyder på at Kari i mange situasjoner opplever det slik.

I videre samtaler kan det være til hjelp å kartlegge og lage liste over Karis ressurser, ting hun mestrer og er god til nå og tidligere. Hva skal til for at hun igjen skal mestre ting hun ikke lenger greier? På denne måten kan vi komme fram til alternativer til negative automatiske tanker.

Listen kan gjerne også omfatte personer som vi etter litt fundering kan komme fram til at faktisk bryr seg om henne. For eksempel datteren. Ville hun fortsatt tatt kontakt så ofte om hun ikke brydde seg? Tatt i betraktning at Kari selv tar lite kontakt og kanskje kan virke lite interessert.

4.2.2 Feilfortolkninger

Med både angst og depresjoner kan det virke som Kari har negative feilfortolkninger på flere områder.

Kari tolker kroppslige signal som hjerteinfarkt og tror hun skal dø. Hun overgeneraliserer. Kari forteller meg at hun har problem med å knytte relasjoner og å ha tillit til andre. Sannsynligvis er den viktigste grunnen til dette at hun har opplevd tillitsbrudd ved overgrep. Dette gjelder både nye personer hun kommer i kontakt med og hennes nærmeste som hun aldri vet når tid kommer til å svikte henne.

En gang Kari hadde behov for å snakke med noen, ringte hun datteren og ba henne komme på besøk. Denne ene gangen passet det ikke for datteren fordi hun hadde en annen viktig avtale. Etter dette har Kari ikke bedt henne komme mer. Kari tenker at datteren ikke bryr seg om henne og synes at moren bare er til bry. Gjennom samtalene våre kommer det fram flere bevis på at datteren faktisk bryr seg om Kari. For eksempel får Kari flere besøk både på DPS og da hun var tvangsinnlagt. Datteren oppsøker Kari når hun er hjemme og er interessert i hvordan moren har det. Kognitiv tilnærming der vi i samtale samler «bevis» for og imot om datteren bryr seg, vil kunne redusere slik feilfortolkning.

Kari har også innslag av svart hvitt tenking der hun må fortolke en sak eller person som enten god eller ond, rett eller gal. Ellers blir det vanskelig for henne å forholde seg til den. Gråtoner og fargenyanser er det lite rom for (Nielsen og von der Lippe 1993). Kari fortalte meg at hun har vanskelig for å diskutere og samtidig forholde seg til flere argumenter både for og mot. Dette gjelder både i egne tanker med seg selv og i samtaler med andre. Hun unngår både egne funderinger og diskusjoner med andre om alt fra politiske og samfunnsmessige spørsmål til mer dagligdagse ting. Derfor følger hun lite med på nyheter og hun deltar ikke i samtaler og diskusjoner når hun møter venner og kjente. Kari har

dårlig samvittighet for at hun ikke følger med og hun er redd andre skal avsløre henne som kunnskapsløs. Dette kom fram en gang nyhetene på TV ble slått på og Kari trakk seg tilbake på rommet sitt. Jeg fulgte henne og spurte om hun ville legge seg. Hun fortalte da at tidligere var hun vant til å være engasjert på mange områder både i jobbsammenheng og på fritiden. Jeg sa til Kari at inntil hun blir en del bedre syns jeg det er greit at hun ikke engasjerer seg for mye i nyheter, politikk og verden rundt henne. Vi ble enige om at det er greit å ikke være 100% oppdatert på alle områder og at hun bevisst kan skjerme seg slik at hun ikke trenger å forholde seg til for mange saker. Etter hvert kan vi bli enige om at hun ser korte nyhetsmeldinger for eksempel en gang om dagen og da ikke for sent slik at det ikke så lett bidrar til dårlig nattesøvn.

Andre feilfortolkninger som kom fram i samtale er at Kari tror at andre ser at hun har angst. Hun fortolker i mange situasjoner at andre vet at hun vil mislykkes.

Følelsesmessig resonering er framtrædende for Kari i mange situasjoner. Det vil si å ta beslutninger ut fra følelse og ikke ut fra logisk resonering. Dette går blant annet på hennes egen selvfølelse:

«Jeg føler meg lite verdt derfor er jeg det».

«Følelsen sier at dette ikke går bra, derfor gjør det det.»

I tillegg tar Kari mange av valgene sine basert på følelse og ikke basert på logisk tenking med vurdering av argumenter for og imot. Dermed velger hun bort mye på grunn av en dårlig følelse, selv om det ikke er rasjonelle grunner for valget. Negative automatiske tanker, feilfortolkninger og levereregler henger tett sammen, se også 4.2.1 og 4.2.5 .

I framtidige samtaler er det vesentlig å prøve å få Kari til å resonere over sine fortolkninger. Jeg ville spurt: «Er det grunn til å tro at det er slik?» «Er det logisk å tenke slik?» «Hva ville andre tenkt i samme situasjon?» Jeg forventer at Kari i samtale etterhvert kommer fram til at mange av hennes fortolkninger ikke er logiske eller rasjonelle. Samtidig må både Kari og terapeut erkjenne og være tydelig på at det er slik Kari fortolker det nå. Dette er virkelig det Kari opplever og føler nå, enten det er rasjonelt fornuftig eller ikke. Vanligvis må disse feilfortolkningene, en etter en, samtales om over en lang periode før en rasjonell erkjennelse synker inn (Nielsen og von der Lippe 1993). Etter å ha gjentatt resonementet over samme feilfortolkning mange nok ganger kan det skje en forandring i Karis fortolkning. Etter hvert som Kari lærer seg teknikken kan hun selv løse

opp en del feilfortolkninger på egen hånd. Gjennom samtalene vil Kari gjentatte ganger tenke gjennom og kjenne etter hva slags tankerekke som inntreffer for henne. Gjennom spørsmål får jeg henne til å resonnerer over hva som er fornuftig å tenke og hva som ikke er det. Slike gjentatte bevisstgjøringer over samme tema i samtalene kan forventes å feste seg stadig bedre hos Kari for hver gang. Jeg regner med at hun vil tenke over de samme tingene også utenom terapisamtalene og etterhvert kan vi forvente at hennes feilfortolkninger blir sjeldnere og mindre alvorlige.

4.2.3 ABC modellen

Gjennom kognitiv tenkemåte kan Kari redusere sin dårlige selvtillit og tillit til andre ved å unngå automatiske negative tenkemåte og heller finne fram til og lære seg alternative og mer realistiske tankemønster. ABC modellen er da et nyttig redskap. Kari fikk innføring i teknikken og som hjemmelektse å notere seg momenter i kolonne A, B og C. Ved neste samtale drøftet vi dette (D) og Kari kom etter hvert fram til mulige alternativ tanker (E):

Tabell 2: Eksempel på Karis ABC skjema.

A. Situasjon	B. Tanke	C. Følelse	D. Drøfte	E. Alternativ tanke
Samvær med barnebarn og hennes familie.	Minner om eget overgrep	Angst, redsel Dårlig selvtillit Stoler ikke på andre. Vil vekk.	Ikke grunn til så dårlig selvtillit. Familie og venner vil meg godt.	Dette går bra. Ingen grunn til mer angst nå
	Barnebarnet skal oppleve det samme	Uro angst.	Tillit til at barnebarnet er trygt	Ikke sannsynlig. Akseptabel risiko.

Ofte er den initiale tanken lynkjapp, ofte så rask og automatisk at det første pasienten opplever er selve følelsen. Dette er altså en negativ automatisk tanke som drøftet i avsnitt 4.2.1. Eksempelet i tabellen viser tanker Kari kanskje opplever som forbudte å tenke og som hun undertrykker. Derfor vil jeg bruke en del tid i samtalene på å komme fram til hva som er den egentlige utløsende tanken.

Kari sier i flere sammenhenger at hun opplever tankene sine som kaotiske. Kanskje har hun en angst for at tankene skal bli kaotisk og vegrer seg derfor for å prøve å sortere tankene sine selv. Et slikt skjema der vi sammen kan strukturere og visualisere gir Kari mulighet til å forstå og se sammenhenger. Det er naturlig at Kari fortsetter å bruke

skjemaet mellom og i framtidige terapitimer. På den måten får hun også trening slik at hun i framtiden kan bruke samme verktøy som selvhjelp.

Når Kari lærer seg bedre å selv finne fram til disse lynraske eller ubevisste tankene har hun mulighet til å vurdere dem og komme fram til alternativ tanke.

Jeg ville spurt: «Hvis du kjente noen som tenker slik som du, hva ville du sagt til henne?»

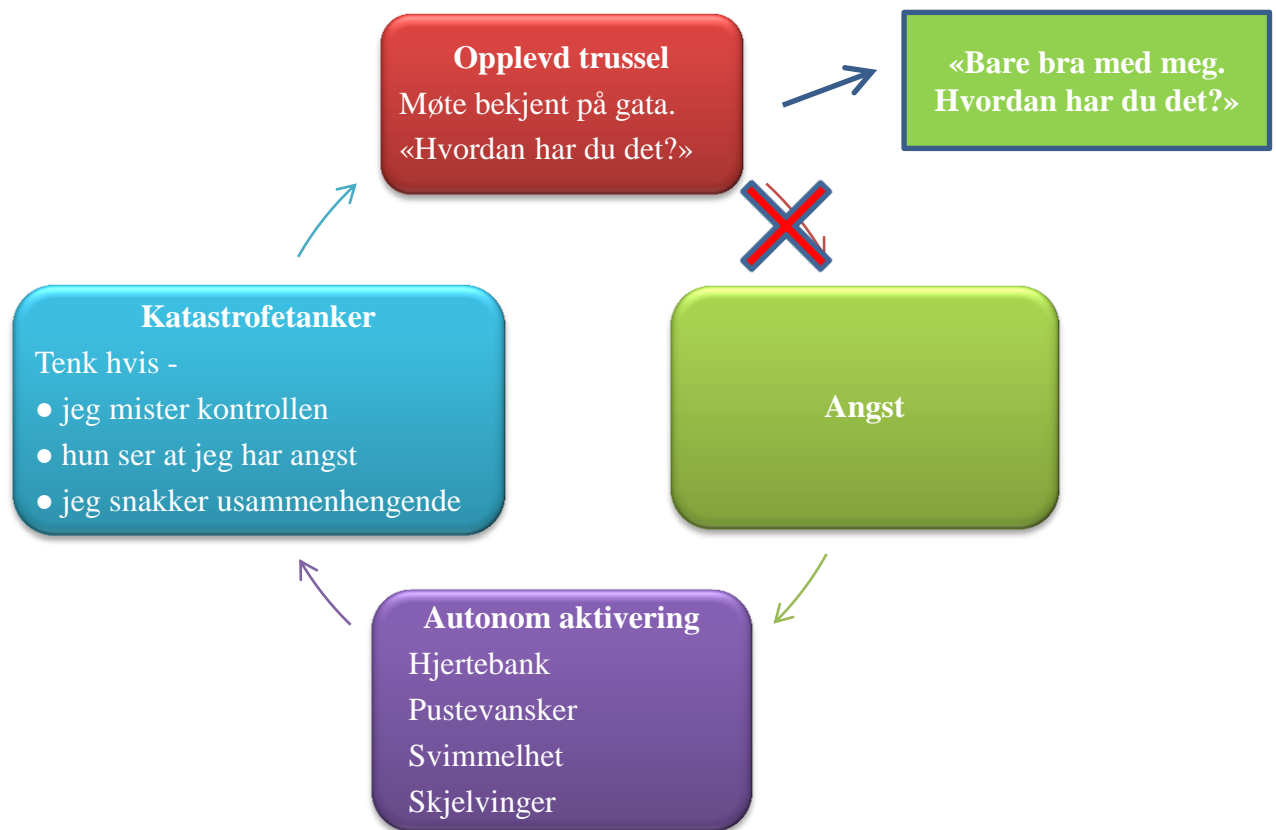
På den måten kan Kari forstå budskapet i det hun selv sier.

4.2.4 Panikksirkelen

Panikksirkelen (Berge og Repål 2010) gir en illustrasjon som er godt utgangspunkt for samtale der av tanke-mekanismer kan visualiseres og kartlegges. Denne forklaringsmodellen kan være nyttig innledningsvis for å gi Kari en tidlig lettfattelig innføring i hvordan panikk kan arte seg og tilta.

I et av våre møter snakket vi om at Kari er redd hun skal møte bekjente, og at de stopper for å snakke med henne hvis hun går ut. Kanskje vil de si: «Lenge siden sist. Hvordan går det med deg?»

Kari sier hun er redd dette vil få henne til å fokusere på angsten og at hun frykter hun skal bryte sammen der og da.



Figur 2 Kari's panikksirkel, alternativ tanke/handling.

Figuren visualiserer Kari's opplevelse og tankemåte. Jeg spurte: «Hvor ærlig det er vanlig å være når man blir spurt -Hvordan har du det?» «Hvor omfattende svar forventer egentlig den som spør?» Kari kom raskt fram til alternativ tenkemåte med svar «Bare bra med meg, hvordan har **du** det?» Kari aksepterte raskt sirkelen og hun sa seg enig i at den illustrerer godt hvordan hun føler det i slike situasjoner og hva som kan være en alternativ tanke. Det er et langt steg fra å snakke om dette i samtale med terapeut til å gjøre det i virkelige situasjoner. Likevel vil slik bevisstgjøring etter hvert gjøre at Kari lettere unngår de negative tenkemåtene.

ABC modellen og panikksirkelen kan benyttes litt om hverandre. ABC modellen er best å bruke for at pasienten skal gjøre egne observasjoner. I samtaletiden kan man med panikksirkelen gi bedre visualisering av mekanisme for alternative tanker.

4.2.5 Levereregler / skjemaer

Kari har erfart at en person hun hadde og skulle ha tillit til sviktet henne. Dette har medført at hun har hatt vanskelig for å stole på personer rundt seg. Det er lett å anta at Kari tenker at når hun har blitt sviktet en gang vil hun bli sviktet igjen.

Ut fra et kognitivt perspektiv kan det se ut som at Kari fra barndommen har etablert en primær leveregel om at hun ikke kan stole på andre og at hun selv har liten verdi. Det er viktig å være tydelig på at Kari er unik og ingen har det nøyaktig slik som henne. Samtidig er det naturlig å samtale om hva som er vanlig for andre å tenke og føle. Personer som regnes som friske har også ulike problemer som for eksempel dårlig selvtillit og angst for å mislykkes. Hvor sterke skal disse følelsene være før de regnes som sykdom? Det kan være viktig å sortere bort eventuelle følelser Kari anser som syke ved å komme fram til at problemet egentlig er mindre enn Kari selv tror. Etter en slik sortering kan man sitte igjen med ett eller noen få problemer som er så store at de hemmer Kari i dagliglivet og gjør at hun ikke er i stand til å arbeide som lærer.

I samtalene kom vi fram til at for Kari er hovedproblemene dårlig selvbilde og manglende tillit til andre.

4.2.6 Panikklidelse, symptomer på tilbakefall

Kari har hatt panikklidelse med psykose og derfor vært på lukket avdeling i flere måneder. Behandlingen der vil jeg ikke gå nærmere inn på. Det er uansett viktig at både Kari selv og hennes behandler(e) er oppmerksom på faren for at hun kan få tilsvarende tilbakefall igjen. For Kari sin del er hensikten å gi trygghet for at hun vil bli fanget opp før et alvorlig tilbakefall. Dette vil sannsynligvis være viktig for Kari for at hun skal ha tro på at hun skal få det bedre. I samtalene bør vi prøve å komme fram til hva som skjedde da panikkangsten gikk over i psykose med tvangsinnleggelse. Er det ett eller noen få spesielle kjennetegn vi skal være oppmerksom på?

Kari kunne fortelle at før sist innleggelse hadde hun hatt problem med dårlig søvn over lang tid. Hun snudde døgnet. I tillegg var det økende hyppighet av sterk angst og hun økte bruk av medikamenter. I perioden jeg hadde kontakt med Kari var hun under tett oppfølging på DPS. Derfor sa jeg også til Kari at «så lenge du er her, passer vi på deg og vi vil reagere før du får et alvorlig tilbakefall». Senere når Kari blir friskere og oppfølgingen ikke blir så tett, må hun i større grad selv følge med på faresignaler. Terapeut bør da sammen med Kari komme fram til en liste med faresignaler begge skal være oppmerksom på. Kari er en type pasient som kan være litt for forsiktig med å søke hjelp i tide. Derfor kan det være bra å avtale på forhånd at hun skal ta kontakt når konkrete «varsel-lamper» begynner å lyse. En slik varsellampe kan være «mer enn 3 påfølgende døgn uten mer enn 2 timer sammenhengende søvn». Dersom dette inntreffer skal Kari ta

kontakt. Med en slik konkret og forpliktende avtale kan vi gå ut fra at Kari faktisk vil ta kontakt selv om hun trolig vegrer seg. Samtidig vil hun dermed også føle seg tryggere på at hun vil bli fanget opp og vil få hjelp før tilbakefallet blir stort. Det er vanskelig å identifisere når tid en pasient er ferdig behandlet. Ideelt sett er dette når de negative levereglene er erstattet med mer realistiske leveregler. Behandlingen bør ikke avsluttes før klienten har kunnskap om risikosituasjoner og selv er i stand til å se tidlige varselsignaler for tilbakefall. Nedtrapping av terapi er vanlig. Terapeut og pasient skal sammen ta fram handlingsplan som pasienten kan iverksette når signaler om tilbakefall oppstår.

5. Avslutning

Jeg har vist hvordan jeg mener en god allianse mellom Kari og meg selv som terapeut kan etableres gjennom sokratiske samtaleteknikk og ved å gi inntrykk av kompetanse og tro på at Kari med stor sannsynlighet skal bli bedre.

Videre har jeg tolket Karis situasjon gjennom et kognitivt perspektiv og forklart hvordan jeg mener disse teknikkene bør anvendes på Kari og hva slags effekt det vil gi for henne. Kognitive metoder vil med stor sannsynlighet hjelpe Kari til gradvis bedre mestring av sin angst. Statistikk viser at pasienter med tilsvarende problemer som Kari har god effekt av kognitiv terapi. Med riktig og tilstrekkelig oppfølging er det god grunn til å forvente at Kari vil kunne fungere mye bedre enn i dag og oppleve forbedret livskvalitet.

For videre oppfølging av Kari kan elementer fra andre perspektiver enn kun kognitiv terapi være interessant å vurdere nærmere, slik at Kari kan få en bred og best mulig tilpasset hjelp.

For å involvere Karis nærmeste familie og nære venner kan elementer fra systemteori vurderes å anvendes i større utstrekning.

Søftestad (2005) skriver at barn som har blitt utsatt for overgrep ofte mister tilliten til andre mennesker og at de i tillegg sliter med dårlig selvtillit. Hun hevder videre at barn som er utsatt for overgrep der overgriperen er i nær familie er spesielt utsatt for traumer senere i livet. Dette er et vesentlig moment for Karis situasjon som jeg har valgt vekk i oppgavens avgrensning. For å gi en helhetlig gjennomgang må også dette undersøkes nærmere.

Selvpsykologiske elementer bør vurderes nærmere som mulig hjelp for å bedre Karis selvbilde.

Litteraturliste

- Berge, Torkil og Repål, Arne (2004). 2. utgave *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Berge, Torkil og Repål, Arne (2010). 3. utgave *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Berge, Torkil og Repål, Arne (2010). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, Olav (2007). 4. utgave. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Freeman, A. (1987). Cognitive therapy: An overview. In: A. Freeman & V. Greenwood (Eds.), *Clinical applications of cognitive therapy: Applications in psychiatric and medical settings*. New York: Human Sciences Press.
- Haugsgjerd, Svein; Jensen, Per; Karlsson, Bengt og Løkke, Jon A. (2009). 3. utgave *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kringlen, E. (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Lahelle, Bodil (1982) *Angst: Konstruktiv og destruktivangst med konsekvenser for psykisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nielsen, Geir H. og von der Lippe, Anna L. (1993). *Psykoterapi med voksne: Fem perspektiver på teori og praksis*. TANO
- Pollack, M. H., Allgulander, C., Bandelow, B., Cassano, G. B., Greist, J. H., Hollander, E., Nutt, D. J., Okasha, A., Swinson, R. P. *World Council of Anxiety. WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder*. CNS Spectrums 2003;8 (8 suppl): 17-30.
- Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per- Halvard (2002) *Bære eller briste- kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Snoek, Jannike Engelstad og Engedal, Knut (2000) *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Trondheim: Akribe.
- Søftestad, Siri (2005) *Seksuelle overgrep*. Universitetsforlaget.
- Wilhelmsen, Ingvar (2008) *Sjef i eget liv*. Hertervig forlag.

Internett sider:

Mørch, Merete M. (2005) Arbeidsskjemaer til kognitiv terapi. Norsk Forening for Kognitiv terapi. Tilgjengelig fra <http://www.kognitiv.no/terapeutiske_hjelpemidler> [10. Mars 2012]

Pfizer.no (2010) *Behandling: Hvilke typer behandling finnes det?* [Online] Tilgjengelig fra <http://www.pfizer.no/templates/Page_____470.aspx> [9. April 2010] (2 sider)