



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Motstand mot endring

Marit Godø

Totalt antall sider inkludert forside: 32

Molde, 08.04.12



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: 10

Veileder: Nina Helen 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: 30.03.12

Antall ord: 8571

Sammendrag

Oppgaven tar utgangspunkt i, og her beskrevet som et narrativ, mitt møte med en pasient som ikke ønsket å gå videre i endringsprosessen til tross for at hun hadde opplevd positive endringer i terapiforløpet. Problemstillingen ble valgt ut i fra min oppfatning av at dette var motstand mot endring, og ble delt opp i fire delproblemstillinger.

I teoridelen tar jeg først for meg kognitiv teori som var det terapeutiske perspektivet jeg hadde anvendt under mitt første møte med pasienten, og som jeg også anvender i en tenkt videre dialog i diskusjonsdelen. I tillegg blir teori om angst, allianse, endring, skyld og skam beskrevet.

I diskusjonsdelen knyttes teorien, narrativet og problemstillingen sammen. De første delproblemstillingene belyser motstand i terapiprosessen, i tillegg diskuteres også alliansens betydning. Under den fjerde delproblemstillingen vises til en mulig vei videre når motstand oppleves i terapien, der metakommunikasjon og empatisk samtalemetode, i tillegg til kognitive teknikker, anvendes.

Innhold

1.0 Introduksjon	7
1.1 Tema og problemstilling	8
1.2 Presisering og avgrensning av tema og problemstilling	8
1.3 Metode	9
1.4 Presentasjon og begrunnelse for valg av teori.....	10
2.0 Teori	11
2.1 Kognitiv terapi	11
2.1.1 Automatiske tanker	11
2.1.2 Skjema, også kalt leveregler	12
2.1.3 Feilfortolkninger	12
2.1.4 Trygghetsstrategier/ mestringsstrategier	13
2.1.5 Sokratiske spørsmål	13
2.1.6 Arbeidsform	13
2.1.7 Angst i et kognitiv terapeutisk perspektiv.....	14
2.1.8 Alliansens betydning for terapiprosessen.....	15
2.2 Skyld-og skamfølelse	16
2.3 Endring.....	17
2.3.1 Motstand.....	18
3.0 Empiri	19
4.0 Diskusjon	20
4.1 Hva kan ha gitt motstand mot endring hos Edith?	20
4.2 Kan det ha vært motstand mot noe annet enn endring?	22
Kanskje finnes ikke motstand i det hele tatt?.....	24
4.3. Hvordan var egentlig alliansen den gang mellom Edith og meg?	24
4.4 Hvordan bidra til ny bevegelse mot endring?	26
5.0 Konklusjon	30
Referanseliste	31

1.0 Introduksjon

Jeg har lenge undret meg over hvorfor endring er så vanskelig for mange av oss. Jeg har ofte møtt motstand mot endring som psykisk helsearbeider i pasientrelasjoner, blant kolleger og i meg selv ved større eller mindre endringer. Det har fått meg til å tenke at vi er nok svært forskjellige når det gjelder endringskapasitet. Nylig leste jeg at det forskes på om evnen til endring kan kobles til trekk ved personligheten (Saksvik og Helland 2009). Ifølge Saksvik og Hetland (2009) har en i forskning på endring tidligere ofte fokusert på selve endringsprosessen, eller på forhold i omgivelsene som kan fremme eller hindre endring. Individfaktorer har ikke blitt vektlagt i særlig grad selv om en vet at mennesker opplever endring forskjellig. Saksvik og Helland (2009) skriver at forskeren Shaul Oreg har lansert en teori om at motstand mot endring er en grunnleggende og stabil faktor i oss mennesker. Han mener å ha kartlagt fire sentrale faktorer i individuell motstand mot endring, så som grad av rutinesøking, grad av emosjonell reaksjon, tilbøyelighet til korttidsfokus versus langtidsfokus og kognitiv rigiditet (Oreg 2006).

Denne forskningen har fått meg til å undres over om ikke endring også må oppleves spesielt utfordrende for mennesker som har engstelige trekk, og for mennesker som sliter med forskjellige former for angst. Dette fordi jeg tror endring er nært knyttet til usikkerhet. Kanskje oppleves endring så uforutsigbart og angstfylt for enkelte at selv det å ha angst oppleves som forholdsvis trygt fordi man vet hva man har, men ikke hva man får.

For et par år siden møtte jeg som psykisk helsearbeider en eldre kvinne med mangeårig angstproblematikk. På grunn av taushetsplikten har jeg anonymisert kvinnen og kaller henne her Edith. Hun var kanskje starten på min undring rundt fenomenet endringskapasitet og endringsmotstand. I empiridelen legger jeg fram dette som et narrativ. Jeg opplevde at vi var kommet godt i gang med endringsarbeidet, og så stoppet det hele opp. Temaet **motstand mot endring** er valgt fordi *jeg* opplevde den gang at Edith ikke ønsket endring likevel, til tross for at hun hadde kommet godt i gang med endringsarbeidet. Undringene mine i ettertid har beveget seg rundt hva som egentlig skjedde den gang. Hva var det som her kunne gi motstand mot endring? Var det angst, usikkerhet? Eller var det kanskje ikke motstand mot endring, men motstand mot noe annet? Og kanskje finnes ikke begrepet motstand i det hele tatt? Hva kunne jeg ha gjort annerledes enn det jeg den gang gjorde?

Jeg hadde allerede anvendt elementer fra kognitiv terapi i mitt møte med Edith og jeg velger derfor også å ha kognitiv terapi som det psykoterapeutiske bakteppet i oppgaven. Kan jeg nå ved hjelp av ny kunnskap gjennom videreutdanning i psykisk helsearbeid, utforskning og refleksjon over relevant litteratur og ytterligere erfaring finne en bedre måte å hjelpe mennesker på der endringsprosessen synes å ha stoppet opp? Det ble viktig for meg å finne ut.

1.1 Tema og problemstilling

Tema:

Motstand mot endring.

Problemstilling:

Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider bidra til ny bevegelse mot endring hos en person med angst, når jeg opplever motstand mot endring i terapiprosessen?

1.2 Presisering og avgrensning av tema og problemstilling

For at oppgaven ikke skal bli for omfattende, har jeg avgrenset den til å gjelde noen av undringene mine jeg hadde innledningsvis. Jeg tar her ikke for meg undringen om pasienter med angst kan oppleve endring mer utfordrende enn andre. Jeg diskuterer heller ikke i særlig grad teorien om at endring kan knyttes til trekk ved personligheten, selv om det blir nevnt. Men jeg tar først og fremst for meg undringen rundt opplevelsen min av

motstand mot endring hos Edith. Jeg velger også å se på alliansens betydning da jeg ser dens viktige rolle i endringsprosesser. Til slutt ønsker jeg å finne ut om jeg kunne håndtert denne situasjonen på en bedre måte slik at terapiprosessen kom i gang igjen. Jeg har derfor delt problemstillingen inn i fire delproblemstillinger, der de tre første forhåpentligvis legger grunnlag for besvarelse av den siste problemstillingen, og på den måten håper jeg at hovedproblemstillingen også blir besvart.

- Hva *kan* ha gitt motstand mot *endring* hos Edith?
- Kan det ha vært motstand mot noe annet enn endring? Kanskje finnes ikke begrepet motstand i det hele tatt?
- Hvordan var egentlig alliansen den gang mellom Edith og meg?
- Hvordan bidra til ny bevegelse mot endring?

I problemstillingen bruker jeg begrepet «en person med angst». I denne sammenhengen blir det Edith, men forhåpentligvis kan problemstillingen også gjelde for andre personer. Jeg har i oppgaven valgt å bruke betegnelsen «pasient» fremfor «bruker» eller «klient», da jeg oppfatter betegnelsen «pasient» mer ivaretagende enn «klient» og «bruker». Jeg ønsker likevel å ha med meg brukerperspektivet som en grunnleggende oppfatning av menneskers rett til å bestemme over seg selv og sitt liv.

Jeg bruker også betegnelsen «bidra til ny bevegelse mot endring». Her menes hvordan jeg kan bidra til personens valg om å fortsette endringsprosessen til tross for foreløpig stans i terapiprosessen.

Begrepet motstand mot endring blir nærmere beskrevet i teoridelen.

1.3 Metode

Oppgaven bygger på en rekapitulering av et klinisk samspill, formulert som et narrativ. Empirien ble fremskaffet gjennom samtaler med Edith på et distriktpsikiatrisk senter hvor jeg jobber som psykisk helsearbeider.

Oppgaven bygger også på litteraturstudie der jeg har benyttet pensumlitteratur, litteratur fra bibliotekets database (BIBSYS) og dertil litteraturhenvisninger, artikler fra internett med henvisning til nyere forskning, og forelesningsnotat.

Problemstillingen skal i diskusjonsdelen drøftes i lys av narrativet og teori.

1.4 Presentasjon og begrunnelse for valg av teori

Kognitiv terapi er valgt fordi jeg ser kognitiv teori og dens teknikker som et brukerorientert redskap som kan vise til godt dokumenterte forskningsresultater ved spesielt angst og depresjon. Jeg har i tillegg erfaring fra undervisning om den kognitive sosiale læringsteori til mennesker med depresjon (Kurs i depresjonsmestring).

Kursdeltakerne har gitt meg mange nyttige tilbakemeldinger. En av dem er: «Hvorfor har ingen andre delt denne kunnskapen med oss?» Mange opplever endelig å ha fått et verktøy til å hjelpe seg selv.

Kognitiv terapi har et fenomenologisk utgangspunkt der pasientens oppfatning og opplevelse av seg selv og omverdenen blir utgangspunktet for terapien. Fenomenologi er «læren om det som kommer til syne» og ifølge filosofen Husserl er den subjektive opplevelsen inngangsporten til den verden en befinner seg i (Thomassen 2008). Dette fører til et brukerstyrt perspektiv der pasienten sitter med sannheten om seg selv, mens terapeuten kan bidra med sin kunnskap om teorien og hjelp til selvhjelp.

I narrativet hadde jeg allerede anvendt elementer fra kognitiv terapi, og det var noe Edith den gang ønsket. Jeg vil derfor igjen bruke dette perspektivet for å se om jeg i ettertid ved hjelp av økt kunnskap, refleksjon og erfaring kan anvende perspektivet også når terapien synes å stoppe opp.

Teori om angst er beskrevet i et kognitiv terapeutisk perspektiv. Jeg tar ikke for meg de forskjellige angstlidelsene med deres spesifikke kognitive tilnærminger, fordi jeg i problemstillingen ikke har så stort fokus på angstdiagnosen, men mer på hva som skjer når terapiprosessen stopper opp.

I følge Berge og Repål (2008) fungerer terapi best når vi kan supplere med andre teorier. Teorier om motstandsfenomen og endringsprosesser er hentet fra litteratur om

endringsfokuset rådgivning og motiverende samtale. Denne teorien blir det også henvist til av Berge og Repål (2008) når opplevelse av motstand er til stede.

Jeg har også valgt å ta med teori om skyld og skam da psykisk lidelse ofte er knyttet til disse følelsene, spesielt hos personer med langvarige psykiske plager (Gulbrandsen et al. 2006). I tillegg var skyld og skam noe jeg fornemmet som tilstedeværende hos Edith. Jeg ønsker å reflektere over i hvilken grad dette kan innvirke på terapiprosessen.

2.0 Teori

Jeg vil her kort presentere teori og begreper som er relevant for problemstillingen og den senere analyse av narrativet.

2.1 Kognitiv terapi

Der finnes mange former for kognitiv terapi, og jeg har valgt å ta for meg den som ble utviklet av den amerikanske psykiateren Aaron T. Beck og hans medarbeidere. Beck oppdaget i 1960-årene at depressive mennesker hadde en systematisk negativ bearbeiding av informasjon. Han utviklet videre en kognitiv modell for psykopatologi som beskrev de forandringer som opptrer i vårt kognitive system når ulike psykiske problemer får utvikle seg (Høstmark Nielsen og von der Lippe 2002).

I dag blir terapiformen gjerne kalt kognitiv atferdsterapi og anvendes i stadig nye sammenhenger (Berge og Repål 2008). Et grunnleggende trekk ved mennesket er at vi er bevisst vår egen eksistens. Vi har en indre dialog hvor vi hele tiden aktivt velger ut og tolker informasjon, og vår oppfatning av oss selv og verden blir derved ikke en objektiv sannhet.

Primært opererte Beck med tre kognitive begreper: automatiske tanker, skjema og feilfortolkninger.

2.1.1 Automatiske tanker er ufrivillige tanker og visuelle bilder som strømmer plutselig inn i vår bevissthet. De kan være både positive (dette klarte jeg bra) eller negative (nei, så dum jeg er), (nå besvimer jeg). De er ofte så korte at vi ikke er klar over dem og

blir derfor ofte vurdert som sanne. Tankene kommer ofte i spesielle situasjoner og har ofte et spesifikt innhold (Berge og Repål 2004).

2.1.2 Skjema, også kalt leveregler, fungerer som et mentalt filter som vi opplever verden gjennom. Som oftest er disse levereglene dannet i tidlig barndom som et resultat av de erfaringer en gjør seg. Disse levereglene er stabile og ligger latente til de aktiveres i situasjoner som er relevante for leveregelen. En skiller ofte mellom grunnleggende og sekundære leveregler. Disse kan også være både positive og negative. Levereglene kan ha vært konstruktive da de ble dannet, men kan så etter hvert bli uhensiktsmessige (Stiles 2004).

De **grunnleggende** levereglene representerer selve kjernen i hvordan en oppfatter seg selv og andre. Høstmark Nielsen og von der Lippe (2002) henviser til Young som mener levereglene dekker fire hovedområder: autonomi (negativ leveregel: jeg klarer meg ikke alene), tilknytning (negativ leveregel: jeg er isolert og forlatt), egenverdi (negativ leveregel: jeg er mislykket) og krav (negativ leveregel: jeg er dum). Når en negativ leveregel aktiveres, vil negative automatiske tanker strømme inn i bevisstheten (Berge og Repål 2004).

De **sekundære** levereglene aktiveres i spesielle situasjoner. De karakteriseres ofte med sitt «hvis, så»-format som for eksempel, «hvis jeg alltid sier ja, vil andre like meg». Disse levereglene er i større grad mottakelig for påvirkning. Men desto mer negative og omfattende de grunnleggende levereglene er, desto flere negative sekundære leveregler og mindre positive sekundære leveregler finnes (Høstmark Nielsen og von der Lippe 2002).

2.1.3 Feilfortolkninger oppstår når negative leveregler aktiveres. Informasjonen man får blir da misoppfattet og overdrevet (Høstmark Nielsen og von der Lippe 2002). Der er flere typer av disse fortolkningene, som for eksempel: overgeneralisering (hvis det skjer én gang, vil det skje hver gang), svart/hvitt-tenkning (enten-eller), personliggjøring (tar ansvar for negativ hendelse uten at det er grunnlag for det) og tankelesing (tar for gitt at andre skal vite hva en tenker, eller tror selv at en vet hva andre tenker). Feilfortolkninger som ofte er til stede ved opplevelse av angst er katastrofetenkning (forventer at noe vil gå galt, og opplever det som om det allerede har skjedd), og følelsesmessig resonnering (en føler det slik, derfor er det slik) (Berge og Repål 2004).

Andre begrepsforklaringer i kognitiv terapi er:

2.1.4 Trygghetsstrategier/ mestringsstrategier: Levere regler fører til visse strategier, hvis hovedmål er å holde de negative grunnleggende levereglene på avstand (Aarøe og Øiesvold 2004). Mange kan for eksempel unngå den fryktede situasjonen ved å ta i bruk forskjellige trygghetsskapende- og mestringsstrategier. Noen ganger kan disse også skape flere problemer enn det de løser. Eksempelvis kan man ved å unnlate å si sin mening, oppleve mindre angst. På sikt kan det derimot føre til mer angst for å måtte uttale seg (Berge og Repål 2008).

2.1.5 Sokratiske spørsmål: I samarbeid prøver en å avdekke pasientens særegne holdninger og tenkemåter. Terapeuten skal ikke argumentere eller prøve å overbevise pasienten om at hun tenker feil, men vil heller finne ut av bakgrunnen for hennes vurderinger og konklusjoner. Hensikten er at pasienten selv etter hvert kan stille seg sokratiske spørsmål som kan skape refleksjon, nyansering og kanskje ny tenkemåte (Berge og Repål 2004).

2.1.6 Arbeidsform: Kognitiv terapi er en strukturert samarbeidsform. Der skal være et likeverdig forhold mellom pasient og terapeut der pasientens opplevelse alltid er utgangspunktet for terapien (Berge og Repål 2004). Det kan blant annet illustreres i en ABC- modell:

ABC-modell:

A (activating events), situasjon, utløsende årsak	B (beliefs), tanker rundt situasjonen	C (consequences), følelser, kroppsreaksjoner, konsekvenser av B	D (dispute), drøfte, argumentere, nyansere	E (alternative tanker)
--	--	---	--	----------------------------------

I samarbeid med pasienten tar terapeuten for seg en situasjon (A) hvor pasienten merket at følelsene endret seg (C). C blir derfor utgangspunktet. En prøver så å finne hvilke tanker/bilder (B) som kan ha ført til den aktuelle følelsen (C). Ønsket her er å hjelpe pasienten til å se at det er tanken som skaper følelsen og ikke selve situasjonen. Når dette er kartlagt, kan en fylle ut modellen med drøfting (D) hvor terapeuten ved hjelp av

sokratisk spørreteknikk hjelper pasienten til å drøfte og nyansere den opprinnelige tanken (B). Én eller flere alternative tanker eller måter å forstå situasjonen på, blir da resultatet (E). Om pasienten da har endret eller nyansert den opprinnelige negative tanken, vil pasienten merke en lettelse i følelsestrykket. Målet er å få kunnskap om hvilke tanker som hemmer eller fremmer mestring, tilpasning eller endring (Berge og Repål 2004).

I starten av terapien setter terapeut og pasient i felleskap opp en liste over problemområder, ressurser og ønskelig mål. Det er ofte lurt å starte med et problemområde som er viktig for pasienten og samtidig virker oppnåelig, all den tid tidlig opplevelse av mestring og positive forventninger er nært forbundet med gode resultater (Berge og Repål 2004).

Berge og Repål (2004, 11) skriver at:

Ifølge psykolog Hans Nordahl kan terapien beskrives som en sirkulær prosess der tre sentrale elementer inngår i et kontinuerlig vekselspill:

- Allianse (trygghet og tillit)
- Innsikt (kartlegging av problemer, tankemønstre og følelser)
- Endring (problemløsning og utprøving av nye ferdigheter eller tenkemåter)

Kognitiv terapi er en systematisk, ofte kortvarig terapiform, med hjemmearbeid og mye fokus på problemområder. Alliansen mellom pasient og terapeut blir derfor svært viktig og teori om dette blir beskrevet senere.

2.1.7 Angst i et kognitiv terapeutisk perspektiv

Kroppslig kjennetegnes angst ved fysiologisk aktivering, og atferdsmessig ved flukt og unngåelse. Kognitivt kjennetegnes den av de tanker en gjør seg om hvilken fare som truer. «Selve frykten er i virkeligheten et større onde enn det man frykter» ble sagt av Theodor Gottlieb von Hippel (1741 – 1789) i Berge og Repål (2004, 105). I kognitiv terapi rettes oppmerksomheten både mot de *negative automatiske tankene* (NAT) som kan bidra til å utløse eller forsterke angsten og til å *eksponere seg* for situasjoner og kroppsreaksjoner en frykter (Berge og Repål 2008).

Det er ofte vanskelig å identifisere negative automatiske angsttanker når en ikke lenger er i den angstskapende situasjonen. En vil ofte bagatellisere tankene i etterkant (Berge og Repål 2008). En mye brukt fremgangsmåte i kognitiv terapi er at pasienten får i hjemmeoppgave å registrere så raskt som mulig når hun kjenner at følelsene endrer seg. Ved hjelp av *ABC-modellen* noteres hva som skjedde, hvilke følelser og kroppssymptomer som opplevdes og hvilke tanker som førte til opplevelsene. Det blir også viktig å registrere hva pasienten gjorde av mestrings-/trygghetsstrategier, ettersom disse strategiene, som tidligere nevnt, kan bidra til å opprettholde de negative automatiske tankene og feilfortolkninger (Berge og Repål 2004). Pasient og terapeut kan så i felleskap ved hjelp av sokratiske spørreteknikk drøfte alternative måter å tolke den opprinnelige tanken på. Hensikten er at pasienten etter hvert klarer å identifisere og drøfte sine egne tanker (sosialisering inn i ABC-modellen) (Stiles 2007). Disse negative automatiske tankene kan også testes ut ved bruk av *adferdseksperiment*: Hensikten her er å få undersøkt grunnlaget for de negative antakelsene pasienten har.

En annen effektiv fremgangsmetode i angstbehandling er *eksponeringstrening*, der en utsetter seg for angstskapende situasjoner på en planlagt og systematisk måte. Målet er både å venne seg til en vanskelig situasjon og til fryktede kroppsreaksjoner (Berge og Repål 2008).

2.1.8 Alliansens betydning for terapiprosessen

Allianse kjennetegnes ved at behandler og pasient er enig om behandlingens mål og hvilke metoder som skal benyttes for å nå målene, og ved kvaliteten på det emosjonelle båndet mellom dem, som grad av gjensidig tillit, akseptering og forståelse (Berge og Repål 2008, 25).

Ifølge Berge og Repål (2008) viser psykoterapiforskningen at sannsynligheten for pasienters bedring er langt større hvis pasienten oppfatter terapeuten som empatisk, forståelsesfull, respektfull, engasjert og som formidler av realistisk optimisme, trygghet, håp og er ekte og kompetent. Det viktige her er altså pasientens opplevelse av alliansen, og forskningen viser også at det er viktig at denne etableres tidlig i behandlingsforløpet.

Det som oppleves som empatisk for én pasient, kan gjerne oppleves som invaderende for en annen. Utfordringen i terapi blir å finne hvilken type relasjon pasienten ønsker.

Som et overordnet prinsipp ligger det i all behandling av psykiske lidelser at det er pasientens behov som skal legges til grunn for hvilke tjenester som gis, og hvordan de utformes. Pasienten må sikres mulighet til aktiv medvirkning i utredning og behandling. Ved å ta utgangspunkt i et menneskesyn hvor utgangspunktet er enhvers krav på respekt for sin selvbestemmelsesrett, aktualiseres *brukerperspektiv* (Berge og Repål 2008).

Ifølge Berge og Repål (2008) viser forskning at større eller mindre svikt i den terapeutiske alliansen skjer hyppigere enn mange terapeuter tror, og at de ofte ignorerer slike brudd. Ofte sier ikke pasienter ifra «fordi de er redde for å kritisere terapeuten, ønsker å leve opp til terapeuten forventninger, ikke vil ramme den andres selvtillit eller føler takknemmelighetsgjeld» (Berge og Repål 2008, 49).

Ved jevnlig å sjekke ut om pasienten faktisk opplever en god allianse og tilfredshet med terapien gjennom metakommunikasjon (snakke om hvordan vi snakker sammen), øker muligheten for et godt samarbeid videre (Berge og Repål 2008).

2.2 Skyld-og skamfølelse

Da psykisk lidelse gjerne er knyttet til selvforakt, skam-og skyldfølelse (Berge og Repål 2008), blir teori om dette viktig å ha med.

Skamfølelse er i Gulbrandsen et al. (2006) beskrevet i psykoterapeutisk praksis som langt oftere forekommende enn angst, sinne, sorg og frykt, og at noe av skammens natur er å være skjult, og derfor ikke lett å få øye på. Den er heller ikke lett å dele med andre da dette igjen kan forsterke skamfølelsen. Gulbrandsen et al.(2006) viser til hvordan skam innebærer en egenverdisetting innenfor forskjellige områder. Den kan ha sin opprinnelse hos andre, men den er blitt en del av deg.

Videre beskrives forskjellen på skam og skyld som at vi føler skyld for det vi har gjort og skam for det vi er. Vi føler skyld når vi har forbrutt oss, skuffet en normativ forventning ved å ha satt våre egne behov foran andres på måter som kan skade andre. Skylden er en relasjonell følelse. Skammen derimot, utløses ikke av en krenkende handling, men av en opplevelse av å ikke strekke til. «Min selv-vurdering er et speilbilde av min tolkning av

andres tolkning (evaluering) av meg, av hvor mye eller lite jeg er verdt, og følgelig kan forvente å bli elsket» (Gulbrandsen et al. 2006, s 144).

2.3 Endring

Jeg har gjort mange søk i litteratur og på internett rundt begrepet endring. Prescott og Børtveit (2004) skriver at et menneske endrer seg hele livet. Det kan være et resultat av bevisst planlegging eller komme som ubevisst sosialisering og automatisk tilpasning til krav fra omgivelsene eller biologisk modning. Vi er genetisk programmert til å endre oss fysisk og psykisk. Noen dekkende definisjon på hva endring er i en terapeutisk sammenheng har jeg ikke funnet. Mer enn det å skrive hva endring er, vil jeg fokusere på hvordan man kan få til ønsket endring.

Ifølge Barth og Nāsholm (2007) og Berge og Repål (2008) skjer endring gjennom en prosess med forskjellige faser, men med glidende overganger. Det første endringsarbeidet skjer i ens tanker og følelser. Det er først i de senere fasene at endringsarbeidet blir synlig for andre. Denne modellen blir kalt Stages of Change-modellen. Den ble utviklet av James Prochaska & Carlo DiClemente i 1986. Hovedbudskapet er at en persons beredskap for endring varierer i løpet av endringsprosessen. Den definerer en føroverveielsesfase og vektlegger betydningen av overveielser. Det hjelper terapeuten til å utvikle tiltak for personer som i tradisjonell forstand ofte ville blitt regnet som umotiverte. Modellen består av fem faser som følger hverandre, men er også åpen for å stoppe opp og gå tilbake til en tidligere fase hvis endring blir vanskelig. Fasene i modellen beskrives som: føroverveielsesfasen, overveielsesfasen, beslutningsfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen.

Ifølge Prescott og Børtveit (2004) blir endring stadig mer omfattende etter hvert som man går gjennom endringsprosessen. Motivasjonen må stadig fornyes etter at man har igangsatt handlingen. Ved bruk av motiverende samtaler kan pasientens indre motivasjon utløses og styrkes (Barth og Nasholm 2007). Motiverende samtaler handler først og fremst om hvorfor eller hvorfor ikke endringen skal skje, og ikke om hvordan endringen skal skje. Det blir derfor viktig å stoppe opp og skape rom for refleksjon over pasientens motivasjon og eventuelle endring, hvor pasientens egne tanker og opplevelser alltid er utgangspunktet (Barth og Nāsholm 2007).

I Botnen Eide et al.(2003, 108) blir det henviset til terapeut Fritz Perls' påpekning om at enhver positiv endring og utvikling begynner med selvaksept. Perls hevder også at hvis man aksepterer seg selv, kommer forandringen og veksten av seg selv. I Reichelt og Haavind (2005, 30) henvises det også til ens symptomer: «Personens akseptering av seg selv og sine symptomer sees som det viktigste elementet i endring." For å lykkes i å gjøre endringer, er det også nødvendig å ha tiltro til egen mestringsevne (Prescott og Børtveit 2004). Denne er igjen påvirket av tidligere erfaringer.

2.3.1 Motstand

Barth og Näsholm (2007) skriver at motstand bør forstås som en melding fra personen om at «dette er jeg ikke klar for ennå». Den kan vise seg gjennom uvilje mot å utforske og utdype seg i bestemte temaer og ulyst til å følge forslag, svare på spørsmål eller bruke krefter på å forstå seg selv. Motstandsfenomener har to sider, dels inneholder de viktig informasjon om pasientens motivasjon, dels truer de samarbeidsrelasjonen. Det er hjelperens ansvar å sørge for minst mulig motstand. Dette kan gjøres ved å skape en atmosfære av respekt, likeverd og valgfrihet og ved bruk av motiverende samtale hvor en fokuserer mer på motivasjon enn på motstand.

Berge og Repål (2008) skriver at forskning viser at psykoterapi virker best hvis motstand kan unngås i terapi. Etersom kognitiv terapi har en aktiv og strukturert form, og hvor terapeutene her sannsynligvis er komfortable med en slik form, bør terapeutene være særlig oppmerksom på om pasienter kan føle seg styrt og kontrollert av andre. Motstand kan vises på forskjellige måter (Barth og Näsholm 2007, 102), blant annet: *reaktans*, der en automatisk reagerer med protest når selvbestemmelsesretten innskrenkes, *ambivalens*, når man på den ene siden eksempelvis er motivert for endring, men er usikker på om han vil lykkes, eller *beskyttelse* der pasienten forsøker å beskytte seg mot noe.

Reichelt og Haavind (2005) beskriver motstand som terapeutens betegnelse på at klienten avviker fra terapeutens forventning om hvordan samarbeid skjer i terapi. Her blir altså kun terapeutens opplevelse vektlagt.

3.0 Empiri

Empirien er framskaffet gjennom samtaler jeg hadde med Edith da hun var innlagt ved min arbeidsplass, et distriktpspsykiatrisk senter, hvor jeg jobber som sykepleier.

Narrativet omhandler Edith på snart 70 år. Hun hadde slitt med angst så lenge hun kunne huske. De siste årene hadde hun også opplevd perioder med nedstemthet. Hennes angst beskrev hun som evige bekymringer om det meste, konstant uro og klump i magen. Edith beskrev også sterk uro og angst i sosiale sammenhenger. Hun hadde ikke hatt kontakt med psykiatrien tidligere. Hun var blitt enke for to år siden etter et svært vanskelig ekteskap hvor hun opplevde å bli dominert av ektefellen. Hun forteller om hvordan hun hadde måttet gi avkall på mye for å tilfredsstille sin mann. Hun forteller også at hun er stolt over alt hun har klart til tross for sine angstproblemer og et vanskelig liv. Edith har en datter som bor på en annen kant av landet som også sliter med angst og som nettopp ble skilt fra ektefellen. Datteren har to barn som Edith mener ikke har det så godt for tiden. Hun sa hun identifiserte seg mye med datteren og syntes det var trist at datteren hadde “arvet” hennes lidelse. Edith sa at hun følte seg nå fri til å bli litt mer aktiv og sosial, og gjøre noen av disse tingene hun ikke tidligere hadde kunnet da ektefellen levde. Det hun derimot nå opplevde, var at det var angsten som hindret henne og dominerte livet hennes. Edith ønsket derfor hjelp til et liv med mindre angst og uro. Hun hadde hørt om kognitiv terapi og ville gjerne at vi skulle bruke denne tilnærmingen.

Etter noen dager i avdelingen har vi etter hvert tilsynelatende fått en god allianse og vi har utarbeidet en problem- og målliste. Hun har fortalt om hva hun opplever å mestre, ressurser hun har, og hva hun her i avdelingen kan tenke seg å jobbe med. I samarbeid finner vi problem/mål hun vil starte med. Hun kan tenke seg å begynne i klubb, sangkor eller lignende, men synes det er vanskelig å snakke med folk hun ikke kjenner så godt. Vi har derfor blitt enig om eksponeringsoppgaver/hjemmearbeid hun skal gjøre i avdelingen fram til vår neste samtale. Eksponeringen gir positive resultater, og Edith virker fornøyd etter som dagene går inntil hun ved neste samtale gir uttrykk for noe annet:

Edith: Dette er ikke noe for meg!

Jeg: Er det ikke noe for deg?

Edith: Nei, det er det ikke. Det nytter ikke likevel!

Jeg: Da lurer jeg litt på hva som ikke nytter? Tenker du på det å trene på de situasjonene du har gjort eller tenker du på noe annet?

Edith: Nei, det er alt sammen. Dette her er det ikke noe vits i.

Jeg: Opplever du at det vi holder på med ikke er til hjelp?

Edith: Jeg vet ikke. Jeg vil bare ikke mer.

Jeg prøver å få tak i om noe har skjedd siden sist og hva som gjør at hun ikke ønsker å fortsette. Hun blir etter hvert mer og mer stille og sier så at det er for seint. Jeg prøver å spørre mer rundt hva hun legger i dette, men hun gjentar kun det samme om at det er for seint og at det ikke nytter. Hun sier så at hun ikke ønsker å utdype dette noe mer. I respekt for ønsket hennes valgte jeg å ikke ta dette mer opp, men har i ettertid grunnet mye på denne samtalen og lignende samtaler hvor jeg har en opplevelse av at pasienten ser at endring er mulig, men at der så oppstår en tilsynelatende motstand mot endring.

4.0 Diskusjon

Her vil jeg diskutere problemstillingen oppgaven bygger på: *Hvordan kan jeg som psykisk helsearbeider bidra til ny bevegelse mot endring hos en person med angst, når jeg opplever motstand mot endring i terapiprosessen?* Dette gjøres i lys av narrativet og teorien.

Som tidligere nevnt har jeg delt problemstillingen inn i fire delproblemstillinger, der de tre første forhåpentligvis legger grunnlag for besvarelse av det siste og dermed også hovedproblemstillingen.

4.1 Hva kan ha gitt motstand mot endring hos Edith?

Jeg har her tatt utgangspunkt i min umiddelbare oppfatning av at der var motstand mot endring hos Edith. Jeg vil senere diskutere andre alternativer.

Motstand kan som nevnt tidligere vises på forskjellige måter (Barth og Näsholm 2007), blant annet: reaktans, ambivalens eller beskyttelse. Alle disse faktorene kan her ha vært tilstede, noe jeg ikke den gang utforsket.

Vi hadde som tidligere nevnt startet arbeidet med eksponering. Edith hadde utsatt seg for angstskapende situasjoner hvor hun skulle innlede dialog med medpasienter. Hun var ifølge Barth og Näsholm (2007) tilsynelatende kommet i handlingsfasen. Da Edith formidlet at hun ikke ville fortsette med terapien kan det synes som at Edith er tilbake i overveielsesfasen, der vanskene er erkjent, men *ambivalensen* til endring er stor. Hun ønsket endring i utgangspunktet, men kan ha blitt usikker og velger derfor å stanse endringsprosessen.

Det å se muligheter for endring i livet sitt, kan ha aktivert mange tanker og følelser. Når en i tillegg er på slutten av sin livslengde, aner jeg at *det* også kan oppleves problemfylt. Det meste av livet var levd. Edith hadde fortalt om hvordan hun hadde levd med angst og uro så lenge hun kunne huske. Hun sa hun alltid hadde vært usikker, og valg av en ektemann som tok valgene for henne syntes den gang som trygt. Hun slapp da å ta egne valg, men kjente etter hvert hvordan bitterheten grep tak i henne. Hun sa at hun hadde valgt feil mann, men turde ikke å bryte med ham. Mulighet for endring kan da ha fremmet tanker og følelser som hun ikke var forberedt på (Barth og Nasholm 2007). Hun kan ha kjent på et større ansvar for livet sitt enn det hun tidligere hadde gjort, både for det som har vært og det som kan bli, noe hun der og da kan ha blitt usikker på om hun ville ta. Denne ambivalensen kan være bevisst eller ubevisst, men blir viktig å identifisere og drøfte.

Et kjennetegn ved angst er at personen ofte har forventninger om at noe vil gå galt, og opplever det som om det allerede har skjedd (Berge og Repål 2004), kalt katastrofetanker. Endring kan for Edith ha opplevdes som et stort risikoprojekt. Negative automatiske tanker, eller bilder (NAT), kan ha dukket opp som: «Det kommer til å gå galt! Jeg kommer til å få enda mer angst! Det kommer til å klikke for meg!» Hun kan ha tenkt at hun har klart seg på et vis fram til nå, men ved å utsette seg for mer eksponering, vil katastrofen snart inntreffe. Mestrings- og trygghetsstrategien har tidligere vært unngåelse av angstskapende situasjoner, og denne strategien kan nå ha blitt brukt igjen. Det blir da viktig å få identifisert og drøftet katastrofetankene som hindrer henne i å fortsette endringsprosessen. Endring kan på den måten oppleves mindre risikofylt.

Motstand kan som tidligere nevnt også vise seg gjennom *beskyttelse*. En negativ automatisk tanke kan ha vært: «Nå som jeg klarte å ta kontakt med medpasienter kan jeg jo også begynne i koret som jeg lenge har hatt lyst til. Men da dummer jeg meg skikkelig ut, og de andre vil se hvor mislykket og rar jeg er.» Den ene tanken følger den andre, bevisst eller ubevisst. Edith, som så mange andre med sosial angst, kan ha hatt en sekundær leveregel som: «Hvis jeg unngår sosiale arenaer, vil ingen merke hvor dum/rar jeg er.» Ved å bruke trygghetsstrategi som å unngå sosiale arenaer har Edith kanskje beskyttet seg mot grunnleggende leveregler som: «Jeg er mislykket» (dekker hovedområde egenverdi). Eller: «Ingen liker meg» (dekker hovedområde tilknytning) (von der Lippe 2002). Ved nå å unngå å bli bedre eller å få til en endring, trenger hun heller ikke å begynne i koret, og utsetter seg dermed ikke for aktivering av disse levereglene.

Det kan også være interessant å se dette litt i lys av Shaul Oregs forskning om endringsmotstand som et individuelt trekk (Oreg 2006). Edith sa hun hadde slitt med angst så lenge hun kunne huske, og hun oppfattet seg selv som svært engstelig. Jeg tenker at endring innebærer å bevege seg mot noe nytt, ut av det vante, og innebærer et usikkerhetsmoment. For mange som har slitt med angst over lang tid, har angsten blitt en del av ens liv. For noen oppleves det vanskelig å gi slipp på den. Den har representert en slags trygghet til tross for sin utarmede virkning både på kropp og sjel (Reisel 1989). For Edith har gjerne det å oppleve noe nytt vært forbundet med noe negativt. Hennes oppvekst var sterkt preget av ustabile forhold, og likeledes var det i forholdet til ektemannen. Hun kan på bakgrunn av personlighet og erfaring vært svært skeptisk til endringer. I kognitiv terapi kan dette gi seg utslag i en negativ grunnleggende leveregel. I Oregs forskning faller dette kanskje inn som en individuell faktor under «grad av rutinesøking» og kanskje også «grad av emosjonell reaksjon» (Oreg 2006), der økt uro og angst blir en naturlig følge av opplevelse av endring.

4.2 Kan det ha vært motstand mot noe annet enn endring?

Som tidligere nevnt ser det ut til at Edith er tilbake i overveielsesfasen (Barth og Näsholm 2007) der en betrakter og reflekterer over seg selv, fra et sted utenfor seg selv i en reflekterende posisjon:

..kan også være smertefull, fordi personen konfronteres med at han har et problem som han kunne ha gjort noe med før. Ofte er erkjennelsen av problemet forbundet med skamfølelse (Barth og Näsholm 2007, 71).

Edith hadde noen dager før hun brøt terapiprosessen spurt meg om jeg virkelig trodde at det var mulig å bli bedre av angst, og om hun kunne hatt et bedre liv hvis hun hadde bedt om hjelp tidligere. Jeg er redd jeg ikke klarte å ivareta henne den gang, da jeg svarte at jeg trodde det var mulig. Jeg hadde også lagt til at hun ikke måtte klandre seg selv for å ikke ha bedt om hjelp tidligere, for den gang hadde hun ikke de mulighetene hun hadde i dag. Med tanke på hennes kritiske selvbilde, klarte jeg nok likevel ikke å romme henne godt nok. Edith hadde kommet med uttalelser om at datteren hadde «arvet» hennes lidelse og at Edith ikke klarte å beskytte sin datter mot sin ustabile far. Nå så Edith at hennes barnebarn slet på samme måte som hennes datter. Jeg hadde den gang en vag fornemmelse om at en følelse av skyld eller skam var til stede da Edith fortalte om dette, uten at det var uttalt. Gulbrandsen et al.(2006) beskriver skamfølelsen som annerledes enn mange andre følelser og derfor vanskelig å dele. Som tidligere nevnt blir også skyld- og skamfølelse regnet som mer vanlig enn angst og svært vanskelig å oppdage, da dens egenart er å være skjult.

Gulbrandsen et al.(2006) skriver om at mennesker som tidlig i livet har opplevd alvorlige brudd på tillit, kjærlighet og omsorg kan ha innarbeidet en grunnleggende holdning av seg selv som uverdigg og en ingen kan elske. I kognitiv terapi blir disse holdningene beskrevet som grunnleggende leveregler (Berge og Repål 2008). Edith kan ha klart ved hjelp av en mestringsstrategi, som å tenke at hun alltid har gjort det beste ut av vanskelige situasjoner og at hun ikke kunne gjort noe annerledes, å unngå opplevelse av skyld og skam. Ved å se muligheter for endring ble denne mestringsstrategien rokket ved. For å *beskytte seg* mot aktivering av negative grunnleggende leveregler, som eksempelvis: «Jeg er mislykket, jeg er en belastning for andre, jeg er ikke verd å elske», kan hun ha valgt å avbryte endringsprosessen. Det var kanskje ikke akkurat det å endre noe som ble vanskelig for Edith, men mer det å erkjenne og akseptere seg selv og sine symptomer (Reichelt og Haavind 2005).

Motstand kan som tidligere nevnt også komme i form av *reaktans*. Edith kan ha opplevd å ikke ha kontroll på prosessen og en innskrenking av medbestemmelsesretten (Barth og Näsholm 2007). Hun fremsto som en kvinne som var opptatt av at hun alltid hadde klart seg selv. Hun sa hun aldri hadde bedt noen om hjelp tidligere. Selv om vi sammen hadde

utarbeidet mål og fremgangsmåte for terapien, kan hun i ettertid ha følt at hun ikke hadde den kontrollen og medbestemmelsesretten som hun ønsket å ha. Jeg som terapeut kan blant annet ha virket for entusiastisk til terapien til at hun klarte å få fram sitt syn. Motstand blir her et uttrykk for at hun ikke lenger opplevde dette som sin prosess.

I kognitiv terapi stopper av og til terapien opp. Årsaken kan være at selv om eksponering og kognitive drøftinger tilsynelatende lyktes med å ha fått en mer nyansert, alternativ tanke, vil følelsestrykket ikke ha lettet tilsvarende. Den grunnleggende leveregelen bør da identifiseres, da den hindrer pasientens tro på en ny alternativ tanke (Stiles 2004). Edith kan ha opplevd terapien som mislykket da følelsene hennes opplevdes like sterke og vanskelige som før. Idag er jeg ikke sikker på om det var angstfølelsen som var den vanskeligste for henne. Muligens var det heller skyld- og skamfølelsen. Uansett klarte ikke jeg som psykisk helsearbeider den gang å fange dette opp. Jeg vil ikke kalle dette for motstand mot endring, men kanskje motstand mot terapiformen ettersom hun selv sa, det ikke nyttet.

Kanskje finnes ikke motstand i det hele tatt?

Jeg har her sett på motstand som noe som viser seg når en person ikke er klar for det han utsettes for. Men jeg er ikke sikker på om det er en fullverdig forklaring på motstand. Reichelt og Haavind (2005) definerer motstand som terapeutens betegnelse på at klienten avviker fra terapeutens forventning om hvordan samarbeid skjer i terapi. Hvis terapien skal være brukerstyrt og fenomenologisk tenker jeg at begrepet motstand egentlig vil bli svært vanskelig å definere. I dette narrativet, som i så mange andre terapirelasjoner, er det terapeuten som definerer motstand, men det er svært usikkert om pasienten oppfatter det på samme måte. Motstand kan her i stedet ha momenter av vurdering, og at Edith rett og slett har kommet til at der er flere ulemper ved det hun utsettes for enn der er fordeler. Dette mener jeg ikke kan kalles motstand, i hvert fall ikke i et brukerperspektiv.

4.3. Hvordan var egentlig alliansen den gang mellom Edith og meg?

Hvordan kan jeg vite noe om hvordan alliansen mellom Edith og jeg var? Sannheten er vel at jeg ikke kan vite noe om denne, fordi jeg ikke hadde spurt henne. Det beste jeg kunne ha gjort for å ha avdekket små eller store sprekker i alliansen, er ifølge Berge og Repål (2008)

å be om åpne og direkte tilbakemeldinger fra pasienten. Som tidligere nevnt er svikt i den terapeutiske alliansen mer vanlig enn terapeuter gjerne vil tro, og blir derfor viktig å utforske. Bruk av metakommunikasjon, der vi snakker om hvordan vi snakker sammen i terapien, er ofte fruktbart (Berge og Repål 2008). Dette forutsetter at jeg som psykisk helsearbeider er i stand til å motta og håndtere eventuell kritikk. Det kan hende jeg overså signaler fra Edith fordi jeg ikke ønsket å se dem.

Som tidligere nevnt kjennetegnes en god terapeutisk allianse av enighet om mål, midler for å nå dem og kvalitet på det emosjonelle båndet mellom terapeut og pasient. Min subjektive oppfatning da jeg samarbeidet med Edith, var at det emosjonelle båndet var godt nok til at vi kunne gå såpass raskt fram i endringsprosessen. Vi hadde bare tre uker på oss før hun skulle utskrives, og jeg var nok ivrig etter å komme i gang med selve eksponeringen. Jeg visste også at tidlig opplevelse av mestring, stimulerer ofte til videre bedring (Berge og Repål 2008). I dag vet jeg ikke om Edith verken oppfattet meg som en empatisk, respektfull, trygg, kompetent eller kongruent samarbeidspartner:

Et kjennetegn ved den gode terapeutiske samtalen er nettopp at den stimulerer til konstruktive og støttende indre samtaler. Den inspirerer til utforskning av og refleksjon rundt egne holdninger og tanker, den gir håp om at endring er mulig, og mot til å gjennomføre endring (Berge og Repål 2008, 23).

All den tid jeg ikke ble tilbudt videre åpenhet, der Edith kunne si noe om det som ble vanskelig, tenker jeg at alliansen vår ikke var som den burde være. Dette var en kvinne som alltid hadde klart seg selv, og det var nok ikke enkelt å fortelle om problemene. Hun var allerede i en sårbar posisjon i forhold til meg og kanskje også i oppfattelsen av seg selv. Hennes sårbarhet ble nok ikke rommet godt nok. Følgelig ble jeg heller ikke oppfattet som empatisk nok. Dermed Barrett-Lennard sier i Berge og Repål (2008) at empati er viktig fordi det stimulerer pasientens evne til selvempati, og dermed også evnen til selvmedfølelse, selvbekreftelse og egenstøtte. Mennesker som mangler evnen til selvempati beskriver ofte en intens ensomhet, og noen tåler heller ikke seg selv. En vellykket terapi er etter mange pasienters utsagn at de er blitt mer åpne i forhold til seg selv, mer tolerant og støttende (Berge og Repål 2008). Jeg tror ikke at Edith opplevde terapien slik.

Jeg er klar over at uansett om jeg i terapien tilstreber et likeverdige forhold mellom pasient og terapeut, vil der likevel være en ubalanse i maktforholdet. Jeg som psykisk

helsearbeider er på hjemmebane, kjenner til systemet i avdelingen, gir og skriver rapport om Edith videre til andre helsearbeidere som hun skal møte senere. Edith er på mange områder avhengig av min oppfatning av henne. Hun kan oppleve å bli utsatt for modellmakt, der hun kan underkjenne og glemme sin egen kunnskap i møte med fagekspertisen (Bråthen 2004); hun «bergtas» av vår kunnskap og setter sin egen til side. Hun kan, slik som jeg, ha tenkt at vi var enig om mål og fremgangsmåte, men da utfordringene økte ha kjent på at vi ikke hadde samme ståsted likevel.

Berge og Repål (2008) beskriver viktigheten av raskt å skape tillit og bygge allianse, men en for rask invitasjon til nærhet kan imidlertid være truende for pasienter med sosial angst. Bli angsten for høy vil viktig informasjon gå tapt. Jeg kan her ha vært for rask og for nær i min tilnærming, og kanskje også for positiv til hennes mestring av eksponeringen, slik at jeg ikke fornemmet hennes usikkerhet og ambivalens. Bruk av tid til å undre seg sammen med pasienten er viktig, der jeg som psykisk helsearbeider kan reflektere over hva som er mine oppfatninger og følelser, og hva som er hennes. At jeg har evne til selvrefleksivitet er avgjørende for terapien (Løvlie Schibbye 1998).

Som nevnt tidligere er kognitiv terapi beskrevet som en sirkulær prosess der tre sentrale elementer inngår i et kontinuerlig vekselspill: allianse, innsikt og endring. Det viktige her blir at der er kontinuerlig vekselspill og at jeg som psykisk helsearbeider tenker alliansebygging under hele prosessen, og ikke tenker at alliansen er god fordi den har vært god eller at jeg som terapeut tror den er god.

4.4 Hvordan bidra til ny bevegelse mot endring?

Mitt ønske for drøftingen i de ovenstående punktene har som tidligere nevnt vært at jeg kan klare å besvare dette siste spørsmålet og hovedproblemstillingen. Jeg har her prøvd å se for meg en videre dialog med Edith. Selve dialogen er skrevet i kursiv. Før og etter dialogen skriver jeg litt om hensikten med utsagnene mine.

Jeg: Er det greit at vi heller prater litt om hvordan du og jeg snakker sammen?

Ved bruk av metakommunikasjon kan jeg få innblikk i Ediths oppfatning av samarbeidet vårt (Berge og Repål 2008). Jeg spør om lov for å få hennes tillatelse, da hun i

utgangspunktet hadde sagt at hun ikke ønsket å si noe mer om dette. Dette kan være med på å rulle med motstand, hvis der er motstand til stede (Barth og Näsholm 2007).

Edith: Det er greit!

Jeg: Jeg kjenner meg nå usikker. Jeg opplever at samarbeidet har gått litt i stå, og at det er vanskelig å snakke sammen om dette. Jeg har også en tanke om at du har prøvd å si meg noe, som jeg ikke helt klarer å forstå. Kanskje kan det være noe med min væremåte eller noe annet som gjør det vanskelig for deg å si noe om det?

Jeg tar her utgangspunkt i og ansvar for min opplevelse av situasjonen (Berge og Repål 2004).

Kanskje vil Edith kunne si noe om dette, og vi kunne fortsatt med å reflektere over kommunikasjonen, slik at alliansen vår bedret seg og endringsprosessen kom i gang igjen. Terapi er en samskapende virksomhet og skal bære preg av kontinuerlig forhandling. Dette er naturlig i et brukerperspektiv og i et likeverdig forhold (Berge og Repål 2008).

Edith kan også fremdeles være tilbakeholden med å si noe mer om situasjonen.

Jeg: Hvis det er greit for deg, vil jeg gjerne si noe om hva som ofte skjer i terapi og som mange mennesker synes er svært vanskelig. Ønsker du at jeg skal si noe om det?

Det er viktig at jeg får hennes tillatelse. Her kan jeg normalisere forskjellige tanker og følelser, og gi anerkjennelse til forskjellige mestringsstrategier. På den måten viser jeg at jeg har kunnskap om dette og viser til mitt ansvar som terapeut til at relasjonen skal oppleves trygg og ivaretakende (ibid).

Jeg: Jeg lurte på om det er noe av dette du kjenner deg igjen i? Du sa tidligere at du ikke ønsket å si så mye om hva som ble vanskelig, og det respekterer jeg. Men hvis du likevel har lyst til å si noe, kan vi også se på det sammen.

Jeg gir tilbud om åpenhet, men respekterer hennes valg uansett. Jeg ønsker å vise at jeg bryr meg om henne. Jeg viser også til min interesse og vilje til videre samarbeid og dermed håp om bedring (Botnen Eide et al. 2003).

Hvis Edith kjenner seg trygg nok, kan hun kanskje fortelle noe om den skyld- og skamfølelsen jeg fornemmet tidligere. Det blir viktig å normalisere og romme henne i disse vanskelige følelsene. Dette er følelser og tanker som hun kanskje ikke klarer å

beskrive til fulle, men kan forklare dem mer som sterk selvforakt. Hvis hun opplever dette som et hinder for å komme videre i endringsprosessen og har lyst til at vi sammen utforsker det, kan samtalen fortsette slik:

Jeg: Kan du fortelle meg når du sist kjente på denne skamfølelsen?

Jeg benytter ABC-modellen for å forsøke å identifisere situasjon (A) og følelsen (B) (Berge og Repål 2008).

Edith: Hvis jeg skal være ærlig, så kjenner jeg på skam her og nå. Jeg synes det er forferdelig å fortelle deg om problemene mine.

Ifølge Botnen Eide et al. (2003) har den ene mer eller mindre den annens liv i sin makt. Enhver form for henvendelse er på den måten et vågestykke. Denne kan vi ta imot enten i omsorg eller i ødeleggelse. Jeg kjenner at jeg må bevege meg varsomt for at alliansen ikke igjen vil slå sprekker.

Jeg: Jeg kan skjønne at det å fortelle meg om problemene dine kan oppleves skamfullt. Er det noe jeg kan gjøre slik at det kan bli lettere for deg?

Jeg gjentar og anerkjenner hennes følelser. Jeg innbyr også til brukerstyring hvor hun kan fortelle meg hvordan hun ønsker videre samarbeid (Berge og Topor 2003). Det blir viktig å ikke gå for fort frem (Schibbye 1998). Hvis Edith ønsker at jeg skal hjelpe henne videre, kan jeg vise til ABC- modellen som hun ble introdusert for under eksponeringstreningen, og fortelle at vi også kan sette hennes opplevelse av skam inn i denne, slik at A= samtale med meg, C=kjenner på skamfølelse (Berge og Repål 2008).

Jeg: Klarer du å si noe om hvilke tanker du har når du nå kjenner på skamfølelse?

Jeg prøver å identifisere de utløsende tankene til skamfølelsen (B) i ABC-modellen (ibid).

Edith: Jeg vet jo at jeg er dum som ikke har gjort noe med angsten tidligere. Jeg er helt mislykket. Jeg er ikke verd å bruke tid på. Du burde heller bruke tid på andre som har sjanse til å bli bedre.

Jeg kunne så ved hjelp av sokratiske spørsmål hjelpe Edith med å nyansere og drøfte tanken som leder til skamfølelsen. Det blir viktig å prøve å finne bekreftelser på denne opprinnelige tanken først. Jeg kunne da ha stilt spørsmål som: Hva er det som gjør at du er så sikker på at du er mislykket og ikke verd å bruke tid på? Hva taler for? Er der mer som

bekrefter at du er mislykket? Etter hvert blir det viktig å finne hva som kan tale imot den opprinnelige tanken: Hender det at du tenker at det er noe du får til? Hva ville datter/barnebarn ha sagt til deg om dette? (Berge og Repål 2008). Mange har også positive holdninger til det å være selvkritisk. De har liten evne til selvmedfølelse. Det blir da viktig å få fram hvilke positive funksjoner slike tanker kan ha, for deretter å få fram de negative: Hvilken hensikt har det å tenke at du er mislykket og ikke ha sjanse til å bli bedre? Dette kalles metatanker; tanken om tanken (ibid). Og er det noen ganger du skulle ønske du ikke oppfattet deg selv slik? Empati fra min side blir viktig for å stimulere Ediths evne til å bli mer støttende og tolerant til seg selv, til selvempati. Forhåpentligvis vil denne fremgangsmåten føre til at Edith får en mer nyansert og hensiktsmessig oppfatning av seg selv.

Et viktig poeng videre bør også være å fokusere på Ediths ressurser; hva hun lykkes med og hvordan utnytte dette i enda større grad. Jeg ser også for meg muligheten av å bruke motiverende samtale, da det vil kunne styrke Ediths indre motivasjon. Dette vil igjen gi grunnlag for videre endringsarbeid (Barth og Nästholm 2007).

Jeg har i denne dialogen ikke tatt for meg Ediths angst da jeg underveis så at det var vanskelig å fortsette med denne før hennes syn på seg selv ble mer nyansert, slik at hun fikk et mer hensiktsmessig syn på seg selv. Uten tillit til egen mestringsevne eller tro på egen verdi, er det vanskelig å jobbe med eksponering (Prescott og Børtveit 2004). Disse negative selvoppfatningene kom fram som tanker i denne dialogen, men de kan vel så godt også ha vært hennes grunnleggende oppfatninger/leveregler. Grunnleggende leveregler er vanskeligere å endre og trenger derfor et lengre tidsperspektiv, men kan jobbes med på samme måte som med de negative automatiske tankene. Ved hjelp av ABC-modellen og f.eks atferdseksperiment kan det såes tvil i Ediths negative leveregler, og nye, mer hensiktsmessige og realistiske leveregler kan formuleres (Høstmark Nielsen og von der Lippe 2002). Tro på egen mestringsevne og egenverdi vil gi håp om bedring og motivere for endring.

5.0 Konklusjon

Jeg har gjennom oppgaveskrivingen reflektert over hvordan jeg skal kunne svare på problemstillingen. Dette ble et spennende prosjekt, da jeg ikke visste hvordan det endte. Jeg har konkludert med at ved hjelp av metakommunikasjon og empatisk samtalemetode har jeg som psykisk helsearbeider en større mulighet for å bidra til ny bevegelse når terapiprosessen stopper opp, her hos Edith, men også hos andre. Videre blir det viktig å identifisere negative automatiske tanker, eventuelle leveregler som hindrer endringsprosessen, og utforske/nyansere disse. Utgangspunktet er at det alltid finnes elementer av motivasjon i et menneske, og at slike elementer kan styrkes gjennom empatisk samtalemetode (Barth og Näsholm 2007).

Kognitiv terapi kan åpne opp for økt empati ved at oppmerksomheten rettes mot å avdekke pasientens negative automatiske tanker, følelser og leveregler. Men i motsatt fall kan empati svekkes ved at pasientens følelser og reaksjoner ensidig tilskrives negative automatiske tanker eller feilfortolkninger (Berge og Repål 2008). Dette kan være en utfordring i møte med pasienter med svært selvkritiske oppfatninger.

Endring skjer i en endringsprosess, men er også avhengig av konteksten. Innledningsvis henviste jeg til Shauls forskning om endringsmotstand som et individuelt trekk. Jeg synes det hadde vært spennende å utforske dette nærmere og om det kan være slik at mennesker med angst opplever endring vanskeligere enn andre. Hvis det er slik, bør kanskje vi som psykisk helsearbeidere bidra som trygghetsfaktorer i enda større grad! Uavhengig av forskjellige teorier om endring og endringsmotstand, tenker jeg at en tilpasset, individuell og brukerstyrt tilnærming blir det viktige i mitt møte med den andre.

Referanseliste

Bøker

- Aarøe, Rolf og Øiesvold, Margit. 2004. *tenk hvis...hva så?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2004.
- Barth, Tom og Nästholm, Christina. 2007. *Motiverende samtale – endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Berge, Torkil og Repål, Arne. 2008. *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2008.
- Borge, Marit og Topor, Alain. 2003. *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Botnen Eide, Solveig, Grelland, Hans Herlof, Kristiansen, Aslaug, Sævareid, Hans Inge og Aasland, Dag G. 2003. *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bråthen, Stein. 2004. *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, Pål, Fugeli, Per, Hovind Stang, Grete og Wilmar, Bente (red).2006. *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2006.
- Høstmark Nielsen, Geir og von der Lippe, Anna Loise (red).2002. *Psykotterapi med voksne. Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Pensumtjenesten A/S 2002
- Prescott, Peter og Børtveit, Tore. 2004. *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2004.
- Reichelt, Sissel og Haavind, Hanne (red). 2005. *Aktiv psykotterapi – perspektiver på psykologisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2005.
- Reisel, Berit. 1989. *Gjennom angsten*. Oslo: Cappelen Forlag
- Schibbye, A. L. L. 1998. Å bli kjent med seg selv og den andre I: Andersen, A.J. W.; Karlsson, B. (red): *Psykiatrici i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Thomassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Artikler

- Oreg, Shaul. 2006. *Personality, context and resistance to organizational change* *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15 (1), 73-101.

Elektroniske dokumenter

Saksvik, Ingvild og Hetland, Hilde. 2009.

www.frifagbevegelse.no/loaktuelt/kommentar/kronikk/article4540220.ece

Forelesninger

Stiles, Tore, Ålesund sjukehus. 2005-2006. Innføringskurs i kognitiv terapi.

