



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**Sosial angst - en ensom lidelse**

**Katrine Aassve**

Totalt antall sider inkludert forside: 31

Molde, 18.04.12



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Karl Yngvar Dale

## 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: 11.04.12

**Antall ord: 7894**

## Sammendrag

Jeg har i denne oppgaven vist hvordan kognitiv atferdsterapi kan brukes til behandling av en pasient med sosial angst som er innlagt på psykiatrisk avdeling. Det finnes studier og meta-analyser som dokumenterer effekten av denne terapiformen i forhold til sosial angst, med gode resultater. Problemstillingen i oppgaven er: Hvordan kan jeg som sykepleier ved en psykiatrisk avdeling på best mulig måte hjelpe en pasient med sosial angst via kognitiv atferdsterapi?

Jeg fikk ikke mulighet til å gjennomføre denne terapien med pasienten mens hun var innlagt hos oss, slik at det meste av eksemplene jeg bruker i oppgaven er imaginære. Behandlingen ble avbrutt fordi pasienten hadde ruset seg mens hun var på permisjon. Oppgaven viser hvordan jeg kunne ha jobbet i forhold til hennes sosiale angst, og hvordan hun på egen hånd kunne videreført behandlingen så langt hun ønsket, frem til et liv med økt livskvalitet. Jeg diskuterer betydningen av en god allianse mellom pasient og behandler. I siste del av oppgaven har jeg introdusert meta-kognitiv atferdsterapi for å vise hvordan pasienten har mulighet til å jobbe videre på egen hånd.

Jeg problematiserer i oppgaven hvor viktig å være bevisst på at i kognitiv atferdsterapi jobber man spesifikt mot den aktuelle lidelsen, som her i oppgaven; sosial angst. Pasienten hadde også store problemer på andre områder i livet sitt, blant annet et alvorlig rusproblem. Det er viktig å behandle pasienten mest mulig helhetlig, så hele mennesket blir ivaretatt. Dette aspektet kan lett glemmes i kognitiv atferdsterapi, fordi man jobber så spesifikt inn mot et problem.

Avslutningsvis retter jeg blikket mot forskningsmuligheter innenfor dette fagfeltet, og kommer med innspill i forhold til nytenkning innen fagfeltene rus og psykiatri.

## **Innhold**

<b>INTRODUKSJON .....</b>	<b>1</b>
Problemstilling .....	2
Delproblemstillinger .....	2
<b>TEORI.....</b>	<b>3</b>
Sosial angst og rusproblematikk .....	3
Kognitiv atferdsterapi (KAT).....	3
Betydningen av den terapeutiske alliansen: .....	5
ABC-modellen: .....	6
Den kognitive modellen for sosial angst:.....	7
Strategier ved sosial angst:.....	9
Levereregler og sosial angst:.....	9
Kasusformulering: .....	9
Metakognitiv terapi (MKT).....	10
<b>EMPIRI.....</b>	<b>12</b>
<b>DISKUSJON.....</b>	<b>13</b>
Hvilke utfordringer er knyttet til det å bygge en allianse? .....	13
Hvordan kan man legge opp terapien?.....	15
I hvilken grad vil pasienten kunne bli selvhjulpen etter hvert? .....	20
<b>KONKLUSJON.....</b>	<b>23</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>25</b>

## INTRODUKSJON

Etter å ha jobbet et par år på en psykiatrisk avdeling, har jeg møtt mange pasienter med sosial angst, og sett hvordan disse menneskene sliter i hverdagen i forhold til det å omgås andre mennesker, både i arbeidssammenheng og privat. Løsningen for mange er å starte med rus for å slippe unna de vanskelige følelsene. Her på videreutdanningen i psykisk helsevern var jeg i praksis på en rus-institusjon. Der opplevde jeg også at mange av beboerne led av denne diagnosen, og jeg ble nysgjerrig på å finne ut mer om denne diagnosen, og hva vi som profesjonelle hjelpere i psykisk helsevern kan gjøre for å hjelpe denne pasientgruppen.

I avdelingen hvor jeg arbeider hadde vi nylig en ung kvinne med denne problematikken hvor man startet behandling med kognitiv atferdsterapi (KAT) (Berge og Repål 2010). Jeg har brukt henne som eksempel i denne oppgaven. Behandlingen ble imidlertid avbrutt tidligere enn planlagt på grunn av pasientens rusproblemer som medførte at hun måtte overføres til en annen institusjon. Dette innebærer at hovedparten av beskrivelsene av behandlingen er hypotetiske forløp.

Marom og Hermesh (2003) viser at det er gjort en rekke studier og meta-analyser av effekten av KAT i forhold til sosial angst, som viser at den har god effekt. Han viser også til at det er en kostnadseffektiv psykoterapi, først og fremst fordi behandlingstiden er kort i forhold til mange andre terapiformer, og at den er effektiv i forhold til at den forebygger tilbakefall hos pasienten. I tillegg er behandlingen slik at den involverer relativt lite terapeut «input», men krever mer selv-administrasjon fra pasientens side (Marom og Hermesh 2003).

Karp og Dugas (2003), viser i sin studie hvordan de benytter KAT som behandlingsmetode for å hjelpe en kvinne med sosial angst. Hun konkluderer med at KAT var en effektiv behandlingsmetode for dette. Hun understreker betydningen av en god allianse mellom terapeut og klient for at behandlingen skal bli vellykket (Karp og Dugas 2003). Kvinnen som blir omtalt i denne studien hadde også et alvorlig rusproblem som hun hadde strevd med i mange år.

## ***Problemstilling***

Hvordan kan jeg som sykepleier ved en psykiatrisk avdeling på best mulig måte hjelpe en pasient med sosial angst via kognitiv atferdsterapi?

Jeg vil i denne oppgaven fokusere på hvordan jeg best mulig kan etablere en allianse. Som nevnt ovenfor er en god allianse av stor betydning for om behandlingen blir vellykket eller ikke. Videre tar jeg for meg hvordan man kan legge opp et behandlingsløp med kognitiv terapi i forhold til sosial angst når pasienten er innlagt ved en psykiatrisk avdeling. Videre ser jeg på hvordan pasienten vil kunne bli selvhjulpen etterhvert, ved at hun kan jobbe videre med KAT og metakognitiv terapi (MKT) på egen hånd.

## ***Delproblemstillinger***

Hvilke utfordringer er knyttet til det å etablere en allianse?

Hvordan kan man legge opp terapien?

I hvilken grad vil pasienten kunne bli selvhjulpen etter hvert?



## TEORI

### ***Sosial angst og rusproblematikk***

Berge og Repål (2008) hevder at sosial angst er den hyppigst forekommende angstlidelsen. Det er vanlig å regne at ca.13 % av befolkningen vil rammes i løpet av livet. Sammenliknet med andre angstlidelser, har sosial angstlidelse minst spontan bedring. Problemene har en tendens til å vare livet ut dersom de ikke behandles, og fører ofte til arbeidsuførhet og en omfattende reduksjon i livskvalitet. Sosial angstlidelse kjennetegnes av frykt for å fremtre som rar eller oppføre seg på en ydmykende eller upassende måte i sosiale situasjoner, og bli negativt vurdert av andre. Frykten for å dumme seg ut står sentralt og den kan utløses i de fleste situasjoner hvor en føler seg utsatt for andres oppmerksomhet. Det er to komponenter i sosial angst: interaksjonsangst og prestasjonsangst. Prestasjonsangst opptrer når en skal prestere noe fremfor andre, og interaksjonsangst er frykt for å bli avslørt som mindreverdige og komme til kort i sosiale situasjoner. Frykten kan utløse panikkanfall i situasjonene hvor en føler seg mest utsatt. Selv om ikke alle med sosial angst opplever panikkanfall, er det vanlig å kjenne panikkliknende symptomer. Symptomene er ofte rødming, skjelving eller svetting, samt hjertebank og svimmelhet. Vaksomheten dreier seg om å unngå å bli avslørt av andre som mindreverdige, dum, uintelligent, underlig eller rar. Skremmende sosiale situasjoner unngås eller holdes ut med intenst ubehag (Berge og Repål 2008).

Jeg har i denne oppgaven ikke lyktes i å finne litteratur som viser sammenhengen mellom sosial angst og rusproblematikk, men Fekjær (2008) hevder i en beskrivelse om hvem som blir narkomane, at det var blant annet «de som man ikke fikk øyekontakt med», når man husker tilbake til barne og ungdomstiden. Når man er i en prosess på vei til å bli rusfri, er det vanlig med større eller mindre tilbakefall. Å legge om sentrale levevaner er ikke som plutselig å skru av en bryter (Fekjær 2008).

### ***Kognitiv atferdsterapi (KAT)***

Kognitiv atferds terapi er en form for psykoterapi som opprinnelig ble utviklet av den amerikanske psykiateren Aaron Beck. Han jobbet opprinnelig innenfor psykoanalysen,

som var noe nær enerådende i tiden etter annen verdenskrig. Kognitiv terapi ble opprinnelig utviklet for ulike psykiske lidelser som depresjon og angstlidelser. Beck ble i sitt arbeid spesielt inspirert av den amerikanske psykologen Albert Ellis som noen år tidligere hadde dannet viktige teoretiske fundament for kognitiv adferdsterapi (Berge og Repål 2010).

Haugsgjerd et al. (2009) hevder at KAT har sitt utspring i behaviorismen. Det behavioristiske perspektivet kan beskrives ved at atferden er det sentrale, og atferdens foranledninger og konsekvensene av atferd utgjør de viktigste årsakene til at atferd blir gjentatt, blir forandret eller lært (Haugsgjerd et al. 2009).

Berge og Repål (2010) hevder at kognitiv terapi har via en rekke studier vist god effekt. Målet er ikke å tåle «farlig» eksponering, men å ufarliggjøre det via læring.

Vedkommende ser ved selvsyn at han/hun ikke fremstår så negativt som antatt. Pasienten får innblikk i egne negative tankespor. Vedkommende må dessuten trene på å fremføre noe med fremmede til stede, øve på å flytte fokus fra seg selv til andre, gjøre planlagte flauter samt registrere reaksjonen til andre.

Grunntanken i terapien er at emosjoner og atferd i høy grad blir bestemt av hvordan mennesker strukturerer sin verden ved hjelp av tenkning. Kognitiv terapi er en psykoterapiform som etter hvert har blitt meget godt dokumentert gjennom empirisk forskning. Det er i dag en betydelig mengde studier innenfor internasjonal forskning som støtter effektiviteten av kognitiv terapi for flere former av psykiske lidelser

Negative automatiske tanker vil ofte innebære en overvurdering av muligheten for og alvorligheten av en fryktet hendelse. Kognitiv terapi er rettet mot å undersøke alternativer til disse negative indre samtaler. Gjennom et aktivt samarbeid, bygd på prinsippet om sokratiske dialog, styrkes pasientens tro på og evne til å løse problemene sine. Et eksempel er at man drøfter mulighetene for aktivt å oppsøke nettopp de situasjonene som er forbundet med sterk angst.

Kognitiv adferdsterapi er en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmålsteget ved fastlåste tankemønstre. Forskning har dokumentert at den har hjulpet mange til å få kontroll med problemene sine, også

pasienter med lidelsen sosial angst. Vår kognisjon, måten vi tenker omkring en hendelse på, vil påvirke hvilke følelser som blir knyttet til denne hendelsen (Berge og Repål 2010).

Berge og Repål (2008) hevder at prinsippene i kognitiv terapi kan anvendes som en del av tiltak i hele behandlingskjeden- i døgnavdeling, dagbehandling, poliklinisk oppfølging; ambulant og oppsøkende virksomhet og i allmenntjenestene. Et viktig utgangspunkt for den kognitive tilnærmingen er at det er en glidende overgang mellom psykiske lidelser og normal fungering. Det dreier seg om gradforskjeller og ikke vesensforskjeller. Derfor vil vi alle, i hvert fall til en viss grad, kjenne oss igjen i hva et menneske med psykiske problemer opplever (Berge og Repål 2008).

**Betydningen av den terapeutiske alliansen:** Berge og Repål (2008) hevder at det er positivt og nødvendig at en innen kognitiv terapi legger vekt på betydningen av den terapeutiske alliansen, og av relasjonelle faktorer som empati, konsensus av mål, varme, ekthet og anerkjennelse i terapi. I følge Brodin består den terapeutiske alliansen av tre gjensidig avhengige faktorer: Enighet om hvilke mål man arbeider mot, hvilke metoder og teknikker som skal benyttes av hver av partene for å nå målene, og et emosjonelt bånd preget av varme, gjensidig tillit og fortrolighet som oppmuntrer til et målrettet samarbeid (Berge og Repål 2008).

Berge og Repål (2010) hevder at en god allianse mellom pasient og terapeut er en viktig forutsetning for bedring. En terapeut som oppnår gode resultater beskrives gjerne av pasientene som varme, oppmerksomme, forståelsesfulle, erfarne og aktive.

Sannsynligheten for et positivt resultat øker hvis pasienten oppfatter terapeuten som interessert, engasjert, respektfull, er trygghetsskapende, empatisk, har evne til å formidle håp og realistisk optimisme. En relasjon som ikke er god, vil forringe effekten av selv den beste teknikk, og alliansen vil bli skadelidende hvis pasienten ikke får tillit til terapien som foreslås, og ikke noe vil fungere dersom man ikke er enige om hvilke mål det skal arbeides mot (Berge og Repål 2010).

Berge og Repål (2008) fremhever at det er viktig raskt å skape tillit og bygge allianse med pasienten. For rask invitasjon til nærhet og intimitet kan imidlertid være truende for

pasienter med sosial angst. Blir angsten for høy, vil viktig informasjon gå tapt. Derfor er det viktig at samtalen tilrettelegges slik at pasienten får anledning til å regulere nærheten til terapeuten (Berge og Repål 2008).

Beck, Emery og Greenberg (2005) påpeker betydningen av en god terapeutisk allianse basert på tillit og aksept i kognitiv terapi, og viser til at pasienter som har lært å takle sin angst, ofte oppgir den gode terapeutiske alliansen som en viktig grunn til at behandlingen hjalp (Beck, Emery og Greenberg 2005).

**ABC-modellen:** Berge og Repål (2010) hevder at kognitiv terapi er en øvelse i å se på tankene, og ikke bare fra dem eller gjennom dem. Det er å trene på å studere sine egne negative tanker fra sidelinjen, og ikke bare være en del av dem. Tanker er ikke fakta, de er kun tanker. For å endre på negative tankemønstre er det ofte nødvendig med et systematisk arbeid. Denne jobben kan ta utgangspunkt i en modell som inneholder følgende punkt:

- A Hendelsen
- B Tanker omkring hendelsen
- C Følelser knyttet til tolkningen av hendelsen.

Genuin nysgjerrighet som terapeutisk holdning er en forutsetning for all god behandling. Sokratiske spørreteknikk innebærer ikke at terapeuten skal overbevise pasienten om at hun tenker feil, og spørsmålene må ikke være ledende. I aktivt samarbeid med pasienten søker terapeuten å avdekke hans eller hennes særegne holdninger og tenkemåter. Terapeuten argumenterer altså ikke mot tankene, men spør pasienten om bakgrunnen for hennes vurderinger og konklusjoner. Målet er å skape et erfaringsgrunnlag for å vurdere dem og deres innvirkning på hennes liv, og eventuelt hjelpe til å bygge opp alternative fortolkninger. De alternative fortolkningene omtales som punkt D i ABC-modellen.

Måten vi forklarer en hendelse i ettertid, vil ha stor betydning for hvordan vi føler oss. Mange attribuerer årsaken til det som hendte helt og holdent til seg selv, uten å vurdere betydningen av andre elementer ved situasjonen.

Hvis man har negative forventninger til utfallet av en hendelse vil dette påvirke hendelsesforløpet og utfallet den. De negative automatiske tankene som er forbundet med situasjoner der pasienten opplever angst, kan ofte knyttes til mer stabile og underliggende formodninger, som går igjen fra situasjon til situasjon. I kognitiv terapi vil en rette søkelyset mot grunnantagelser, og såkalt primære leveregler, som er knyttet til tidligere ubehagelige eller skremmende opplevelser. Et menneskes grunnantagelser kan utgjøre kjernen i ens oppfatning av seg selv og andre. Slike kjerneoppfatninger kan være dannet tidlig i barndom og oppvekst, og inngå som en viktig del av ens personlighet og selvbilde (Berge og Repål 2010).

**Den kognitive modellen for sosial angst:** Berge og Repål (2008) hevder at den kognitive modellen for sosial angst er en modell for bearbeiding og fortolkning av informasjon. Man undersøker hvordan personer oppfatter sosiale situasjoner, og hvilke forhold de benytter som grunnlag for sin tolkning. For en tilfeldig tilskuer kan framtredden hos en person med sosial angst fortone seg som upåfallende, ja til og med vellykket, mens personen selv oppfatter seg selv som mislykket og kompromittert. Den tilfeldige tilskueren benytter observerbare ytre hendelser i sin bedømming av hva som skjer, mens personen med sosial angst retter oppmerksomheten innover mot hendelser som i hovedsak er skjult for andre. Oppmerksomheten er på angstsymptomene, og hvordan disse må holdes mest mulig skjult for andre. På bakgrunn av disse hendelsene konstrueres et bilde av hvordan personen tror han eller hun ser ut for andre. Denne konstruksjonen kan være helt forskjellig fra hva andre har sett.

Sosial angst og unnvikelse av sosiale situasjoner vedlikeholdes både av prosesser som pågår når angsten er aktivert i sosiale situasjoner, og prosesser som foregår før og etter disse situasjonene. Seks sentrale elementer er:

- Aktivisering av antagelser: På bakgrunn av tidligere erfaringer har personer med sosial angst utviklet antagelser om seg selv og om verden som bidrar til å utløse, forsterke og vedlikeholde angst. Disse antagelsene gjør sosiale situasjoner farlige. De ser for seg at de kommer til å opptre upassende og uakseptabelt, og at det vil føre til katastrofale konsekvenser som avvisning og tap av status og verdi.
- Endringer i oppmerksomhet: Når personer med sosial angst antar at de vil bli negativt vurdert av andre, flyttes oppmerksomheten mot indre privat informasjon og hva denne sier om hvordan de ser ut for andre og hva andre tenker om dem. I denne prosessen blir de fanget i et lukket system. Det meste av bevisbyrden som fremkaller angst, er selvprodusert, og motbevisene blir ikke tilgjengelige for refleksjon.
- Trygghetssøkende atferd: Trygghetssøking er å forebygge eller begrense de fryktede katastrofene, både i form av handlinger og indre mentale prosesser.
- Somatiske og kognitive symptomer: Sosial angst er forbundet med sterk fysiologisk aktivisering. Symptomer en tror er synlige for andre oppleves som spesielt belastende og som tegn på svikt i evnen til å møte kravene om ønsket standard i sosial atferd.
- Fortolkning av ytre sosiale signaler: Personer med sosial angst er mer tilbøyelige til å merke seg og huske reaksjoner fra andre som tolkes som negative.
- Prosesser før og etter en sosial situasjon: Før: Mennesker med sosial angst tenker nesten hele tiden på hvordan de skal opptre for ikke å skape det de oppfatter som sosiale skandaler. Ved å minne seg hvordan forløpet var sist de utsatte seg for lignende situasjoner, forbereder de seg på hvordan de skal unngå å havne i verst tenkelige tilstand i neste omgang. Den økte angsten ved «gruing» tas som bevis for at det vil gå dårlig, og bidrar til ytterligere angst. Alle de automatiske tankene om hva som vil inntreffe av uønskede begivenheter er allerede vekket til live før de befinner seg i den fryktede situasjonen. Etter: Å unnslipe eller forlate en sosial situasjon som oppleves belastende, innebærer ikke nødvendigvis at angsten blir helt borte, selv om faren er over. Som vi har sett, mangler personer med sosial angst tilgang på informasjon som kunne bidratt til at de i ro og fred i ettertid kunne ha overveid hva som egentlig skjedde. Dette etterspillet blir dominert av dveling og bekymring over hva de føler gikk galt, og de føler at de har fått tilføyd

et nytt bevis på å ha dummet seg ut, noe som bekrefter og forsterker det negative inntrykket de hadde av seg selv under selve forløpet (Berge og Repål 2008).

**Strategier ved sosial angst:** Berge og Repål (2010) hevder at mennesker med sosial angst er svært følsomme når det gjelder svake, tidlige tegn på reaksjoner i kroppen, for eksempel rødming eller skjelving. De legger merke til dette med en gang og får angst for at andre skal legge merke til at de er redde. Skjer det, kan de rammes av en intens og dyp følelse av skam. For å unngå å komme i en slik situasjon, gjør de vanemessig bruk av trygghetssøkende strategier.

En grundig og detaljert kartlegging av trygghetssøkende strategier er av stor betydning for behandlingen. Målet er at pasienten gradvis og systematisk skal trene på å ikke gjøre bruk av sine strategier i de vanskelige situasjonene. Gjennom en slik kartlegging har terapeut og pasient et godt utgangspunkt til å drøfte tankemønstre som er knyttet til økt angst i de vanskelige situasjonene. Kartleggingen danner basis for atferdseksperimenter og eksponeringstrening der pasienten arbeider mot å mestre angsten i de vanskelige situasjonene uten bruk av hemmende trygghetssøkende strategier (Berge og Repål 2010).

**Leveregler og sosial angst:** Berge og Repål (2010) hevder at overdrevent høye standarder og perfeksjonisme, og manglende evne til å etterleve slike standarder, danner grunnlag for sosial angst. Mange pasienter nedjusterer kravene de stiller til seg selv, i takt med erfaringer de gjør i behandlingen, men en del pasienter viser likevel stor motstandskraft mot endring av slike overdrevne forventninger til hva de skal yte eller prestere. Da kan det være nødvendig å legge til rette for mer leveregelbaserte intervensjoner. reflektere rundt likhetene mellom leveregler og fordommer, og da kanskje komme videre når det gjelder sine egne leveregler (Berge og Repål 2010).

**Kasusformulering:** Et viktig mål med kasusformulering hevder Berge og Repål (2008) er å legge grunnlaget for at pasienten kan se sine problemer i lys av den kognitive modellen, og forstå hvordan de ulike sidene ved angstopplevelsen henger sammen med

hverandre. Det første skrittet er å intervju pasienten om hvordan han/hun opplever og håndterer en skremmende situasjon. Pasienten velger en hendelse, gjerne en nylig hendelse som huskes godt. Informasjonen blir systematisert underveis slik at både pasienten og terapeuten kan vurdere om den passer inn i den generelle modellen for sosial angstlidelse. Intervjuet utgjør dermed den første kasusformulering hvor sammenhengen mellom tankene, symptomene og atferden hos pasienten i den konkrete situasjonen blir utforsket (Berge og Repål2008).

### ***Metakognitiv terapi (MKT)***

Wells (2011) hevder at metakognisjon er tenkning om tenkning, og at metatankene styrer sinnet på heldige og mindre heldige måter. Den overvåker, styrer og vurderer bevissthetens produkter og prosesser. Han tar utgangspunkt i prinsippet om at ikke bare hva en person tenker, men også hvordan han eller hun tenker, styrer følelsene og kontrollen man har over tankene. Metakognitiv terapi er basert på prinsippet om at metakognisjonen er avgjørende for å forstå hvordan kognisjonen (tenkningen) fungerer, og hvordan den genererer vår bevisste opplevelse av oss selv og verden rundt oss. Metakognisjon bestemmer hva vi legger merke til, og hvilke faktorer som trenger inn i bevisstheten. Den styrer også vurderingene og bestemmer hvilke strategier vi bruker for å regulere tanker og følelser. Påstanden som utvikles og belyses i boka hans er at metakognisjonen har en avgjørende virkning på hva vi tror og tenker, og at den danner grunnlaget for normale og unormale emosjonelle og bevisste opplevelser.

Kognitivt oppmerksomhetssyndrom er et uttrykk man benytter i metakognitiv terapi. Den kjennetegnes ved overdreven selvopphenghet, og består av overdreven tankeprosessering preget av bekymring og grubling. Et eksempel er en person med lav selvfølelse som fortalte at hun var veldig sensitiv for om andre mennesker ignorerte henne. Etter hvert fant man ut at denne sensitiviteten hang sammen med en ustanselig jakt på signaler om at andre ikke likte henne.

Situasjonsfokusert oppmerksomhet er viktig strategi innen metakognitiv terapi, og er utarbeidet med tanke på å reversere uhensiktsmessige oppmerksomhetsstrategier i belastende situasjoner. Typisk for disse strategiene er at de hindrer personen i å



modifisere kunnskapsgrunnlaget. Et eksempel er overdreven selvfokusering, som ved sosial angst. En situasjonsfokusert oppmerksomhetsstrategi ved sosial angst, vil være å hjelpe personen til å rette oppmerksomheten utover i stedet for mot seg selv.

Den metakognitive modellens analyse av psykisk lidelse går motsatt vei av kognitiv atferdsterapi (KAT). I MKT omdefineres triggeren «A» helt konkret som en kognisjon eller følelse som utløser metakognitive antakelser, «B», som gir følelsesmessige konsekvenser, «C» (Wells 2011).

## EMPIRI

Vi hadde ved vår avdeling en kvinne på 24 år, jeg kaller henne Liv, som slet med sosial angst. Liv hadde også et betydelig rusproblem, i tillegg til at hun slet med ettervirkningene av en vanskelig barndom med omsorgssvikt på grunn av foreldrenes overforbruk av alkohol. Hun oppga selv sin sosiale angst som årsak til at hun hadde begynt å ruse seg, slik at hun bedre kunne slappe av i sosiale situasjoner. Disse problemene hadde kommet i 15-16-årsalderen. Hun har også to små barn som hun ikke lengre har omsorgen for på grunn av sitt rusproblem. Barnefaren hadde hovedomsorgen for barna. Hun hadde i den senere tid bodd hjemme hos sin mor.

Liv beskrev at det for henne var ekstremt angstprovoserende når andre mennesker tilnærmet seg henne for å starte en konversasjon. Hun ville i en slik situasjon få økt hjerteslagfrekvens, svette og rødme. Hun uttrykte også en opplevelse av at hun stivnet i kroppen, og ble ute av stand til å bevege seg på en lett og naturlig måte. Hun kunne egentlig ikke skjønne hvorfor, fordi hun hadde jo lyst til å treffe mennesker og få flere venner.

Liv orket ikke å spise inne i på spisestua sammen med de andre på grunn av sin sosiale angst. Første gang jeg var i kontakt med henne var i forbindelse med at det var kveldssuppe på avdelingen og hun spurte meg om jeg kunne hente suppe til henne da hun på grunn av de andre pasientene ikke torde å hente den selv. Hun holdt seg mye for seg selv; med sin PC på senga, eller foran tv-apparatet i en liten stue vi har på avdelingen hvor man kan sitte for seg selv.

Som nevnt tidligere i oppgaven ble behandlingen avbrutt tidlig i forløpet fordi det viste seg at hennes rusproblem var større enn først antatt. Hun hadde begynt å ruse seg mens hun var innlagt på avdelingen, og ble derfor søkt over til en rusinstitusjon. Var det noe vi kunne ha gjort for å hjelpe henne med både den sosiale angsten, men også samtidig hennes rusproblem? Det å skape en god allianse er avgjørende for vellykket behandling. Er det da heldig at hun må flyttes mellom ulike institusjoner med nytt personale? Kunne man nådd frem til henne med en god allianse, og da hjulpet henne på en mer helhetlig måte enn ved å flytte henne rundt på ulike institusjoner?

## DISKUSJON

### *Hvilke utfordringer er knyttet til det å bygge en allianse?*

Mitt første møte med Liv, var at hun tok kontakt med meg for at jeg skulle hente mat til henne i matsalen da hun ikke orket å gå inn der på grunn av at det var andre pasienter der. Jeg spurte hva hun ville ha, og hentet det til henne. Jeg satte meg ned på den lille stua sammen med henne, og spurte hva det var som gjorde at hun ikke orket å møte de andre pasientene. Hun fortalte meg at hver gang hun skal møte noen hun ikke kjenner, føler hun at hun ikke er bra nok, og er redd for at hun skal gjøre eller si noe dumt. Hun føler at de andre ser på henne, og hun kjenner at hun stivner, og greier ikke lengre å oppføre seg normalt. Dette igjen skaper et stress som gjør at hun ikke kommer på hva hun skal si eller gjøre, og det hele ender med at situasjonen blir pinlig og at hun føler de andre synes hun er «rar».

Berge og Repål (2010) hevder at en god allianse mellom pasient og terapeut er en viktig forutsetning for bedring. En terapeut som oppnår gode resultater beskrives gjerne av pasientene som varme, oppmerksomme, forståelsesfulle, erfarne og aktive.

Sannsynligheten for et positivt resultat øker hvis pasienten oppfatter terapeuten som interessert, engasjert, respektfull, er trygghetsskapende, empatisk, har evne til å formidle håp og realistisk optimisme (Berge og Repål 2010).

Når Liv henvender seg til meg denne kvelden, og ønsker hjelp til å hente kveldssuppen sin, er jeg imøtekommende for henne, for å vise at jeg bryr meg og ønsker å støtte henne. Jeg tar meg tid til å snakke med henne om det som ble vanskelig, for å vise at jeg er interessert i hvordan hun har det, og prøve å sette meg inn i hennes situasjon. Jeg er respektfull overfor henne og det hun forteller meg om seg selv. Jeg prøver jeg å formidle trygghet og aksept ved å være lyttende, og la henne bestemme hvor mye hun vil fortelle meg.

Berge og Repål(2008) hevder at det er viktig raskt å skape tillit og bygge allianse med pasienten. For rask invitasjon til nærhet og intimitet kan imidlertid være truende for pasienter med sosial angst. Blir angsten for høy, vil viktig informasjon gå tapt. Derfor er det viktig at samtalen tilrettelegges slik at pasienten får anledning til å regulere nærheten

til terapeuten (Berge og Repål 2008). I en avdeling ligger forholdene godt til rette for å kunne regulere nærhet til pasienten, da man kan gjøre seg ulike ærend, for å skape en pause, for så å komme tilbake senere. Det er viktig å skape tillit og trygghet rundt pasienten, og dette kan i mange tilfeller ta tid å bygge opp. Det er viktig å gi pasienten den tid hun trenger.

Berge og Repål (2008) hevder at sosial angstlidelse kjennetegnes av frykt for å fremtre som rar eller oppføre seg på en ydmykende eller upassende måte i sosiale situasjoner og bli negativt vurdert av andre. Frykten for å dumme seg ut står sentralt og den kan utløses i de fleste situasjoner hvor en føler seg utsatt for andres oppmerksomhet (Berge og Repål 2008). Jeg er bevisst på disse kjennetegnene ved Livs lidelse i møte med henne, og legger vekt på å være empatisk i situasjonen. Gjennom å vise aksept, bidrar jeg til å skape en trygg atmosfære rundt henne.

Innledningsvis i denne oppgaven informerte jeg om at man ikke fikk gjennomført denne behandlingen av Livs sosiale angst på grunn av hennes rusproblemer, og at hun dermed ble overflyttet til en rusinstitusjon, for å bli behandlet for dette. Bruddet i behandlingen skjedde etter at hun hadde ruset seg mens hun var på permisjon, noe som er uforenlig med videre opphold ved vår avdeling. Beck, Emery og Greenberg (2005) påpeker betydningen av en god terapeutisk allianse basert på tillit og aksept i kognitiv terapi, og viser til at pasienter som har lært å takle sin angst, ofte oppgir den gode terapeutiske alliansen som en viktig grunn til at behandlingen hjalp (Beck, Emery og Greenberg 2005). Hadde vi vært flinke nok til å jobbe med å bygge en god allianse med henne før vi igangsatte behandlingen? Kunne det gått annerledes, og i så fall, var det noe vi kunne gjort for å redusere risiko for tilbakefall?

Liv hadde et rusproblem, og det er ifølge Fekjær (2008) vanlig med tilbakefall i starten av et avrusningsforløp (Fekjær 2008). Når man på forhånd kjenner til denne tendensen, er det spesielt viktig å jobbe med å skape en god allianse. Jeg har ovenfor nevnt en rekke elementer som er viktige for å skape en god allianse. Berge og Repål (2010) fremhever blant annet betydningen av at terapeuten har evne til å formidle håp og realistisk optimisme (Berge og Repål 2010). Når Liv kom til avdelingen kunne vi gitt henne informasjon om andre pasienter med lignende problematikk som henne, som hadde hatt

god hjelp av behandlingen. Dette kunne gitt Liv tro på at det også nytter for henne å forandre sin situasjon, og å gjøre noe med sin sosiale angst. Dette ville øke hennes motivasjon for å gjennomføre behandlingen.

For å inneha alle de egenskapene som skal til for å skape en god allianse som er nevnt ovenfor, er det viktig at terapeuten jobber med seg selv for å utvikle, og eventuelt videreutvikle disse egenskapene. Dette tar tid og krever erfaring. Berge og Repål (2010) hevder at en relasjon som ikke er god, vil forringe effekten av selv den beste teknikk, og alliansen vil bli skadelidende hvis pasienten ikke får tillit til teknikken som foreslås. Videre hevder de at ingen av delene vil fungere dersom man ikke er enige om hvilke mål det arbeides mot (Berge og Repål 2010).

### ***Hvordan kan man legge opp terapien?***

Berge og Repål (2008) hevder at på bakgrunn av tidligere erfaringer har personer med sosial angst utviklet antagelser om seg selv og om verden som bidrar til å utløse, forsterke og vedlikeholde angst. Disse antagelsene gjør sosiale situasjoner farlige. De ser for seg at de kommer til å opptre upassende og uakseptabelt, og at det vil føre til katastrofale konsekvenser som avvisning og tap av status og verdi (Berge og Repål 2008). For å identifisere disse antagelsene hos Liv, kan vi bruke ABC-modellen. Vi kan ta utgangspunkt i en nylig hendelse som hun husker godt. Et viktig mål med kasusformulering er å legge grunnlaget for at pasienten kan se sine problemer i lys av den kognitive modellen, og forstå hvordan de ulike sidene ved angstopplevelsen henger sammen med hverandre. Det første skrittet er å intervju pasienten om hvordan han/hun opplever og håndterer en skremmende situasjon. Pasienten velger en hendelse, gjerne en nylig hendelse som huskes godt. Informasjonen blir systematisert underveis slik at både pasienten og terapeuten kan vurdere om den passer inn i den generelle modellen for sosial angstlidelse. Intervjuet utgjør dermed den første kasusformulering hvor sammenhengen mellom tankene, symptomene og atferden hos pasienten i den konkrete situasjonen blir utforsket.

Som hjelp til å kartlegge og bevisstgjøre seg hvordan Livs sosiale angst arter seg, bruker vi den kognitive modellen for sosial angst, som er beskrevet i teorikapittelet. Et viktig område å kartlegge er Livs unngåelsesadferd eller trygghetssøkende atferd.

Berge og Repål (2010) hevder at trygghetssøkende atferd er å forebygge eller begrense de fryktede katastrofene, både i form av handlinger og indre mentale prosesser. En grundig og detaljert kartlegging av trygghetssøkende strategier er av stor betydning for behandlingen. Målet er at pasienten gradvis og systematisk skal trene på ikke å gjøre bruk av sine strategier i de vanskelige situasjonene. Gjennom en slik kartlegging har terapeut og pasient et godt utgangspunkt til å drøfte tankemønstre som er knyttet til økt angst i de vanskelige situasjonene (Berge og Repål 2010). Sammen med behandler foretar jeg og Liv en kartlegging av hennes trygghetssøkende strategier. I Livs tilfelle er dette blant annet å unngå situasjoner der hun må være sammen med andre mennesker over tid, slik at det er forventet av henne at hun skal si noe. Hun bruker høyhalset genser og kjenner håret frem i ansiktet når hun skulle ut blant folk, for mest mulig å kunne skjule rødmingen i ansiktet som kom når hun er sammen med andre mennesker. Hun bruker som regel ullgenser selv om det var sommer, for å skjule de våte ringene under armene som blir synlige på en bomullsgenser.

Kartleggingen danner ifølge Berge og Repål (2010) basis for atferdseksperimenter og eksponeringstrening der pasienten arbeider mot å mestre angsten i de vanskelige situasjonene uten bruk av hemmende trygghetssøkende strategier (Berge og Repål 2010). Spisesituasjonen i avdelingen er en typisk situasjon som trigger Livs reaksjoner i forhold til det å være sammen med andre mennesker, og dermed en konkret situasjon man kunne jobbe med i miljøet.

Berge og Repål (2010) hevder at personer med sosial angst vil anta at de vil bli negativt vurdert av andre. Oppmerksomheten flyttes mot indre privat informasjon og hva denne sier om hvordan de ser ut for andre og hva andre tenker om dem. I denne prosessen blir de fanget i et lukket system. Det meste av bevisbyrden som fremkaller angst, er selvprodusert, og motbevisene blir ikke tilgjengelige for refleksjon (Berge og Repål 2010). Liv forteller oss at når hun kommer i en situasjon som for eksempel spisesituasjonen på avdelingen, hvor hun må forholde seg til andre fremmede, tenker hun umiddelbart på de

gangene hvor lignende situasjoner har gått dårlig. Situasjoner hvor hun ikke kommer på noe passende å si, og at hun rødmer og blir svett slik at de andre legger merke til det, og dermed synes hun er «rar». Berge og Repål (2010) hevder at negative automatiske tanker vil innebære en overvurdering av muligheten for eller alvorligheten av en fryktet hendelse (Berge og Repål 2010). Berge og Repål (2008) skriver at kognitiv atferdsterapi er en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre. Vår kognisjon, måten vi tenker omkring en hendelse på, vil påvirke hvilke følelser som blir knyttet til denne hendelsen (Berge og Repål 2008).

Liv har mange negative automatiske tanker i forkant av et måltid ved avdelingen. En av dem er at hun aldri kommer til å finne på noe passende å si hvis hun blir sittende på samme bord med noen av de andre pasientene som var innlagt i avdelingen. Hun har tanker om at hun kommer til å begynne å fnise eller gjøre andre påfallende ting under måltidet. Berge og Repål (2008) hevder at mennesker med sosial angst tenker nesten hele tiden på hvordan de skal opptre for ikke å skape det de oppfatter som sosiale skandaler. Ved å minne seg selv om hvordan forløpet var sist de utsatte seg for lignende situasjoner, forbereder de seg på hvordan de skal unngå å havne i verst tenkelige tilstand i neste omgang. Den økte angsten ved «gruing» tas som bevis for at det vil gå dårlig, og bidrar til ytterligere angst. Alle de automatiske tankene om hva som vil inntreffe av uønskede begivenheter er allerede vekket til live før de befinner seg i den fryktede situasjonen (Berge og Repål 2008). Berge og Repål (2010) hevder at Livs negative forventninger til utfallet av en hendelse vil påvirke hendelsesforløpet og utfallet den. De negative automatiske tankene som er forbundet med situasjoner der Liv opplever angst, kan ofte knyttes til mer stabile og underliggende formodninger, som går igjen fra situasjon til situasjon. I kognitiv terapi vil en rette søkelyset mot grunnantagelser, og såkalt primære leveregler, som er knyttet til tidligere ubehagelige eller skremmende opplevelser. Et menneskes grunnantagelser kan utgjøre kjernen i ens oppfatning av seg selv og andre. Slike kjerneoppfatninger kan være dannet tidlig i barndom og oppvekst, og inngå som en viktig del av ens personlighet og selvbilde (Berge og Repål 2010). Liv har en konstant følelse av ikke å være bra nok når hun er sammen med andre mennesker. De

negative automatiske tankene dreier seg om at hun på ulike måter kommer til kort i ulike sosiale sammenhenger.

Når Liv setter seg på spisestua sammen med de andre opplever hun det som om hun rødmer kraftig, blir stiv og ubekvem i situasjonen, og at hun blir varm og svett. Jeg som sitter sammen med henne flere ganger i denne situasjonen opplever henne som ikke så pratsom, men ellers helt upåfallende. Berge og Repål (2008) hevder at sosial angst er forbundet med sterk fysiologisk aktivering. Symptomer en tror er synlige for de andre oppleves som særlig belastende og som tegn på svikt i evnen til å møte kravene om ønsket standard i sosial atferd. Mennesker med sosial angst er svært følsomme når det gjelder svake, tidlige tegn på reaksjoner i kroppen, for eksempel rødming eller skjelving. De legger merke til dette med en gang og får angst for at andre skal legge merke til at de er redde. Skjer dette, kan de rammes av en intens og dyp følelse av skam. For en tilfeldig tilskuer kan framtreningen hos en person med sosial angst fortone seg som upåfallende, ja til og med vellykket, mens personen selv oppfatter seg selv som mislykket og kompromittert. Den tilfeldige tilskueren benytter obseverbare ytre hendelser i sin bedømming av hva som skjer, mens personen med sosial angst retter oppmerksomheten innover mot hendelser som i hovedsak er skjult for andre. Oppmerksomheten er på angstsymptomene, og hvordan disse må holdes mest mulig skjult for andre. På bakgrunn av disse hendelsene konstrueres et bilde av hvordan personen tror han eller hun ser ut for andre. Denne konstruksjonen kan være helt forskjellig fra hva andre har sett (Berge og Repål 2008).

I etterkant av et måltid sammen med de andre, sitter Liv ofte igjen med en følelse av at noe har gått galt i løpet av måltidet. Ved en anledning sitter det en annen pasient ved bordet vårt som heller ikke sier noe. Da jeg og Liv etterpå reflekterer rundt hva som skjedde, tolker Liv det slik at han ikke hadde snakket til henne fordi han syntes hun var «rar». Berge og Repål (2008) fremhever at personer med sosial angst er mer tilbøyelige til å merke seg og huske reaksjoner fra andre som tolkes som negative. Sosial angstlidelse kjennetegnes av frykt for å fremtre som rar eller oppføre seg på en ydmykende eller upassende måte i sosiale situasjoner og bli negativt vurdert av andre. Frykten for å



dumme seg ut står sentralt og den kan utløses i de fleste situasjoner hvor en føler seg utsatt for andres oppmerksomhet. Det er to komponenter i sosial angst: interaksjonsangst og prestasjonsangst. Prestasjonsangst opptrer når en skal prestere noe fremfor andre, og interaksjonsangst er frykt for å bli avslørt som mindreverdige og komme til kort i sosiale situasjoner (Berge og Repål 2008).

Berge og Repål (2008) hevder videre at å unnsnippe eller forlate en sosial situasjon som oppleves belastende, innebærer ikke nødvendigvis at angsten blir helt borte, selv om faren er over. Personer med sosial angst mangler tilgang på informasjon som kunne bidratt til at de i ro og fred i ettertid kunne ha overveid hva som egentlig skjedde. Dette etterspillet blir dominert av dveling og bekymring over hva de føler gikk galt, og de føler at de har fått tilføyd et nytt bevis på å ha dummet seg ut, noe som bekrefter og forsterker det negative inntrykket de hadde av seg selv under selve forløpet (Berge og Repål 2008). Berge og Repål (2010) hevder at måten vi forklarer en hendelse i ettertid, vil ha stor betydning for hvordan vi føler oss. Mange attribuerer årsaken til det som hendte helt og holdent til seg selv, uten å vurdere betydningen av andre elementer ved situasjonen (Berge og Repål 2010). Liv har mange tanker etter sosiale situasjoner rundt hva hun følte gikk galt. Hun bebreider ofte seg selv for at hun har sagt ting som hun i ettertid føler var upassende i situasjonen, eller for at hun hadde rødmet, slik at de andre vurderer henne negativt.

For å jobbe med Livs problemer som jeg har kartlagt ut ifra den kognitive modellen for sosial angst, kan jeg bruke ABC-modellen for å endre på Livs tanker omkring en situasjon, og dermed også hennes følelser. I første omgang kan det være hensiktsmessig å starte med en imaginær situasjon sammen med Liv:

- A- Situasjon: Hun sitter og spiser middag i spisestua på avdelingen, og to andre pasienter kommer og setter seg ved ordet hennes.
- B- Tanker: Jeg vet ikke hva jeg skal si, hvis jeg ikke sier noe synes de andre jeg er «rar», jeg kommer aldri på noe passende å si, de må tro at jeg er helt dum og så vil de ikke å ha noe mer med meg å gjøre.
- C- Følelser: skam, frustrasjon, nedstemthet, angst.

Berge og Repål (2010) hevder at genuin nysgjerrighet som terapeutisk holdning er en forutsetning for all god behandling. Sokratiske spørreteknikk innebærer ikke at terapeuten skal overbevise Liv at hun tenker feil, og spørsmålene må ikke være ledende (Berge og Repål 2010). Eksempel på spørsmål jeg ville stilt Liv er:

- Kan det tenkes at de andre pasientene ved bordet tenker på en annen måte?
- Hva betyr det for deg om det skulle forholde seg slik som du tenker?

I aktivt samarbeid med Liv søker jeg å avdekke Liv sine særegne holdninger og tenkemåter. Jeg argumenterer altså ikke mot tankene, men spør Liv om bakgrunnen for hennes vurderinger og konklusjoner. Berge og Repål (2010) hevder at målet er å skape et erfaringsgrunnlag for å vurdere dem og deres innvirkning på hennes liv, og eventuelt hjelpe til å bygge opp alternative fortolkninger. Gjennom denne dialogen dannes grunnlaget for punkt D i ABC- modellen, som er alternative måter å oppfatte situasjonen på (Berge og Repål 2010).

### ***I hvilken grad vil pasienten kunne bli selvhjulpen etter hvert?***

Etter hvert som Liv er blitt kjent med KAT og har oppnådd økt bevissthet rundt sine tanker og følelser, og sammenhengen mellom dem, vil hun i økende grad bli i stand til å ta i bruk denne teknikken på egen hånd. Hun vil da etter utskrivelse fra avdelingen fortsatt kunne jobbe med sine tanker og følelser knyttet til sin sosiale angst. Hvis hun er interessert i å jobbe videre med sin bevissthet omkring tanker og følelser kan hun bli i stand til å jobbe med tankene sine på et enda høyere nivå ved hjelp av metakognitiv terapi (MKT).

Wells (2011) hevder at metakognisjon er tenkning om tenkning, og at metatankene styrer sinnet på heldige og mindre heldige måter. Den overvåker, styrer og vurderer bevissthetens produkter og prosesser. Han tar utgangspunkt i prinsippet om at ikke bare hva en person tenker, men også hvordan han eller hun tenker, styrer følelsene og kontrollen man har over tankene (Wells 2011). Etter hvert som Liv ville fått økt bevissthet omkring hvordan hennes tanker påvirker følelsene hennes, ville hun bli i større grad i

stand til å se sine tankemønstre som ligger til grunn for hennes sosiale angst. Hvis hun blir i stand til å tenke på hvordan hun tenker, vil hun på en annen måte kunne se tankene fra avstand, og dermed kanskje i mindre grad identifisere seg med dem. Hun vil i større grad kunne se problemene som noe som tankene hun velger å ha, enn at tankene «er henne».

Metakognitiv terapi er ifølge Wells (2011) basert på prinsippet om at metakognisjonen er avgjørende for å forstå hvordan kognisjonen (tenkningen) fungerer, og hvordan den genererer vår bevisste opplevelse av oss selv og verden rundt oss. Metakognisjon bestemmer hva vi legger merke til, og hvilke faktorer som trenger inn i bevisstheten. Den styrer også vurderingene og bestemmer hvilke strategier vi bruker for å regulere tanker og følelser (Wells 2011). Måten Liv tenker på gjør at hun gang etter gang får bekreftet at andre synes hun er «rar» og at hun blir avvist. Liv ville alltid være på utkikk etter signaler som ville bekrefte hennes antagelser om å bli bedømt negativt av andre mennesker. Og hennes sosiale angst ville bli ytterligere forsterket eller i det minste opprettholdt på samme nivå. Dette hindrer henne i å ta inn ny kunnskap i situasjonen.

Med tanke på å reversere Liv uhensiktsmessige oppmerksomhetsstrategi i de vanskelige situasjonene, altså overdreven selvfokusering, ville ifølge Wells (2011) en situasjonsfokuset oppmerksomhetsstrategi være å rette oppmerksomheten utover i stedet for mot seg selv (Wells 2011). Slik kan Liv skaffe seg ny kunnskap om hva som skjer i situasjonen, og ikke bare det som hun antar skjer i situasjonen.

Når Liv klarer å være mer oppmerksomt tilstede i de vanskelige sosiale situasjonene, vil det åpne seg nye utviklingsmuligheter for henne. Wells (2011) hevder at ved å bruke frakoblet oppmerksomhet kan hun opparbeide en metakognitiv bevisshet om tanker og antagelser der man er fleksibelt oppmerksom på de indre opplevelsene uten å la seg låse av dem. Det handler om å stanse all bekymring, grubling, kontroll eller unnvikelse. Personen vil ved frakoblet oppmerksomhet kunne oppleve en indre hendelse som atskilt fra selvbevisstheten. Han hevder at det er som personen er bevisst på perspektivet om selvet som observatør av tanken eller antagelsen (Wells 2011). Dersom Liv kan tilegne seg kunnskapen om bruk av den metakognitive strategien frakoblet oppmerksomhet, ville hun kunne møte de negative tankene og følelsene omkring de sosiale situasjonene, som for eksempel: angst, redsel for å bli bedømt negativt eller avvist av andre, med en mer

vennlig og omsorgsfull tilnærming. På denne måten kunne hun reformulere og reflektere over sine tankeprosesser og bruke disse som en metode til å kunne utvikle seg videre, i stedet for at de har stagnert i sosial angst, som hun ikke kommer seg videre fra.

Dersom Liv har forståelse for mekanismene bak terapien, og hun har nok engasjement i seg til å ville jobbe seg frisk, kan Liv overta behandlingen selv. Disse terapiformene er viktige redskaper for henne å ta med videre for å skape seg et nytt liv som frisk, og et mer sosialt liv, og for å videreutvikle seg selv som menneske.

## KONKLUSJON

I denne oppgaven forsøker jeg å vise hvordan man kan bruke kognitiv atferdsterapi for å hjelpe en pasient som lider av sosial angst som er innlagt ved en psykiatrisk avdeling. En psykiatrisk avdeling er etter min mening en god arena for å prøve ut sine reaksjoner og tankemønstre. Spisesituasjonen sammen med de andre pasientene, gir mange muligheter til å jobbe med ABC-modellen, for en pasient som lider av sosial angst.

Forskning viser at KAT har god effekt ved behandling av sosial angst. Ut i fra det faktum at hele 13% av befolkningen lider av dette, er det viktig at helsepersonell som jobber i psykiatrien har kompetanse til å fange opp og være i stand til å gi god behandling av denne lidelsen. Sosial angst fører til redusert livskvalitet i form av ensomhet, store begrensninger i arbeidslivet og i mange tilfeller flukt inn i rus for å unnsnippe de ubehagelige følelsene.

Jeg vil fremheve betydningen av å bygge en god allianse i kognitiv atferdsterapi. Pasienter som har opplevd en vellykket behandling oppgir selv alliansen til terapeuten som hovedårsak til suksess. Alliansebygging er imidlertid en øvelse som krever at terapeuten utvikler bevissthet rundt hvordan han eller hun samhandler med pasienten. Terapeuten bør innha og videreutvikle en del egenskaper som er nevnt tidligere i oppgaven for å kunne skape en god allianse. Dette krever kunnskap, refleksjon og erfaring. Jeg vil spesielt fremheve empati, konsensus av mål, varme, ekthet og anerkjennelse som viktige faktorer for å oppnå trygghet og tillit hos pasienten. Det er kanskje særdeles viktig å ha en god allianse ved behandling av pasienter med sosial angst og rusproblematikk, for å forebygge tilbakefall hos pasienter som er i prosess frem mot rusfrihet.

Det faktum at KAT og MKT er psykoterapeutiske behandlingsmetoder som pasienten kan fortsette videre med på egen hånd, er positivt. For pasienten vil det å ordne opp selv, å få en mestringsopplevelse, være en kilde til økt selvtilit. Det kan også bringe med seg at hun blir kjent med seg selv på en helt annen måte enn før, også på andre områder i livet. Det at pasienten jobber videre på egen hånd, reduserer sjansen for tilbakefall hos pasienten. Det er lett å falle tilbake i gamle spor etter endt behandling hvis man ikke har noen «verktøy» selv. Det faktum at pasienten overtar behandlingen selv etter hvert, utgjør

også en stor samfunnsøkonomisk gevinst, sammenlignet med andre og mer tradisjonelle former for psykoterapi, som krever tilstedeværelse av en terapeut.

Pasienten i denne oppgaven brøt behandlingsoppholdet før man kom skikkelig i gang med KAT, på grunn av en rusepisode mens hun var på permisjon fra avdelingen. Hvis man hadde kunnet gi behandling til både hennes sosiale angst og rusproblem på samme behandlingssted ville man kunne fortsette behandlingen av sosial angst samtidig som man hadde startet behandling av hennes rusproblem. Vi har sett betydningen av en god allianse i denne oppgaven. Hvis man først hadde fått etablert denne, noe som krever tid og innsats fra behandleren sin side, ville man kunne nyttiggjøre seg denne i et parallelt behandlingsløp. Det er viktig at hele personen behandles, og ikke bare diagnosen. Behandlingen ville vært mer helhetlig på denne måten, og man hadde oppnådd økt kontinuitet. Kunne man ved hjelp av forskning kommet frem til hvordan man i fremtiden kunne samlet rus og psykiatri under samme tak? Rus og psykiatri henger nøye sammen. Hvorfor skulle de ikke kunne behandles på samme sted?

## LITTERATURLISTE

Beck, Aron T, Gary Emery, Ruth Greenberg. 2005. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Cambridge,USA: Basic Books.

Berge, Torkil og Arne Repål. 2008. *Håndbok i kognitiv terapi*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berge, Torkil og Arne Repål. 2010. *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fekjær, Hans Olav. 2008. *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Karp, Jennifer og Michael j. Dugas. 2003. *Stuck behind a wall of fear: How Cognitive-Behavior Therapy Helped One Woman With Social Phobia*. Clinical Case Studies 2003 2: 171. Tilgjengelig fra: <http://online.sagepub.com/15346501>

Marom, Sofi. Hermesh, Haggai. 2003. *Cognitive Behavior Therapy (CBT) in Anxiety Disorders*. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 40.2 135-144.

Tilgjengelig fra: <http://search.proquest.com/docview/230594811?accountid=40814>

(Lest 20.03.2012)

Wells, Adrian. 2011. *Metakognitiv terapi for angst og depresjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.