



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

**Løsningsfokuset korttidsterapi (SFBT) med
personsentrert tilnærming i møte med en deprimert
person**

Kjell V. H. Valseth

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Molde, 21. april 2022



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 URKUND, 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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

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

Dato: 21.4.22

Antall ord: 8 755

Sammendrag

Jeg har som sykepleier de siste 8-10 år ofte brukt Løsningsfokusert Korttidsterapi (Solution Focused Brief Therapy - SFBT), og særlig skalering, i møter med pasienter. Når jeg skulle skrive fordypningsoppgave fant jeg det interessant å fokusere på SFBT og se om det er evidens for å bruke metoden i terapeutiske samtaler.

Problemstilling: Hvordan kan løsningsfokusert korttidsterapi benyttes til å gi bedring hos personer med moderate depresjonssymptomer?

SFBT har som hovedfokus å være løsningsfokusert fremfor problemfokusert. Språket tillegges viktig mening. Terapeut kan i samtale med en plaget person lete etter andre måter å forstå utfordringer og problemer, og en ønsker å finne styrke og ressurser i personen som har taklet utfordringene så langt. Terapeuten har ingen ekspertstatus, løsningene ligger i personen og terapeuten ønsker å få de frem gjennom samtalen. Mange vil bruke elementer fra Carl Rogers Personsentrert terapi i møtet. Formålet er å skape et empatisk og varmt mellommenneskelig forhold der terapeut kan stimulere personen til å finne endringsvilje og veier til selvaktualisering. Skalering er et viktig verktøy i SFBT, som kan brukes på mange vis. Dette blir særlig drøftet i oppgaven. SFBT har elementer fra sosial-konstruksjonismen, Personsentrert Terapi og Kognitiv Atferdsterapi.

SFBT er en korttidsterapi som skal kunne brukes i korte behandlingsløp. For å skape varig endring mener de fleste at det er behøvelig med rundt 3-5 møter, men endring er også vist å kunne skje etter ett møte. SFBT kan også benyttes som et supplement til annen behandling.

I oppgaven tar jeg utgangspunkt i et case om Alma, ca 30 år, som har en moderat til alvorlig depresjon. Hun er innlagt på akuttpsykiatrisk sengepost. Oppgaven beskriver møtet med Alma og drøfter fremgangsmåte med personsentrert tilnærming og løsningsfokus, inkludert «konstruktiv samtale» og «problemfri prat» som er mye brukt i SFBT. Jeg drøfter kort bruk av magisk spørsmål. Jeg legger mye vekt på skalering og hvordan dette kan praktisk nyttes for å skape innsikt i hvordan situasjoner og atferd kan påvirke Almas livsopplevelse, og jeg drøfter hvordan skalering kan brukes for å skape vedvarende endring.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensninger	2
1.4	Litteratursøk	2
2.0	Teori	5
2.1	Depresjon.....	5
2.1.1	Moderate depresjonssymptomer og behandling	6
2.2	Solution Focused Brief Therapy.....	6
2.2.1	Behandlingsallianse, SFBT & Personsentrert terapi.....	7
2.2.2	Problemfri prat & søken etter ressurser	8
2.2.3	Konstruktiv lytting	9
2.2.4	Magisk spørsmål	9
2.2.5	Skalering	9
2.2.6	SFBT & Kognitiv atferdsterapi.....	10
2.2.7	En metode for alle?	11
2.2.8	SFBT og suicidalitet.....	11
3.0	Empiri	13
4.0	Diskusjon	16
4.1	Depresjonssymptomer	16
4.2	Hva kan løsningsfokusert korttidsterapi gjøre for Alma?	17
4.3	Min erfaring som terapeut	17
4.4	Problemfri prat og “Personsentrert allianse”	18
4.5	Å snu fra dødsønske til et snev av livsglede	19
4.6	En konstruktiv samtale	20
4.7	Magisk spørsmål?.....	21
4.8	Skalering for å måle og stimulere til positiv endring	22
4.9	Skalere seg videre (i livet)?	24
5.0	Konklusjon	25
6.0	6.0 Litteraturliste	27

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har arbeidet som sykepleier ved Akutt Hjemmebehandlingsteam, Ålesund Sykehus, siden 2013. Teamet vurderer henvisninger til akuttpsykiatrisk sengepost. Vi gir veiledning og vurdering til henvisere, og tilbyr hjemmebehandling som alternativ til akuttinnleggelse dersom det er hensiktsmessig og trygt. Stort sett har vi løpende oppfølging med 5-15 pasienter, forløp på noen dager til flere uker.

I starten opplevde jeg arbeidet svært utfordrende. Det var mye å sette seg inn i, og jeg fant det ofte utfordrende å gi god akutt hjelp til dem vi møtte. Jeg var vant til sengepost med stort kollegium, i dette teamet reiste vi ut parvis. Mange i teamet var uerfarne terapeuter. For å møte utviklingsbehovet fikk vi opplæring i Solution Focused Brief Therapy - SFBT (Nelson 2010). Opplæringen ble gitt av en terapeut med lang erfaring fra lignende team i Birmingham. I forelesningen fokuserte han mest på skalering som verktøy. Senere har jeg lest mye om temaet og ser at det er mer med metoden. Vi fikk nok forelesers perspektiv.

Skalering ble et verktøy jeg har brukt mye i tiden etter. Jeg har i hovedsak brukt skalering ved at pasienten skalerer "livssituasjon" sin, hvordan har en det akkurat da (Nelson 2010). Etter dette spør jeg pasienten om hva som kan gjøres for at skalaen skal bedre seg. Jeg fokuserer på hva som umiddelbart kommer frem. Om det ikke kommer frem noe spesifikt bruker jeg å lete etter alternativer som kan virke helsefremmende. Når vi finner aktuelle aktiviteter utfordrer jeg pasienten til å forsøke dette, så skalere seg påny samme kveld. De fleste opplever at skalaen øker. Neste steg er å få pasienten til å skalere seg neste morgen, så spørre seg om hva en kan gjøre slik at skalaen kan øke i gunstig retning til kvelden. Et mål er å få pasienten til å kunne oppdage sammenheng mellom situasjoner og aktiviteter og hvordan det påvirker opplevelse og følelser (Nelson 2010).

Jeg har fått lang erfaring med skalering. I starten brukte vi det til mange pasienter. De fleste er plaget med angst og depresjon, enkelte har psykoseplager. Jeg har fått erfaring i hvem som virker å profitere best på verktøyet. Det er gjerne unge mennesker eller de med

svære angst- eller depresjonsplager, som har mistet innsikt i gode aktiviteter og situasjoner.

I min erfaring har jeg inntrykk av at SFBT og skalering fungerer, men er det slik? Finnes det evidens for at SFBT har effekt? Det ble etter hvert åpenbart for meg at dette var et tema jeg ville skrive om i fordypningsoppgaven.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan Løsningsfokusert Korttidsterapi (Solution Focused Brief Therapy) benyttes til å gi bedring hos personer med moderate depresjonssymptomer?

1.3 Avgrensninger

Jeg velger å bruke begrepet «moderate depresjonssymptomer» da det sier noe om spekteret av symptomer som er plagsomme. Dog vil jeg fokusere på beskrivelse fra diagnose «moderat depressiv episode» når jeg beskriver symptombildet. Når diagnosen beskrives i teoridelen vil jeg vise at diagnosen i seg selv beskriver et spekter av symptomer og tegn, og at menneskene som møter diagnosens krav vil være unike i sin lidelse.

Jeg omtaler videre i oppgaven pasient som person, i tråd med ånden til Carl Rogers' Personsentrert terapi.

1.4 Litteratursøk

Jeg brukte tilgjengelige databaser ved Høgskolen i Molde's bibliotek for å gjøre artikkelsøk. Ved databasen Cristin forsøkte jeg å søke med norske begrep som «løsningsfokusert», «løft» og «korttidsterapi», men fikk ingen relevante resultater av dette. På søkemotoren Ovid forsøkte jeg flere forskjellige søkeord for å se hva som var dekkende for å gjøre et systematisk søk. Jeg kom frem til at søkeordene «SFBT» + «depression» var

tilstrekkelig. Jeg valgte å se på artikler fra 2015 og fremover. Databasene gav forskjellig resultat, der enkelte hadde opp mot 190 artikkel treff. Jeg gikk manuelt gjennom resultatene for å se etter artikler som kunne være relevante for denne oppgaven. Jeg fant 3 artikler som jeg så var relevant og har tatt med under:

Kim m.fl. (2019) har gjennomgått åtte meta-analyser. De kom frem til at SFBT er en evidensbasert metode for behandling av internaliserende symptomer og vansker, atferdsproblem, sosiale og mellommenneskelige utfordringer. De skriver at SFBT kan benyttes i ulike arenaer i samfunnet som i skoler, psykisk helse klinikker og andre områder i helseomsorgen, i tillegg til at metoden kan brukes for ulike populasjoner og aldersgrupper.

Ayar & Sabanciogullari (2021) utførte en studie for å måle effekten av løsningsorientert terapi hos deprimerte personer og deres sosiale fungering og sannsynlighet for selvmord. For å måle dette lagde de en løsningsorientert intervensjon som inkluderte løsningsorienterte teknikker som å sette positive mål, mirakelspørsmålet, og lage mentale kart over ressurser og løsninger, lignende fokuset som ligger i SFBT. Det var en randomisert kontrollstudie med pretest og posttest kontrollgruppe og repeterende målinger. De deprimerte personene og kontrollgruppen skåret likt på sosial fungering i forkant av intervensjonen, men de som hadde fått løsningsorientert tilnærming hadde en statistisk høyere skåre i etterkant i forhold til kontrollgruppen, selv tre måneder etter behandling. Dette indikerer at de positive forandringene blir holdt ved like i etterkant. Når det gjaldt sannsynlighet for selvmord viste studien at løsningsorientert intervensjon reduserte risikoen for selvmord på lang sikt. Denne studien ble utført i den asiatiske delen av Tyrkia, men resultatene er lovende og burde gjøres i Europa også for å ta høyde for eventuelle kulturforskjeller.

Den kvalitative studien til Smith og MacDuff (2017) fanget oppmerksomheten min. De ser på sykepleiere i Skottland sin personlige opplevelse med bruk av SFBT etter seks måneders trening. Det viktigste funnet var at mange av sykepleierne rapporterte et endret syn på pasientene og en større tillit til pasientene. De ble mer tilfreds med egen yrkesutøvelse. Studien fikk meg til å tenke på at også terapeut vil kunne oppleve personlig effekt av å bruke løsningsfokuset korttidsterapi.

I søket på Bibsys kom boken *Preventing Suicide - The Solution Focused Approach* av John Henden (2017) frem. Her fant jeg relevante elementer som jeg har brukt i oppgaven.

Resterende teori inklusive bøker og artikler er hentet fra pensum ved studiet og fra biblioteket ved arbeidsstedet mitt. Der det har vært mulig har jeg søkt opp relevante kilder som har kommet frem i teori- og artikkelmaterialet.

2.0 Teori

2.1 Depresjon

Verdens helseorganisasjon klassifiserer depresjon som en stemningslidelse der mennesket er preget av nedstemthet (WHO 2021).

Kringlen (2006) skriver at depresjon kan starte gradvis eller komme akutt, og kan utvikle seg til alvorlig sykdom i løpet av dager eller uker. Mennesket vil preges av tristhet, redusert energi- og aktivitetsnivå, gledeløshet og tap av interesse for omverdenen, der vil kunne være søvnforstyrrelser og redusert appetitt. I milde tilstander vil mennesket være plaget, men vil kunne opprettholde de fleste daglige aktiviteter. Selv ved milde tilstander kan det forekomme svekket selvfølelse og selvtillit, der mennesket kan ha forestillinger og skyld og verdiløshet. I mer alvorlig tilstand kan dette utvikle seg slik at det fremstår som en realitetsbrist, en depressiv psykose. Hos mange kan en se at depresjonen kan variere i intensitet, og fremstå dypest på morgenen og mildnes utover mot kvelden (Haugsgjerd m.fl. 2018).

Forekomst av depresjon er høy. Helsedirektoratet (2009) anslår at hver femte nordmann vil oppleve behandlingstrengende depresjon i løpet av livet.

Årsaken til depresjon kan være mange og sammensatte (Nysæter og Walvig 2016). Hos noen kan det oppstå uten åpenbar årsak. Hos mange kan en se det som en reaksjon på vanskelige livshendelser eller store stressbelastninger over tid. Depresjon kan være vanskelig å diagnostisere da den kan oppstå samtidig med andre sykdommer og tilstander, som følge av rusbruk eller som bivirkning til legemiddelbruk (Helsedirektoratet 2009). Nysæter & Walvig (2016) skriver at mennesker som har mer stresspåkjenning gjennom sin livsførsel ofte er mer utsatt for depresjonssykdom, særlig vil mennesker som har tendens til nevrotisisme ha risiko for å utvikle depresjon. Depresjon kan fremstå som kroniske, som for eksempel ved dystymi (Helsedirektoratet 2009).

2.1.1 Moderate depresjonssymptomer og behandling

I Norge i dag, våren 2022, benytter vi ennå ICD 10. Her er det beskrevet at mennesker i en moderat depressiv episode mest sannsynlig vil ha store vanskeligheter med å opprettholde daglige aktiviteter (Helsedirektoratet 2009).

Nysæter og Walvig (2016) beskriver kravet til en moderat depressiv episode slik:

- Episoden skal ha hatt varighet i minst 2 uker. Det skal ikke være tidligere historie med hypomani eller mani. Organisk sykdom skal utelukkes.
- Minst 2 kjernesymptomer skal være tilstede: Nedstemthet, redusert lyst eller interesse, redusert energi eller utmattelse.
- Minst 4 ledsagersymptomer skal være tilstede: Redusert selvtillit eller selvfølelse, selvbekreftelse, tanker om død eller selvmord, tanke- eller konsentrasjonsvansker, agitasjon eller hemning, søvnforstyrrelse, redusert appetitt eller vektforandring.

I nasjonale retningslinjer har helsedirektoratet (2009) angitt anbefalte behandlingstiltak i behandlingen av depresjon. Ved moderate til alvorlige depresjonssymptomer er det vanlig at en kombinerer behandling med antidepressive legemidler og samtalerapi.

Behandlingen må alltid tilpasses individuelle behov. Sykehusinnleggelse kan være nødvendig, spesielt ved selvmordsfare.

2.2 Solution Focused Brief Therapy

Steve de Shazer og Insoo Kim Berg utformet Solution Focused Brief Therapy, SFBT, rundt begynnelsen av 1980 (Bannink 2007). På denne tiden mente fagmiljøene at terapi var tidkrevende. De Shazer og Kim Berg så at positiv forandring kunne skje på kort tid og ved få konsultasjoner. De oppdaget at det ikke var nødvendig å ha mye kunnskap om problemene til personen, og de så at forbedring skjedde når personen snakket om ønsker for fremtiden (Bannink 2007, O'Connell 2012). Gjennom spørsmålene som terapeut fremmet kunne personen bli mer observant på de positive unntakene i livet, utnytte egne personlige og sosiale ressurser, se for seg en foretrukket fremtid, og ta små skritt i riktig retning; SFBT fokuserte på løsninger og fremtid (O'Connell 2012).

De Shazer og Kim Berg hentet inspirasjon fra sosialkonstruksjonismen når de skapte SFBT (Ratner m.fl. 2012). I sosialkonstruksjonismen tenker man at all menneskelig mening er konstruksjoner som skapes gjennom språket og kulturen vår. Sosial interaksjon og forhandling skaper mening; det finnes ingen absolutt sannhet (O'Connell 2012). Dette synet i at mennesker selv lager mening i egne liv muliggjør at terapeuten kan oppfordre personen til å prøve ut ulike måter å se på og forholde seg til livet sitt (O'Connell 2012).

Bannink (2007) skriver at SFBT i dag har elementer fra personsentrert terapi og kognitiv terapi. Mer om dette senere.

2.2.1 Behandlingsallianse, SFBT & Personsentrert Terapi

For at SFBT skal ha effekt må forholdet og kommunikasjonen mellom menneskene være åpen og fungerende. O'Connell (2012) fokuserer på at kvaliteten på det terapeutiske forholdet er basert på respektfull og aktiv lytting, reflekterende stillhet, empati, genuinitet og aksept. Det vil kreve at terapeuten er sensitiv til verbalt og nonverbalt språk, er konsentrert og tålmodig. Innholdet i en løsningsorientert samtale vil være avhengig av terapeutens intuisjon med hva som passer personen; hvilket tempo som passer, evnene til personen og eventuelle begrensninger. Han vektlegger at terapeuten er transparent og forklarer modellen som blir brukt slik at personen vet hva en kan forvente.

Personen er ekspert i eget liv, og terapeuten ønsker å tilrettelegge slik at personen selv finner løsninger; noe Bannink (2007) mener gjør at løsningene kan komme raskere og vil lettere vedvare. Personen vil ha ressurser og evner som terapeuten må hjelpe til med å få frem for å på nytt kunne gi personen håp og selvtillit. Terapeuten skal ikke spekulere i skjulte agendaer eller "det som ligger bak" problemene, men heller godta problemene og situasjonen slik personen presenterer det (O'Connell 2012).

SFBT har blitt kritisert for å fokusere på måloppnåelse på bekostning av den terapeutiske relasjonen (Wettersten m.fl. 2005). Forholdet mellom terapeut og pasient, er blant flere andre typer terapi regnet som essensielt for forandring; som for eksempel i Brief Interpersonal Therapy (BIT). Wettersten m.fl. (2005) gjorde en studie hvor de så på

sammenhenger mellom terapeutisk forhold og behandlingsresultat i SFBT og BIT. Studien viste at den terapeutiske relasjonen ikke hadde et signifikant forhold til resultat for SFBT-pasienter, kun for BIT-pasienter. De relaterer dette til at SFBT, slik som kognitiv atferdsterapi, ikke ser på det terapeutiske forholdet som et mål i seg selv, men som et middel for å nå målet. Wettersten m.fl. (2005) skriver at dette ikke betyr at det terapeutiske forholdet ikke er viktig for forandring, men at det ikke er selve årsaken til forandring.

Cepeda og Davenport (2006) ytrer seg positive til SFBT, men foreslår en sammenslåing med elementer fra Personsentrert Terapi. Metodene har ulikt utgangspunkt når det gjelder terapeutens rolle i å skape endring hos personen, men de har andre punkt som taler for at bruk av elementer fra begge metodene kan være nyttig. De foreslår at terapeuten i starten av et behandlingsforhold møter personen med utgangspunkt i elementene fra Personsentrert Terapi; At terapeut møter personen med et forhold som er ekte og terapeut er kongruent, at terapeut etterstreber å oppnå empati, og at terapeut møter personen varmt og med ubetinget positiv forståelse (Raskin 2014). Cepeda og Davenport (2006) skriver at målet med tilnærmingen er å skape et forhold der personen opplever en indre drivkraft til endring, de kalte dette fase 1. I fase 2 vil de introdusere teknikker eller verktøy som terapeuten vurderer, på bakgrunn av hva som kommer frem i fase 1, at kan hjelpe personens utvikling. De mener at personer ofte vil kunne ha problemer med å se muligheter og fremgangsmåter, og at SFBT her vil kunne være til stor hjelp.

2.2.2 Problemfri prat & søken etter ressurser

Ratner m.fl. (2012) vil tidlig i behandlingsforholdet begynne med det de kaller problemfri prat. Terapeuten ønsker å bli kjent med personen i stedet for problemene, terapeuten får «velge» personen som skal gå i terapi ved å fokusere på en annen side av personen enn det en henvisningen eller forhistorie kan vise. Dette kan være starten på å få frem ressursene til personen. I følge O'Connell (2012) vil personen kunne føle på entusiasme, og han får være ekspert som forteller terapeuten om interessene sine. O'Connell (2012) vektlegger at denne typen prat vil kunne få frem evner som personen har, hva personen foretrekker og hvilke strategier som kan være med på å føre til løsninger. Problemene til personen har ofte ført til at aktiviteter vedkommende trives med har blitt lagt til sides, og ofte kommer personene selv frem til at aktivitetene kan lede til bedring eller løsning (O'Connell, 2012).

2.2.3 Konstruktiv lytting

Ratner m.fl. (2012) skriver om konstruktiv lytting. Her vil terapeuten som i andre terapiformer anerkjenne problemene til personen, men i stedet for å fokusere på problemene vil terapeuten heller benytte det til å redefinere hva personen har oppnådd. Desto større problem personen har, desto større styrker og iboende ressurser vil personen kunne ha i seg som har taklet problemene så langt. Gjennom konstruktiv lytting kan terapeuten styre spørsmålene i retning for å lete etter «historien bak historien»; en konstruktiv historie (Ratner m.fl. 2012). Denne historien kan oppfattes som en ny versjon av personens historie, med fokus på hva personen har oppnådd og mestret i livet i stedet for fokus på problemene. Løsningsfokuserende terapeuter kan bli medforfattere som hjelper personen å skrive om sin problemfylte historie, men terapeuten må passe på å ikke bli for fokusert på sin egen foretrukne modell av denne virkeligheten (Bannink, 2007).

2.2.4 Magisk spørsmål

Magisk spørsmål er ofte brukt i SFBT (Nelson 2010). Dersom personen har vansker med å se for seg ønsket fremtid eller komme ut av problemfokus, kan terapeut stille et magisk spørsmål (O'Connell 2012). Henden (2017) foreslår at terapeut ber personen ser for seg at magi er mulig, og at magien kunne ta bort problemene, deretter kan terapeut spørre: «*Hva ville være forandret? Hvordan ville du visst at magien virket? Hvordan ville du følt deg? Hva ville du ha gjort?*». Gjennom svarene kan terapeut få personen til å se for seg en ønsket fremtid. En kan få frem foretrukne aktiviteter og mulige ressurser, styrker og veier å fokusere videre på.

2.2.5 Skalering

Skalering har en fremtredende rolle i SFBT (Beyebach 2014). 0-10 skalaen er en av de mest nyttige rammeverkene for løsningsorienterte intervju (Iveson 2002). Ved å bruke skalering med tall, kan personene bedre få frem hva de snakker om og faren for

misforståelser reduseres (O'Connell 2012). Skalering handler om klientens subjektive syn på egen situasjon (Ratner m.fl. 2012).

En typisk fremgangsmåte i skaleringsspørsmål kan være: «*Hvordan føler du deg nå på en skala fra 1 til 10, hvor 1 er det verste du har følt deg og 10 er helt utmerket?*» (Bannink 2007). Dersom personen svarte 1 på det første møtet og ved neste møte svarer 4, så vil et typisk oppfølgingsspørsmål være: «*Hvordan har du klart å komme deg så fort fra 1 til 4?*». Ved å gi kompliment på hvor raskt pasienten har klart å gjøre ting for å snu situasjonen til det bedre, vil en kunne fremheve for personen at handlingen til endringen påvirket situasjonen til det bedre (Ratner m.fl. 2012). Det neste spørsmål kan være: «*Hvordan ville 5 se ut?*», eller «*Hva skal til for at du klarer å føle deg på 5?*» (Bannink 2007). Andre spørsmål ved bruk av skalering kan være: «*Hva er bedre nå?*»; fulgt av: «*Hvor sikker er du fra 1 til 10 på at du vil klare å nå målet du har satt deg?*»; og tilbakefallsspørsmål som: «*Hva må skje for at du skal gå tilbake til 4 eller 1?*» (Bannink 2007).

Det er ingen begrensninger på hvordan skalering og skaleringsspørsmål kan bli brukt. En kan skalere fremgang i terapien, en «*løsningsfokusert skala*» (Ratner m.fl. 2012). Dette handler om hvor langt personen har kommet mot sin foretrukne fremtid (O'Connell 2012). En annen måte er å skalere motivasjon og tillit til at problemet kan bli løst (Bannink 2007). Ratner m.fl. (2012) kaller dette en tillitsskala («*confidence scale*»). Personen blir da spurt om hvor mye tillit de har på en skala fra 0 til 10 til at de skal klare nå sin foretrukne fremtid. Styrkende oppfølgingsspørsmål kan handle om hva som gir dem tilliten til at de skal klare det, og hva de vet om dem selv som gjør at det er en mulighet for fremgang (Ratner m.fl. 2012).

2.2.6 SFBT & Kognitiv Atferdsterapi

Bannink (2007) skriver at fra hans ståsted ser han SFBT som en form for Kognitiv Atferdsterapi, der fokuset er på personens atferd og hva slags innvirkning det har på situasjonen. I SFBT forsøker en gjennom samtale og skalering å skape refleksjon om hva som er ønskelig og hvordan en skal kunne legge til rette for dette. Med positiv forsterkning i samtalen ønsker en å underbygge atferd som er ønskelig og ha lite fokus på uønsket atferd. En kan avtale «*hjemmeoppgaver*» som personen skal utføre, som kan forstås som

atferdstrening. Gjennom skalering kan terapeut vise personen hvordan atferd, hendelser og situasjoner påvirker ens opplevelse og følelser (Bannink 2007).

2.2.7 En metode for alle?

Hoult og Nolan (2008) mener at korttidsterapier og SFBT kan være et effektivt alternativ i akuttpsykiatrisk arbeide. Bannink (2007) skriver at SFBT passer for mange ulike pasienter, men pasienten må ha et mål, eller være i stand til å formulere et under psykoterapi.

O'Connell (2012) mener at korttidsterapi passer til pasienter som har evne til å finne fokusområder de vil jobbe med, og de er tilgjengelig for allianse.

I følge Bannink (2007) er det nok med i gjennomsnitt tre samtaler med SFBT. De med diffuse problem og behov for lang tid for å utvikle tillit, har ofte behov for mer tid til å utforske problemet. O'Connell (2012) mener da at løsningsfokusert terapi kan hjelpe også dem ved at spørsmålene i SFBT vil hjelpe til å styre fokuset i riktig retning slik personen klarer å formulere et mål, men det kan kreve lengre tid og mer innsats fra terapeut.

Jeg viser til punkt «1.4 Litteratursøk», der Kim m.fl. (2019) gjør en meta-studie som viser at SFBT er en evidensbasert metode for en rekke utfordringer, også internaliserende symptomer og vansker.

2.2.8 SFBT og suicidalitet

Selv mordstanker kan oppstå i en depresjon, risiko vil kunne øke med belastningene som følger symptom bildet (Helsedirektoratet 2009). Sosial- og helsedirektoratet (2008) skriver i veileder om selvmordsforebygging at behandling av selvmordstanker tilsier behandling av grunnlidelse, som for eksempel depresjon. Risiko må minimeres og behandlingen må være trygg. I tillegg er det viktig med sosial støtte og god behandlingsallianse.

Henden (2017) skriver om SFBT i møte med suicidale personer. Han fokuserer på at allianse er viktig, og drar frem prinsipper fra personsentrert terapi som Cepeda og Davenport (2006) gjør i pkt. 2.2.1. Han fokuserer spesielt på at et godt empatisk forhold er

viktig. Han mener at en løsningsfokusert samtale vil kunne lette situasjonen til personen, og kunne tilføre håp om forandring. Han fokuserer videre på at arbeidet må gå sakte frem, i «babyskritt», slik at plan om utvikling og hjemmeoppgaver ikke overgår den deprimertes ressurser.

Jeg viser til punkt «1.4 Litteratursøk» og studien til Ayar & Sabanciogullari (2020) som er relevant her. Studien viste at løsningsorientert tilnærming gav vedvarende behandlingseffekt og reduserte selvmordsrisiko på lang sikt.

3.0 Empiri

Når jeg gikk videreutdanning i psykisk helsearbeid gjennomførte jeg klinisk praksis ved akuttpsykiatrisk sengepost. Det var alltid stor variasjon i pasientpopulasjonen, med ulike problemstillinger. De fleste hadde korte opphold, fra timer til noen dager. Noen få hadde lengre opphold.

Det var en pasient som gav et spesielt inntrykk. Dette var en ung kvinne, vi kan kalle henne Alma. Alma var rundt 30 år gammel. Jeg møtte henne først under inntakssamtale med lege, der jeg deltok som observatør. Hun ble innlagt grunnet suicidalitet. Hun fortalte om selvmordstanker som hun beskrev som pågående. Hun ønsket innleggelse da hun fryktet å handle på selvmordstankene.

Neste dag var jeg med i behandlersamtalen. Overlegen styrte samtalen, i tillegg var turnuslege og avdelingssykepleier tilstede. Alma fortalte om mange plager. Hun slet med søvn og følte seg sjeldent uthvilt. Hun følte lite glede i hverdagen, «*Ingenting er kjekt lengre, alt føles tungt*» sa hun. Hun beskrev dårlig kosthold, mat gav lite smak. Når hun fortalte om sitt sosiale liv fremkom det at hun var samboer, mannen var fisker og var nå ute på havet. De hadde ikke barn. Hun fortalte om venner, men lite omgang med dem da hun hadde angstplager når hun var med andre mennesker. Hun hadde foreldre hun beskrev som omsorgsfulle, men hun følte lite for dem nå. Hun hadde arbeidsavklaringspenger, men tiltaket sto i stillstand da plagene tok all energi. Hun sa at hun nok alltid hadde hatt det vanskelig psykisk, men at det hadde blitt verre siste måneder. Selvmordstankene hadde vært tilstede i en ukes tid. Overlegen vurderte henne å være moderat til alvorlig deprimert. Han forsøkte å snakke om problemene hun fortalte om og hva hun kunne gjøre for å mestre de, men Alma virket ikke å være tilgjengelig for mye prat om dette.

Etter at Alma hadde forlatt rommet ble behandlingen drøftet. Overlegen kom frem til at han ville øke antidepressiva og legge til Lithionitt som et tiltak mot suicidale tanker. Jeg spurte om overlegen tenkte at samtaleterapi kunne være aktuelt. Han svarte at de ville ha fokus på det akutte, de tenkte at medisiner ville utgjøre størst effekt. Avslutningsvis sa han at dersom jeg fikk til en allianse så måtte jeg gjerne prøve, men at det var viktig at jeg tok hensyn til at hun ville ha et kort opphold ved akuttavdelingen.

Senere samme dag fikk jeg møte Alma alene. Jeg introduserte meg og fortalte kort om min funksjon som sykepleier og spesialiseringsstudent ved avdelingen. Jeg har en vane i å starte samtaler ved å forsøke å finne noe nøytralt å snakke om. Alma hadde en ryggsekk av merket «Burton». Jeg spurte om hun likte å stå på ski eller snowboard, noe hun bekreftet. Hun lurte på hvordan jeg visste dette, og jeg fortalte at jeg så sekken og fikk tanke om at hun likte snowboard. Vi snakket om dette, hun fortalte etterhvert velvillig om skiturer og skiferier på fjell og skisentre. Jeg fikk en følelse av energi i henne. Hun samtalte med rikt språk og virket lettere til sinns, hun smilte noen ganger. Når det følte naturlig bemerket jeg dette til henne. Hun svarte da at det var godt å samtale om dette. Etter en pause sa hun at det var godt å «tenke» noe annet enn problemer. Jeg svarte at det ofte kan være effektivt å søke avledning, å snakke og tenke på andre ting enn problemene. Hun sa seg enig i dette, men at det var vanskelig for henne. Hun fortalte at hun alltid virket å ende opp med de samme tankerekken som var så plagsomme for henne. Tankene om å aldri strekke til, at hun var verdiløs og at det hadde vært bedre om hun var død. Hun fortalte at den psykiatriske sykepleieren i kommunen hadde snakket om kognitiv terapi, de hadde arbeidet med automatiske negative tanker og hun hadde «pugget» A-B-C modellen og den kognitive diamant. Hun mente at hun forsto metoden og prinsippene godt, men det hjalp henne lite.

Jeg forsøkte å ytre forståelse på en ydmyk måte, jeg sa at det hørtes ut som hun hadde det svært vanskelig, og at det måtte føles vondt å ha det slik i lang tid. Alma svarte at avmakten følte verst, en tanke om at hun aldri kom til å bli bra nok. Jeg spurte om hva hun mente med dette, hva ville være bra nok? Alma smilte og sa at det visste hun egentlig ikke. Vi hadde da en lengre samtale om hva hun ønsket seg i livet; hva hun ønsket å oppnå og hvordan hun ønsket å ha det.

I samtaler med personer i lignende situasjon har jeg benyttet skalering som verktøy, ofte med svært god effekt. Jeg fikk følelse av at Alma kunne være åpen for dette nå, og at det kunne ha effekt. Jeg forsøkte. Alma fremsto lyttende når jeg forklarte om skalering som verktøy. Jeg valgte å fokusere på å skalere livsopplevelsen. Jeg forklarte at Alma kunne skalere situasjonen sin, livsopplevelsen, på en skala fra 1 til 10.

- *“1 er forferdelig og 10 er fantastisk”.*

Alma sa hun nå var på 1,5. Jeg spurte om hva som var 1 for henne, hun sa det var å være innlagt og at hun hadde selvmordstanker. Jeg spurte om hva som økte skalaen til 1,5, hun svarte raskt at det var godt å snakke om snowboard og at det var godt å ikke være alene. Jeg sa at det var bra at hun så at dette påvirket hennes opplevelse. Jeg spurte så om hva hun tenkte kunne øke skalaen oppover, slik at hun for eksempel kunne nå 2,5 til kvelden. Hun svarte raskt at det ikke kom til å bli enkelt nå siden hun var innlagt. Hun var stille en stund, det virket som hun tenkte så jeg lot stillheten få god tid. En stund etter sa Alma at dersom hun fikk snakket med samboeren, og han ikke var skuffet eller lei seg, så ville hun føle det bedre. Deretter sa hun at det var godt å snakke om snowboard, og at hun kunne ønske å spise kvikklunsj og appelsin i dag da hun alltid brukte å ha det med på snowboardtur. Jeg foreslo at hun kunne forsøke å ringe samboeren når hun følte seg klar for det, så kunne jeg forsøke å ordne kvikklunsj og appelsin. Hun smilte kort og nikket. Før vakta var ferdig hadde jeg ordnet både kvikklunsj og appelsin. Alma takket for dette.

Neste morgen og en ny praksisdag. Jeg sikret meg å være kontakten til Alma så jeg kunne se hva slags effekt samtalen og introduksjon i skalering hadde hatt. Alma smilte høflig når jeg kom inn og hilste på henne. Hun fortalte at hun hadde spist appelsin og halve kvikklunsjen, hun måtte spare resten da magen var i ulage. Jeg spurte om det smakte godt, noe hun bekreftet. Hun fortalte at hun hadde snakket med samboeren. Hun sa han først hadde vært stille når hun fortalte at hun var på sykehuset, hun hadde da følt seg som en belastning. Men så hadde han sagt at det var bra hun var trygg og fikk hjelp, og hun følte seg bedre. Hun var nå trygg på at samboeren var glad i henne, det hadde han sagt. Hun sa at selvmordstankene hadde kommet litt på avstand, de var ikke pågående lengre, og hun hadde skalert seg til 3 på kvelden. Jeg sa at det var flott at hun hadde kommet høyere på skalaen enn det vi snakket om tidligere. Hun smilte og sa at hun trodde ikke vi kunne få skalaen høyere i dag. Jeg smilte tilbake og sa jeg likte en utfordring, Alma virket å ta forsøket på humor godt og smilte tilbake.

4.0 Diskusjon

4.1 Depresjonssymptomer

Alma viste mange tegn til depresjon. Hun hadde alle kjernesymptomene som Nysæter og Walvig (2016) og Kringlen (2006) presenterer som viktig for diagnosen. Symptomene som kom frem var nedstemthet, redusert lyst, redusert energi og utmattelse. Hun følte lite glede i hverdagen. Hun var sjelden uthvilt og kjente på kroppslig utmattelse. I følge Nysæter og Walvig (2016) skal man ha minst 2 av symptomene her for å ha moderat depresjon, noe Alma definitivt hadde. I tillegg poengterer de at den depressive episoden skal vare minst 2 uker, hun sa symptomene hadde vedvart siste par måneder. Nysæter og Walvig (2016) skriver at man skal ha minst 4 ledsagersymptomer, hvorav Alma hadde 5 av de; redusert selvfølelse, selvmordstanker, tanke- og konsentrasjonsvansker, søvnforstyrrelser og redusert appetitt. De suicidale tankene hadde kommet de siste ukene, og var utløsende årsak til akuttinnleggelsen. Det fremsto for meg at plagene hadde bygd seg opp over tid, og at selvmordstankene hadde kommet ved et punkt der tilværelsen var blitt for vanskelig for henne. Diagnosen «moderat til alvorlig depresjon» som overlegen stilte kan derfor sees som riktig i Almas situasjon. Jeg vet ikke om hun hadde hatt tidligere episoder med hypomanier eller om det forelå organisk sykdom, men jeg stolte på at legegruppa hadde kontroll på dette.

Det er vanskelig å si hva som er årsaken til en slik depresjon (Nysæter og Walvig, 2016), men siden vanskelige livshendelser eller store stressbelastninger over tid kan medvirke er det sannsynlig at det å måtte gå på arbeidsavklaringspenger kan ha bidratt til Almas depresjon. Alma er dessverre en av mange i Norge som opplever depresjonssymptomer. Som nevnt tidligere vil hver femte nordmann oppleve depresjon i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2009). Det er tydelig behov for behandlinger som kan fungere godt på depresjonssymptomer.

4.2 Hva kan Løsningsfokusert Korttidsterapi gjøre for Alma?

Almas situasjon framsto fastlåst, hun hadde mange utfordringer. Flere ulike tilnærminger var forsøkt. Overlegen framsto noe resignert; han gav henne litium som et forsøk, men hadde ingen planer om å prøve samtaleterapi. Siden hun var på akuttavdeling kom det til å bli et kort opphold med risiko for relasjonsbrudd, et potensielt nytt tap for Alma. Når jeg fikk tillatelse til å forsøke å få til en samtale, ble det viktig for meg å ikke starte et prosjekt som krevde lang tid. Bannink (2007) skriver at SFBT kan gi god effekt ved 3 samtaletimer. Den terapeutiske relasjonen er ikke et mål i seg selv og trenger derfor ikke være så dyptgående at den skaper noe betydelig relasjonsbrudd ved utskrivelse (Cepeda & Davenport 2006). Terapeuten må likevel danne en terapeutisk allianse, et forhold som muliggjør tillit og samarbeid (O'Connell 2012).

Jeg tenkte at når Alma hadde det så vanskelig som hun hadde, så kunne selv et lite halmstrå av løsning eller positiv endring være viktig for henne.

4.3 Min erfaring som terapeut

Det er viktig å ha erfaring med metoden for å få til godt resultat (O'Connell 2012). På dette tidspunktet hadde jeg arbeidet som sykepleier og samtaleterapeut ved akuttambulanseteam i 9 år. Før dette hadde jeg 6 års erfaring fra ulike sengeposter innen psykiatri & rusbehandling. Jeg hadde møtt tallrike pasienter i ulike situasjoner.

Jeg hadde ikke utdypende utdanning i SFBT, men jeg hadde 2 kurs og hadde satt meg inn i prinsipper fra teori. Jeg følte at erfaringen min var tilstrekkelig til at det var trygt for meg som spesialiseringsstudent å forsøke prinsipper fra SFBT i møtet med Alma. Erfaringen min har gitt meg en overbevisning og kunnskap om at pasienten må være eksperten i eget liv, og til sist ha ansvaret for å få til endring. Dette stemmer overens med det Bannink (2007) skriver om at SFBT ikke kan fungere uten at terapeuten klarer å legge bort holdningen om at en selv er eksperten.

4.4 Problemfri prat og “Personsentrert allianse”

Ratner m.fl. (2012) skriver at «problemfri prat» kan være et tidlig fokus i behandlingen. I enesamtalen med Alma var det merket på ryggsekken hennes som ga utgangspunktet for problemfri prat om snowboard, og som satte i gang resten av samtalen. Hun poengterte selv at hun følte seg lettere ved å tenke på snowboard og turer til skisentre, i stedet for å tenke på problemene sine. Jeg har ikke betydelig interesse for snowboard selv, men at jeg kjente igjen merket og visste hva det var relatert til, for deretter å la henne prate om temaet. Hun fikk være ekspert fortelle meg om noe jeg visste lite om. Det ble starten på å bli kjent.

I min erfaring fra akuttpsykiatri er relasjonen, eller utvikling av allianse, viktig for kunne hjelpe personen. SFBT har fått kritikk for at metoden fokuserer på måloppnåelse fremfor terapeutisk relasjon (Wettersten m.fl. 2005). Til tross for dette viste en studie av Wettersten m.fl. (2005) at den terapeutiske relasjonen innen SFBT ikke er signifikant for resultater som i enkelte andre terapiformer. De konkluderte med at den terapeutiske relasjonen er viktig for forandring, men at det ikke er årsaken i seg selv. Dette gir mening ut ifra mine egne erfaringer. Når terapeuter er inne i kort tid så bygger man ikke en tett relasjon hvor relasjonen er det viktigste. Det handler mer om å gi personen nødvendige verktøy for å hjelpe seg selv videre. Likevel må det være en viss allianse for at personen i det hele tatt skal ta til seg det vi snakker om i de få møtene vi har. Her gir Cepeda og Davenport (2006) nyttig innspill med sitt forslag om å slå sammen Personsentrert Terapi og SFBT, nettopp for å dra nytte av alliansebyggingen i Personsentrert Terapi for deretter å introdusere verktøy fra SFBT når terapeuten føler personen er klar for endring.

I dette spesialiseringsstudiet har jeg blitt godt kjent med Carl Rogers' Personsentrert Terapi. I teorien fokuserer Carl Rogers på forholdet mellom terapeut og person. Han legger fokus på at terapeuten skal fremstå ekte og kongruent, at terapeuten skal møte den andre med ubetinget positiv forståelse og forsøke å oppnå empati (Raskin m.fl. 2014). I min forståelse av Carl Rogers' mål om å oppnå et empatisk forhold, tenker jeg det er en kontinuerlig utvikling i forholdet mellom terapeuten og personen. Terapeuten må hele tiden ønske og forsøke å forstå personen. I dette vil terapeuten kunne signalisere en ubetinget positiv forståelse. Ut ifra hva terapeuten oppfatter av samtalen, vil dette kunne frembringe følelser i terapeuten. Ved å fortelle om og vise de følelsene som kommer vil

terapeuten fremstå ekte og kongruent (Raskin m.fl. 2014). Samtidig mener jeg det er essensielt at terapeuten ikke blir overveldet av situasjonen og følelsene, men viser at en forstår. Når terapeuten viser at det som kommer frem i samtalen er håndterbart, kan det gi håp om at også personen kan håndtere det (Raskin m.fl.2014). For å kunne oppnå empati, må terapeuten virkelig etterstrebe å forstå hva den andre mener, hva den andre føler og hvordan livsopplevelsen deres er for dem. For meg krever dette at jeg fokuserer all min oppmerksomhet på dem, hva de sier og kroppsspråket deres.

I min praksis ser jeg at dette er gode verdier å fokusere på for å virkelig kunne forstå de jeg møter; men også for å få til et forhold som muliggjør tillit, som i min erfaring er viktig for at positiv utvikling hos personen kan skje. Jeg ser at når jeg møter personer med disse verdiene vil de fleste åpne seg og fortelle om sin situasjon, sine tanker, følelser og opplevelse.

Det var denne innstillingen jeg forsøkte å møte Alma med. Jeg visste fra legesamtalen tidligere at Alma hadde det vanskelig. Hun hadde det så vanskelig i livet sitt at hun hadde tanker om at det var bedre å være død enn å fortsette livet. I samtalen vår fortalte hun om dette, og hun gav tydelig uttrykk for at livet var utfordrende. Jeg fikk bekreftet min empatiske forståelse av henne gjennom samtalen. Gjennom samtalen fikk jeg forståelse av hennes situasjon, hennes plager og psykiske smerte; det berørte meg og jeg opplevde en grunnleggende følelse i meg i å ønske å hjelpe henne. Alma virket å føle seg sett og hørt, hun følte seg forstått av meg. Jeg fikk følelse av et tillitsforhold der Alma kunne føle på en mellommenneskelig trygghet. Hun virket trygg og fremsto ærlig og ekte når hun åpnet opp og fortalte om personlige og sårbare tema.

4.5 Å snu fra dødsønske til et snev av livsglede

Alma ble innlagt fordi hun hadde suicidale tanker og var redd for å agere på de. Hun hadde mange tunge tanker og følelser, en livssituasjon hun beskrev som håpløs, og hun følte seg nærmest som en belastning for alle. I samtalen om snowboardturer bekreftet hun at hun følte seg lettere av å snakke om noe annet, det bedret hennes umiddelbare opplevelse. Hun fikk også være eksperten og fortelle om interessene sine, noe som nevnt tidligere kan føre til at terapeuten får frem evner, preferanser og løsningsstrategier, i tillegg til at personen

husker på aktiviteter som har vært lagt til side (O'Connell, 2012). Samtalen gjorde at Alma senere ytret ønske om å spise kvikklunsj og appelsin, noe man kan se på som resultatet av et minne om snowboardinteressen og et mulig steg i riktig retning.

Det at hun var interessert i snowboard og virket å lyse opp når hun snakket om det, kunne jeg ved ettertanke ha brukt enda mer aktivt for å fortsette søken etter ressurser i henne. Dette for å gjøre som Ratner m.fl. (2012) poengterer; gjøre personen mer åpen og kunne få til raskere endring. Jeg bemerket til henne at jeg opplevde at hun fikk mer energi, smilte og virket lettere til sinns ved å snakke om snowboard, men etter å nå ha fordypet meg enda mer i løsningsfokusert korttidsterapi ser jeg at jeg også kunne ha funnet frem og kommentert enda flere ressurser hos Alma. Det kunne for eksempel vært at hun er sporty, flink i fysisk utfoldelse, kanskje hadde hun sosialt nettverk som hun deltok i når hun var på snowboard, eller lignende.

4.6 En konstruktiv samtale

Når Alma sa til meg at hun aldri kom til å bli bra nok, benyttet jeg sjansen til å spørre om hva som ville være bra nok. Jeg utfordret Alma her. Formålet mitt var å få frem hva som var viktig for Alma, og lete etter motiverende faktorer og mulige potensielle løsninger. Jeg forsøkte å få til en konstruktiv samtale. Jeg ønsket også at Alma ikke bare skulle si til seg selv at hun ikke er bra nok, som en «negativ affirmasjon» eller en automatisk negativ tanke, men heller skape mulighetene for refleksjon om hva som ville være bra nok og i samtalen kanskje få frem at hun på mange vis er bra nok. Alma fortalte om drømmer og løse fremtidsplaner, hun kunne hoppe tilbake til viktige hendelser fra fortiden som gav henne tanker om hva som kunne være viktig for henne i fremtiden. I samtalen så jeg at ved å spørre undrende spørsmål så fikk jeg henne til å fortelle mer og utbrodere sin historie. Noe av dette virket hun å like, andre deler kunne gi henne tilløp til avmakt; at det ville være umulig for henne å oppnå slike drømmer og mål. Jeg husker for eksempel at hun fortalte at hun ønsket seg et meningsfullt liv, men hun klarte ikke å spesifisere hva hun tenkte ville være meningsfullt. Hun kunne si noe om at hun ønsket seg arbeid eller utdanning, men hun klarte ikke fortelle presist hva slags arbeid eller utdanning. Jeg fikk da tanke om at hun hadde hatt det vanskelig lenge.

Bannink (2007) skriver at SFBT hadde mye av sitt utspring fra sosialkonstruktivismen. Da er lingvistikken, hvilket språk og hvordan man skaper mening, viktig for å lage en ny sannhet et nytt og mer løftende syn på livet (O'Connell 2012). Sammen med Alma forsøkte jeg her å konstruere et bredere syn på livet hennes som kunne gi håp for fremtiden.

4.7 Magisk spørsmål?

Jeg har aldri brukt magisk spørsmål i stor grad. De gangene jeg har brukt det har det gitt varierende effekt. Noen har gitt uttrykk for at de synes spørsmålet er rart og vanskelig å forholde seg til. I de tilfellene jeg har opplevd at det har hatt god effekt, er når personen selv har uttrykt ønske om for eksempel en «magisk tilbakestillingsknapp» for å fjerne alle problemene sine. I samtalen med Alma brukte jeg det ikke, men for oppgaven vil jeg kort drøfte muligheten.

Jeg kunne spurt Alma et magisk spørsmål, som for eksempel: «*Dersom magi fantes, og du kunne forandre noe i livet ditt, hva ville det vært?*» (Henden 2017). Alma kunne svart hva som helst. Men slik jeg ble kjent med Alma tror jeg hun hadde svart at avmakten og utmattelsen hun følte i livet skulle forsvinne. Mitt neste spørsmål kunne da være: «*Dersom du følte på energi og tiltaksevne i morgen; hva ville du følt annerledes, hva ville du brukt dagen til?*» (Henden 2017). Formålet ville være å få frem tanker om ønsket fremtid, hva ville Alma gjort dersom hun følte seg bedre? Hun snakket om at hun ønsket seg mening i livet, kanskje kunne vinklingen ført til at hun mer spesifikt kunne fortalt om hva hun ønsket. Hva kunne hun for eksempel gjøre med mulighetene arbeidsavklarings ordningen gav, kunne hun gå skole eller kurs, eller ønsket hun seg et spesifikt arbeide? Hun kunne også svart at hun ville reise hjem, rydde hus og tatt kontakt med foreldrene sine. Noe i disse refleksjonene kunne vært mulige til tross for at magi ikke finnes, kanskje kunne hun kontaktet foreldrene sine selv om plagene var tilstede.

4.8 Skalering for å måle og stimulere til positiv endring

Cepeda og Davenport (2006) og Henden (2017) foreslår som nevnt at en anvender personsentrert samtale i starten av forløpet. Jeg hadde blitt kjent med Alma og hennes utfordringer, og hadde fått syn på hva som var viktig for henne og noen av hennes fremtidshåp. Hun ytret klart ønske om bedring, men hun så ingen klare veier fremover mot bedringen. Jeg hadde forsøkt å skape en allianse med henne, og fostre hennes indre drivkraft mot selvaktualisering og vekst. Dette er det Cepeda og Davenport (2006) definerer som fase 1. Jeg følte jeg kunne bevege meg mot fase 2, der jeg kunne komme med forslag som kunne skape forandring og hjelpe Alma. Jeg foreslo at vi forsøkte skalering for å hjelpe Alma. Jeg gav henne en introduksjon og lot det så være opp til henne å ville gå videre. Dersom Alma ikke ville gå videre på dette, ville jeg i tråd med personlig overbevisning og teoretisk ramme måtte respektere Alma på dette.

Alma responderte med nysgjerrighet på skalering. Det er som nevnt mange typer skalaer. En grunnskala i SFBT er en skala som alltid starter på 0 eller 1, og det definerte ønsket eller resultatet blir 10 på skalaen (Ratner m.fl. 2012). I en slik skala ville Alma innlagt på akuttpost nok kunne skalere 10 som for eksempel “ingen truende suicidale tanker og bedring”. Jeg liker å bruke en skala fra 1-10 der personen kan skalere sin livsopplevelse, der en forsøker å inkludere alt som påvirker personens situasjon og liv. I min erfaring er dette en skala som dekker det som er viktig for personen, livet som er en helhetlig opplevelse, og som er mest universell i bruk. Dette er lik skala Bannink (2007) beskriver i sin case.

Alma skalerte seg til 1,5 ved første samtale. I SFBT er vanlig oppfølgingsspørsmål da relatert til hva som gjør at pasienten ikke er på 1. Alma sa at situasjonen hun var i, innlagt og med selvmordstanker, egentlig gjorde at hun var på 1. Det som hadde løftet henne til 1,5 var samtalen vi hadde hatt og at hun ikke var alene. Selv om at det her bare er snakk om et halvt poeng opp på skalaen, så viser det at samtale med personsentrert tilnærming samt fokus på personens interesser og ressurser kan hjelpe en pasient med moderate depresjonssymptomer slik som Alma. Når hun fortalte om hva så løftet henne opp på 1,5 svarte jeg at det var bra at hun så at samtalen hadde hatt effekt på henne. Jeg ønsket med dette å lede henne til å se at samtale og fokuset vi hadde hatt gav henne en positiv effekt.

Jeg ønsket å utfordre Alma forsiktig videre. Jeg spurte hva hun trodde kunne øke opp 1 hakk til kvelden. Først avviste hun at dette var mulig, men i stedet for å ta over styringen og foreslå noe, så ventet jeg til hun fikk tenkt seg om. Dette er i tråd med at pasienten skal selv være eksperten, og selv også komme med løsningene på problemene sine (O'Connell 2012). Etter at hun fikk tenkt seg godt om, kom hun med et par forslag som kunne være til hjelp likevel; å snakke med samboeren sin, og å spise kvikklunsj og appelsin som minnet henne om det å stå på snowboard. Jeg ordnet sjokolade og appelsin, og håpet at med å gjøre dette for henne så kunne jeg signalisere at hennes velvære var viktig for meg; samtidig håpet jeg at det kunne skape en mild forpliktelse i henne om å skulle gjøre det hun sa hun skulle, spise frukt og sjokolade, samt ringe samboeren. Jeg tenker det vil alltid være en fare for at personen ikke skulle klare den avtalte oppgaven. Det er derfor viktig å ikke avtale oppgaver som blir for vanskelige, men at det er gjennomførbart. Dersom det ikke gikk som planlagt måtte en snakke om hva som skjedde, og jobbe videre med motivasjon og mindre utfordrende oppgaver (O'Connell 2012).

Det kunne være en risiko for at Alma ikke hadde kommet med forslag som kunne øke hennes skala. I slike kan terapeuten forsøke å fokusere på generelle forslag som en vet kan ha positiv effekt på mennesker (O'Connell 2012). Alma slet for eksempel med søvnforstyrrelse. Jeg kunne ha spurt Alma om en bedre søvn kunne økt skalaen hennes til neste dag. Mest trolig hadde hun bekreftet dette. Hun kunne for eksempel fortalt om grubling som forstyrret innsøvning, eller hun kunne ha stadige oppvåkninger. Innsøvningsmedisin kunne for en kort periode ha vært et alternativ, eller hun kunne funnet hjelp og alternativ i råd om god søvnhygiene. Kunsten i denne fasen måtte være å spurt på en måte som gav Alma friheten til å velge. Sammen kunne en fått frem alternative forslag som kunne øke Almas livsopplevelse og skala.

Ved oppfølgingssamtalen neste dag fortalte Alma at hun hadde skalert seg til 3, litt høyere enn målet på 2,5 som vi hadde snakket om. I situasjonen følte jeg meg oppriktig glad, og jeg tenker både jeg og Alma var heldige med dette, men at det også viste at en personsentrert samtale med fokus på fremtid og løsninger, og skalering, kan ha effekt hos mennesker med utfordringer som depressive symptomer.

4.9 Skalere seg videre (i livet)?

Alma ble overflyttet til annen avdeling etter den siste samtalen vår. Jeg forsøkte å snakke om skalering og at det var et verktøy hun kunne ta med seg videre om hun ville. Jeg fokuserte på at hun nå skalerte seg til 3, der suicidaltankene var mindre. Det er ingen begrensninger på hvordan skalering og skaleringsspørsmål kan bli brukt (Ratner m.fl. 2012). Dersom hun fortsatte å bruke skalering, så visste hun at når hun nærmet seg 3 så var det “fare på ferde”, da ville suicidaltanker kunne fremkomme og bli plagsomme. Jeg sa at hun med fordel kunne samtale med sin psykiatriske sykepleier om hva det var lurt å gjøre dersom hun nærmet seg 3.

Vi snakket også om at hun kunne forsøke å utfordre seg selv videre, skalere seg på morgen og kveld og se om skalaen gikk opp eller ned. Etter hvert kunne hun få inntrykk av hvordan aktiviteter og hendelser kunne påvirke henne gjennom skalering. Jeg fokuserte på at det kunne være gunstig å se på hva hun gjorde og hvem hun var sammen med og se hvilken vei skalaen gikk, slik at hun kunne se hvordan ulike aktiviteter eller personer påvirket henne i positiv eller negativ retning. Jeg spurte henne så om hun kunne spørre seg selv om det er mulig å redusere de aktiviteter som påvirket negativt, og øke de aktiviteter og personer som virker positivt på henne. I alle fall ville det være gunstig å forsøke å finne de aktiviteter som hjelp for henne, så kunne hun oppsøke dette når hun hadde det vanskelig. Alma sa hun skulle tenke på dette.

5.0 Konklusjon

Ut ifra litteraturen jeg har gjennomgått her, min yrkeserfaring og samtalene med Alma, så mener jeg at Solution Focused Brief Therapy er et alternativ som er verd å forsøke i møte med personer med moderate depresjonssymptomer. Det gjelder både problemfri prat, konstruere et nytt syn på livet, skalering, og eventuelt magisk spørsmål. I tillegg gir Cepeda og Davenport (2006) sin kombinasjon av Personsentrert Terapi og SFBT god mening; det så ut til å fungere i Almas situasjon.

Det å bruke problemfri prat og snakke om interessene til Alma gjorde tydelig at hun ble lettet og mer tilgjengelig i samtalen. Ratner m.fl. (2012) poengterer at problemfri prat kan gjøre personen mer åpen og det kan bli lettere å få til endring.

Cepeda og Davenport (2006) og Henden (2017) fokuserer på å bruke personsentrert tilnærming for å bli kjent og danne allianse som grunnlag til endring. Personens utfordringer, problemer og situasjon, men også drømmer, mål, ressurser og preferanser, kan fremkomme i en stimulerende samtale. Denne viten vil underbygge det videre arbeidet, og jeg mener det er viktig for resultatet. Samtalen må nødvendigvis omhandle personens situasjon, og personen vil nok fortelle om problemer og utfordringer.

I samtalen kan terapeuten forsøke å spørre med henblikk på mulige styrker og lærdom personen har fått gjennom sin situasjon. Ved å forsøke å se på personens forståelse og fremme alternative tanker om hvordan det kan forstås, kan det komme frem alternative historier og forklaringer som skape en ny forståelse for personens situasjon (O'Connell 2012).

Ved å innta et løsningsfokus videre i samtalen, som er et hovedfokus i SFBT, kan dette stimulere personen til å bli fremtidsrettet, kjenne på håp, se muligheter og alternativer for fremtiden sin (Ratner m.fl. 2012). Kan hende er dette i seg selv nok. En kan introdusere skalering eller magisk spørsmål, dersom personen synes det er meningsfullt kan en forsøke dette. Personen skal få informasjon og forståelse for hva som skjer og hva formålet er. Teorien viser gunstig effekt på behandlingsresultat når personen føler eierskap til behandlingstiltak og mål (O'Connell 2012).

Skalering er et verktøy som kan brukes på flere måter (Ratner m.fl. 2012). I samtalen med Alma skaleres vi hennes livsopplevelse, hvordan det subjektivt føles å eksistere. Ved å spørre hva en kan gjøre for å øke skalaen mot en bedre livsopplevelse kan en få frem ulike aktiviteter og situasjoner, og terapeuten kan utfordre personen på å forsøke en aktivitet det er sannsynlig er gjennomførbar. Ved å skalere på ny senere kan en se om det hadde ønsket effekt. Personen kan få innsikt i hvordan ulike aktiviteter og situasjoner påvirker livsopplevelsen (Bannink 2007). Jeg tillegger skalering mye vekt i min bruk av SFBT.

Solution Focused Brief Therapy er et godt alternativ det er verd å forsøke i møtet med mennesker med moderate depresjonssymptomer, men også andre som har det vanskelig. Jeg tenker fokuset korttidsterapi har kan ha god verdi i akuttpsykiatrien, der personer har korte opphold. Bannink (2007) skriver at 3 samtaler ofte er nødvendig for å skape varig forandring, men at det kan oppstå betydelig effekt også etter en samtale (Nelson 2010). SFBT kan være effektivt og tidsbesparende.

Jeg opplever at SFBT er lite brukt i Norge i det psykiatriske fagfeltet. Jeg fant ikke relevante norske artikler eller studier om SFBT og løsningsfokusert tilnærming fra 2015 og fremover. Det hadde vært ønskelig med mer fokus på dette. Hva ville for eksempel effekten av SFBT vært i en norsk populasjon? Det hadde også vært spennende å se på effekten av skalering alene i terapi for personer med moderate depresjonssymptomer.

6.0 6.0 Litteraturliste

Ayar, Duygu & Selma Sabanciogullari. 2021. «The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability.» *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021 (57): 235-245.

Bannink, F. P. 2007. «Solution-Focused Brief Therapy.» *J. Contemp Psychother*. 2007 (37): 87-94.

Beyenbach, Mark. 2014. «Change factors in solution-focused brief therapy: A review of the salamanca studies.» *Journal of systemic therapies*. 2014 (33): 62-77.

Cepeda, Lisa M. & Donna S. Davenport. 2006. «Personcentered therapy and solution-focused brief therapy: An integration of present and future awareness.» *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*. 2006 (43): 1-12.

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson, Jon A. Løkke. 2018. *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle. 3.utgave*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet. 2009. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Henden, John. 2017. *Preventing Suicide. The Solution Focused Approach, Second Edition*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.

Hoult, John & Fiona Nolan. 2008. «Chapter 10. Symptom management.» I *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Iveson, Chris. 2002. «Solution-focused brief therapy.» *Advances in Psychiatric Treatment*. 2002 (8): 149-157.

Kim, Johnny, Sara Smock Jordan, Cynthia Franklin & Adam Froerer. 2019. «Is solution-focused brief therapy evidence-based? An update 10 years later.» *Families in society: The Journal of Contemporary Social Services*. 2019 (100): 127-138.

Kringlen, Einar. 2006. *Psykiatri. 8.utgave*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

O'Connell, Bill. 2012. *Solution-Focused Therapy, Third Edition*. London, UK: Sage Publications Ltd.

Nelson, Thorana S. 2010. *Doing Something Different. Solution-Focused Brief Therapy Practices*. New York, USA : Routledge.

Nysæter, Tor Erik & Walvig, Hans Jørgen. 2016. «Kapittel 6. Stemningslidelser.» I *Psykiske lidelser*, redigert av Roger Hagen & Leif Edward Ottesen Kennair, 122-139. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Raskin, Nathaniel J., Carl R. Rogers, Marjorie C. Witty. 2014. Chapter 4. «Client-centered Therapy.» I *Current Psychotherapies*, redigert av Corsini, Raymond J. og Danny Wedding, 95-102. Belmont, CA: Brooks/Cole.

Ratner, Harvey, Evan George & Chris Iveson. 2012. *Solution Focused Brief Therapy - 100 key points & techniques*. East Sussex, UK: Routledge.

Smith, S. & C. Macduff. 2017. «A thematic analysis of the experience of UK mental health nurses who have trained in Solution Focused Brief Therapy.» *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2017 (24): 105-113.

Sosial- og helsedirektoratet. 2008. *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Wettersten, Kara Brita, James Lichtenberg & Brent Mallinckrodt. 2005. «Associations between working alliance and outcome in Solution-Focused Brief Therapy and brief interpersonal therapy.» *Psychotherapy Research*. 2005 (15): 35-43.

WHO - World Health Organization. 2021. «Depression.» 13.september 2021.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>