



**Høgskulen  
på Vestlandet**

**Relasjonens betydning i arbeid med tenestemottakarar med sosial angst**

*Korleis kan ein vernepleiar, gjennom ein kognitiv miljøterapeutisk tilnærming, skape ein relasjon med ein tenestemottakar med sosial angst?*

**The significance of the relationship in work with service recipients with social anxiety**

*How can a learning disability nurse through a cognitive milieu therapeutic approach, create a relationship with resident recipients` with social anxiety?*

**Bachelor i vernepleie**

**BSV5-300**

**Avdeling for samfunnsfag/ Institutt for barnevern, sosialt arbeid og vernepleie**

**24.05.2016**

**8250 ord**

**KANDIDATNUMMER: 180**

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Innhald

Samandrag .....	3
Summary .....	4
1.0 Innleiing .....	5
1.1 Presentasjon av problemstilling, presiseringar og avgrensingar .....	6
1.2 Presentasjon av eige faglege ståstad .....	7
1.3 Definisjon av sentrale omgrep .....	7
1.4 Oppgåvas vidare disposisjon .....	7
2.0 Litteraturkapittel- kunnskap om dei ulike tema .....	8
2.1 Kva er kognitiv miljøterapi ? .....	9
2.2 Kva er sosial angst? .....	10
2.3 Ein kognitiv forståingsmodell av sosial angst .....	11
2.4 Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid .....	13
2.5 Relasjonskompetanse.....	14
2.6 Bærande relasjonar og profesjonell kommunikasjon .....	14
2.7 Arbeidsalliansen i kognitiv terapi .....	15
3.0 Metode.....	15
3.1 Litteraturstudie.....	16
3.2 Fordelar og ulemper med litteraturstudie .....	16
3.3 Kriterium for val av forskingslitteratur og val av søkjeord .....	16
3.4 Søk i databasar .....	18
3.5 Kjeldekritikk, validitet og reliabilitet. ....	20
4.0 Resultatdel .....	21
5.0 Drøfting .....	23
5.1 Presentasjon av tenestemottakarens situasjon .....	24
5.2 Å etablere ein relasjon og ein arbeidsallianse.....	24
5.3 Kognitiv miljøterapi som forståingsmodell i fagleg arbeid- ein utfordring?.....	26
5.4 Å bruke kognitive hjelpemiddel i arbeid tenestemottakarar med sosial angst- ein moglegheit for fagpersonar? .....	28
6.0 Oppsummering og konklusjon .....	30
7.0 Litteraturliste .....	31
Vedlegg 1: Skjematisk oversikt over utvalde forskingsartiklar .....	34
Vedlegg 2: Systematisering av datamateria i arbeid med drøftinga.....	35

## Samandrag

**Problemstilling:** Korleis kan ein vernepleiar gjennom ein kognitiv miljøterapeutisk tilnærming, skape ein relasjon med ein tenestemottakar med sosial angst?

**Formål:** Formålet med denne oppgåva er å undersøkje korleis man kan skape ein relasjon, og korleis man kan hjelpe personar med sosial angst gjennom ein kognitiv miljøterapeutisk tilnærming.

**Metode:** Denne oppgåva er ein litteraturstudie. Faglitteratur av forfattarar som Berge og Repål, og Borge og Hoffart blir brukt til å bygge opp denne studien. Faglitteratur av forfattarar som Eige og Eide og Røkenes og Hanssen blir brukt som grunnlag for kommunikasjon og relasjonsbygging. I tillegg blir fire kvalitative forskingsartiklar og ein litteraturstudie brukt for å finne svar på oppgåvas problemstilling.

**Resultat og konklusjon:** Relasjonsbygging i arbeid med tenestemottakarar med sosial angst er krevjande. Vernepleiaren må vere merksam på eigen veremåte og nærme seg tenestemottakaren gradvis. Kognitiv miljøterapi som forståingsmodell kan bidra til auka tryggleik og kompetanse for fagpersonar, meir handlingskompetanse i krevjande situasjonar, eit auka fokus på meistringsstrategiar og betre forståing av tenestemottakarens problem. Bruken av kognitive teknikkar i kvardagslege situasjonar kan bidra til at fagpersonen kan gripe fatt i her-og-no augeblikk og rettleie og støtte tenestemottakaren til å endre uhensiktsmessige tanke- og reaksjonsmønster.

## Summary

**Research question:** How can a learning disability nurse through a cognitive milieu therapeutic approach, create a relationship with resident recipients` with social anxiety?

**Purpose:** The purpose of this task is to investigate how to create a relationship and how to help people with social anxiety, through a cognitive milieu therapeutic approach.

**Method:** This assignment is a literature study. Literature by authors such as Berge and Repål, and Borge and Hoffart is used to build this study. Literature of communication and the relationship of authors such as Eide and Eide, and Røkenes and Hansen are used as a basis for relationship building. In addition, four qualitative research articles and a literature study is used to answer the research question.

**Results and conclusion:** Relationship building in work with recipients with social anxiety is demanding. Healthcare professionals must be aware of their own way of approaching and approach the recipient gradually. Cognitive milieu therapy as an understanding model can help increase safety and competence for healthcare professionals, promote increased action skills in demanding situations, an increase more focus on the service recipients coping strategies, and a thorough understanding of the recipient`s problems. The use of cognitive techniques in everyday situations can help healthcare professionals to guide and support the service recipient to change dysfunctional thinking and reactions patterns.

## 1.0 Innleiing

Eg har valt å skrive om sosial angst fordi eg finn det interessant gjennom erfaringar eg har tileigna meg frå praksis i vernepleiestudiet og arbeidslivet. Også rammar sosial angst fleire enn vi trur. Sosial angst er den hyppigaste førekommande angstlidinga. Det er vanleg å rekne med at ca. 13 % av befolkninga vil bli ramma i løpet av livet. Lidinga kjenneteiknast av frykt for å framstå som rar og oppføra seg på ein upassande måte, og å bli negativt vurdert av andre (Borge & Hoffart, 2015). Ubehandla førar sosial angst til betydeleg funksjonssvikt med vanskar i forhold til utdanning, arbeid og sosialt liv i familie og fritid (Statens helsetilsyn, 2000). I tillegg har ein stor del av personar med sosial angst andre samtidige psykiske problem. Over 50 % har fobiar og/ eller alvorleg depresjon, medan alkoholmisbruk førekommer hjå 15-20 % (NHI, 2013). Kunnskap om sosial angst er difor viktig å ha for helse- og sosialarbeidarar som arbeider i første og andre linjetenestane, både når det gjeld kunnskap om lidinga, men også korleis man kan handle saman, førebygge, hjelpe og behandle menneske med sosial angst.

Temaet i denne oppgåva er korleis man kan skape ein relasjon, og korleis man kan hjelpe menneske med sosial angst, gjennom ein kognitiv tilnærming. Kognitiv terapi er blitt ein svært populær og etterspurt metode internasjonalt og i Norge, og opnar for ein rekkje bruksområde i det psykiske og somatiske helsetilbodet og som miljøterapi. Kognitiv terapi tek føre seg å vidareutvikle ein persons evne til å utforske eigne tankar og setje spørjeteikn ved fastlåste og destruktive tanke- og reaksjonsmønster. I tillegg er kognitiv terapi ein mykje brukt metode for sjølvhjelp der pasienten lærar å bli sin eigen terapeut. I kognitiv terapi står meistring og førebygging av psykisk sjukdom sentralt (Berge & Repål, 2015).

Det er eit vernepleiepleiefagleg relevant tema fordi vi ifølgje rammeplanen for vernepleieutdanninga (2005) skal ha kunnskap og kompetanse om psykiske lidingar og ulike formar for førebygging, behandling og rehabilitering. Vernepleiaren skal ha kompetanse i forhold til rettleiing, opplæring, førebygging, endrings- og utviklingsarbeid, og forskning. Oppgåva tek sikte på å vise til relasjonens betydning i arbeid med menneske. Sosial angst bør fokuserast på fordi personar med lidinga opplev vanskar i høve til å delta i sosiale interaksjonar, samt at lidinga kan føre til betydeleg funksjonssvikt på ulike områder og auke førekomsten av andre psykiske lidingar. Lidinga gjer også til at personen har vanskar med å søkje hjelp (Borge, 2011).

## 1.1 Presentasjon av problemstilling, presiseringar og avgrensingar

*"Korleis kan ein vernepleiar, gjennom ein kognitiv miljøterapeutisk tilnærming, skape ein relasjon med ein tenestemottakar med sosial angst?"*

Det eg legger i omgrepet relasjon er korleis man kommuniserer, prøver å forstå personen, korleis man kan oppnå tillit og tryggleik i relasjonen. For å danne eit godt grunnlag for endringsarbeid, krevjast det høg grad av kvalitet i samhandlinga mellom vernepleiaren og personen man arbeidar med (FO, 2013). Eg vil i denne oppgåva fokusere på relasjonens betydning i arbeid med menneske med sosial angst.

Vidare har eg valt å fokusere på korleis vernepleiaren gjennom å bruke ein kognitiv miljøterapeutiske tilnærming, kan hjelpe personar med sosial angst. I Noreg har kognitiv terapi i døgnavdelingar i psykisk helsevern vore brukt sidan 1980-åra. I seinare år har terapiforma utvikla seg og i aukande grad blitt teken i bruk som kognitiv miljøterapi. Ein finn også denne forma for miljøterapi i andre samanhengar som spesialisthelsetenesta (Nordvoll, Borge & Steinstad, 2015). I oppgåva vil omgrepa kognitiv terapi og kognitiv miljøterapi bli nytta, avhengig av konteksten dei blir presentert i.

I oppgåva vil vernepleiaren vere den støttande fagperson i arbeid med tenestemottakaren då oppgåva primært fokuserer på korleis man kan skape ein relasjon, støttande og hjelpe personar med sosial angst ved hjelp av kognitiv terapeutiske hjelpemiddel, og ikkje på behandling av lidinga. Det kan likevel argumenterast for at vernepleiaren kan komme med viktige bidrag i ein behandlingssammenheng då vernepleiefagleg kompetanse og kjennskap på ulike fagområde, gir vernepleiaren ein solid plattform i tverrfagleg samarbeid med andre profesjonar som lege, sjukepleiar, psykolog, sosionom og pedagog (FO,2013).

Målgruppa og behandlingssammenheng eg ønskjer å undersøkje problemstillinga i lys av er vaksne tenestemottakarar tilknytt den kommunale rus- og psykiatritenesta. For å avgrense oppgåvas tema og omfang vil eg fokusere eintydig på sosial angstlidning. Eg vel å ikkje gå inn på medikamentell behandling då det ikkje er relevant for problemstillinga. Men det kan likevel nemnast at medikamentell behandling er ein aktuell tilnærming ved sosial angst. Eg ønskjer å undersøkje problemstillinga i lys av personar som er motivert og mottakeleg for hjelp. Av den grunn vil forhold som kjønn, kultur og sivilstand ikkje bli vektlagt.

## 1.2 Presentasjon av eige faglege ståstad

Eg er ein ung vernepleiarstudent som har arbeida nokre år i omsorgsbustadar for menneske med funksjonsnedsettingar, på ein akuttavdeling innanfor psykisk helsevern, og i eit ettervernstiltak i barnevernet, i tillegg til praksisane eg har hatt på skulen. Gjennom erfaringane eg har tileigna meg, har eg lært at det å engasjere og bry seg om tenestemottakarens og pasientanes livssituasjon, det å skape ein god relasjon, spelar ei viktig rolle i arbeidet med menneskjer.

## 1.3 Definisjon av sentrale omgrep

**Kognitiv terapi:** kognitiv terapi er ein øving i indre samtale der pasienten vidareutviklar evna til å utforske eigne tankar og setje spørjeteikn ved fastlåste tankemønster (Berge & Repål, 2010).

**Kognitiv miljøterapi:** Kognitiv miljøterapi er ein aktiv, strukturert, problemorientert og dynamisk behandlingsform, der den kognitive modellen blir anvendt i behandlingstiljøet med innlagde pasientar, med den hensikt å utvikle alternativ til pasientens uhensiktsmessige tankemønster og utvikle nye ferdigheitlar (Lykke, 2006).

**Sosial Angst:** Sosial angst kjenneteiknast av frykt for å framstå som rar og oppføra seg på ein upassande måte, og å bli negativt vurdert av andre (Borge & Hoffart, 2015). Utprega sosial angst følgjast av sterk subjektiv plage og/ eller funksjonssvikt, og er grunnlaget for den psykiske lidinga sosial angstlidning (Dahl, 2012).

## 1.4 Oppgåvas vidare disposisjon

Kapittel 2 innleiast med ein litteraturgjennomgang, som viser til kva faglitteratur som dannar utgangspunkt for oppgåva. Deretter blir det gjort greie for teoriar om kognitiv miljøterapi og sosial angstlidning, relasjon og kommunikasjon. I Kapittel 3 blir val av metode og framgangsmåten presentert. Framgangsmåten for litteratursøk, utval av artiklar og kjeldekritikk blir gjennomgått. I kapittel 4 blir dei utvalde forskingsartiklane presentert. Her

setjast teorien opp mot forskingsartiklane. I kapittel 5 blir funna drøfta opp mot teorien i oppgåva, og det avsluttast med ein konklusjon.

## 2.0 Litteraturkapittel- kunnskap om dei ulike tema

I dette kapittelet blir teoriar om kognitiv miljøterapi, sosial angst og relasjon presentert. I arbeidet med å orientere meg om relevant litteratur på området, gjennomførte eg litteratursøk i databasar. Ein gjennomgang rundt kognitiv terapi, visar at kognitiv terapi er den psykoterapeutiske tilnærminga det er forska mest systematisk på. I ein metaanalyse gjennomført av Butler, Chapman, Furman og Beck (2005) oppsummerar dei den noverande metaanalyselitteraturen om effekten av kognitiv terapi for psykiske lidingar. Studien bekreftar at kognitiv terapi er ein effektiv behandlingsmetode for ein rekkje psykiske lidingar, blant anna unipolar depresjon, generalisert angstlidning, panikkliding og sosial angst.

Sentrale bidragsytarar i formidling av faglitteratur om kognitiv terapi i Noreg er Berge og Repål. Gjennom deira bokseriar «Den indre samtalen» og «Handbok i kognitiv terapi» kjem dei med viktige bidrag til metoden, ulike bruksområde og kunnskap om behandling av psykiske lidingar. Spesielt relevant for oppgåva er ein kognitiv forståingsmodell av sosial angst som psykisk lidning, som Borge og Hoffart (2015) kjem med viktige bidrag til i boka «Handbok i kognitiv terapi». Her gjennomgår dei den kognitive forståingsmodellen av sosial angst opphavelig utarbeida av Clark og Wells, som blir nytta til forstå årsaka og førekomsten av lidinga, og viktige bidrag i eit behandlingsforløp. I gjennomgang av anna relevant litteratur om sosial angst fann eg ei bok utgitt av Dahl (2012) «Sosial angst og smerte». Boka gir ei brei innføring om tema.

I litteraturen om kognitiv miljøterapi, er denne tilnærminga mindre dokumentert. Ein rapport utarbeida av Solbjør og Kleiven (2013) på vegne av NAPHA bekreftar påstanden. Rapporten visar til at ein kognitiv miljøterapeutisk tilnærming antakeleg er mykje brukt, men lite dokumentert. I arbeidet med å finne faglitteratur om tema gjennomførte eg litteratursøk i databasen ORIA. Her fann eg to monografiar om temaet kognitiv miljøterapi. Eine er gitt ut av Bech og Holm (2006). Den andre av Dramsdahl og Jordahl (2015).

I litteraturgjennomgang om temaet relasjon, visar søkjerestata at Eide og Eide, er sentrale bidragsytarar for faglitteraturen om relasjon og kommunikasjon for helse- og sosialfaglege



utdanningar. Boka «Kommunikasjon i relasjonar» har vore toneangjevande på felten sidan den kom ut første gang i 1996. Andre fagbøker som blir nytta rundt temaet relasjon er boka «Bære eller briste» av Røkenes og Hanssen. Boka har vore pensum i tre år på vernepleieutdanninga, ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

## 2.1 Kva er kognitiv miljøterapi ?

Kognitiv terapi oppstod i 1960 åra med bakgrunn i åtferdsterapeutiske og konstruktivistiske teoriar (Solbjør & Kleiven, 2013). Ein av dei mest innverknadsrike bidragsytarane til kognitiv terapi er den amerikanske psykiateren Aaron T. Beck (Berge & Repål, 2010). Han utvikla ein teori og behandling primært for vaksne pasientar med depresjon som gjekk i poliklinisk behandling (Dramsahl & Jordahl, 2015). Terapiforma har seinare vorte utvikle av Beck sjølv og andre, og har vist seg å vere effektiv i forhold til ein rekkje psykiske lidingar (Solbjør & Kleiven, 2013).

Kognitiv terapi blei først trekt inn i avdelingar med innlagde pasientar gjennom individuelle eller gruppebaserte behandlingsopplegg, men har etter kvart utvikla seg og i aukande grad blitt teken i bruk i miljøterapien (Solbjør & Kleiven, 2013). I motsetnad til den tradisjonelle bruken av kognitiv terapi, gir ein kognitiv tilnærming i miljøterapi moglegheiter til å bruke kognitive prinsipp i miljøet (Nordvoll, Borge & Steinstad, 2015). Målsetnad er å anvende ein behandlingsstrategi der pasienten systematisk trenast i sosiale ferdigheitar. Fokuset blir retta på tankar og kjensler kor pasienten gjennom omstrukturering og refleksjon får moglegheit til å velje anna åtferd og gradvis meiste vanskelege situasjonar. Vidare står psykoedukasjon som ein sentral del av arbeidet, der pasienten og dei pårørande trekkast inn i prosessen (Lykke, 2006). Tilnærminga gir moglegheiter for miljøterapeutar å gripe fatt i kvardagslege situasjonar som har oppstått, kor pasienten har feiltolka eller reagert på ein uhensiktsmessig måte. Ved å vere der når uønska hendingar og situasjonar skjer, vil miljøterapeuten både få ein unik moglegheit til intervensjon og tilgang til nyttig informasjon. Pasienten skal ved hjelp og støtte frå miljøterapeuten kome fram til eigne konklusjonar, der pasientens kjensler, meningar og erfaringar er essensielle (Nordvoll, Borge & Steinstad, 2015).

Kognitiv miljøterapi bygger på ein tverrfagleg tilnærming, der det kognitive miljøet blir innført i avdelingas struktur (Lykke, 2006). Tilnærminga byggar på ein forventning om at heile institusjonen er med på å påverke pasientens haldning og åtferd, og at menneskjer formast av

relasjonane dei lev i (Nordvoll, Borge & Steinstad, 2015). Dei ulike faggruppene som deltek i behandlinga, blant anna lege, psykolog, sosialarbeidar, sjukepleiar og anna miljøpersonell har ulike roller i behandlinga, men felles for yrkesgruppene er at dei alle arbeider etter kognitive prinsipp (Oestrich, 2006). Det er difor viktig at den kognitive tilnærminga er akseptert av det tverrfaglege behandlingstemaet (Solbjør & Kleiven, 2013).

## 2.2 Kva er sosial angst?

Sosial angstlidning er ein form for fobisk angst, der personen er engsteleg for situasjonar der man risikerer å bli utsett for andre menneske sitt kritiske blikk (Berge & Repål, 2010). Sosial angst debuterer ofte i unge alder. Hyppigaste debutalder er i tenåra mellom 14-16 år. Lidinga kjem til uttrykk under 20 år i 95 % av tilfella (NHI, 2013).

Sosial angst kjenneteiknast av frykt for å framstå som rar, opprøra seg på ein upassande måte og bli negativt vurdert av andre. Sosiale situasjonar blir difor unngått, eller haldast ut med intens ubehag (Borge & Hoffart, 2015). Dømer på sosiale situasjonar som framkallar angst kan vere: å snakke i gruppe, ete, demonstrere noko med andre til stades, gå på date, bruke offentlege toalett, gå i selskap eller jobbintervju (Dahl, 2012).

Det finst to formar for sosial angst, spesifikk og generalisert angst. Spesifikk sosial angst vil sei at lidinga er retta mot spesifikke situasjonar, som dømesvis å opptre eller prestere noko framfør andre. Ved generalisert sosial angst, har personen angst i forhold til å delta i dei fleste formar for samvær med andre. I tillegg har sosial angst to komponentar. Den eine er samhandlingsangst som er frykt for å bli avslørt som mindreverdige og koma til kort samspele med andre. Den andre komponenten kjenneteiknast av prestasjonsangst. Ved generalisert sosial angstlidning er begge komponentane til stades. Ved spesifikk sosial angstlidning dominerer den prestasjonsrettande frykta. Symptom som rødmning, skjelving, sveitning, hjartebank og svimmelheit er vanlege (Borge & Hoffart, 2015).

### 2.3 Ein kognitiv forståingsmodell av sosial angst

Ein kognitiv forståingsmodell for sosial angst baserer seg på å undersøkje korleis personen oppfattar og bearbeidar sosiale situasjonar, og kva forhold dei nyttar som grunnlag for sin tolking (Borge & Hoffart, 2008). Menneske med sosial angst kan seiast å ha hamna i ein sjølvforsterkande vond sirkel som bidreg til å oppretthalde tilstanden (Berge & Repål, 2010). Tilstanden blir haldt ved like av fleire prosessar som går føre seg før, under og etter ein sosial situasjon (Borge & Hoffart, 2008). I følgjande del vil fleire av prosessane som held angsten ved like beskrivast:

#### *Aktivering av forventingar*

Forventingane kan delast inn i tre ulike kategoriar og kan for det første koma til uttrykk ved at personen har ein overdriven standard for sosial åtferd. Ein forventing som tilseier at personen alltid må ha noko interessant å sei kan vere eit døme på dette. For det andre kan forventingane koma til uttrykk som konsekvensar som kjem av å framstå på bestemte måtar. Om personen dømesvis skjelver på henda, kan vedkommande tenke at andre oppfattar vedkommande som ein svak person. For det tredje kan forventinga koma til uttrykk som ein uvilkårleg negativ forventing om ein sjølv. At personen oppfattar seg som rar og annleis, kan vere eit uttrykk for ein slik uvilkårleg negativ forventing. For menneskjer med sosial angst vil dei ulike forventingane opplevast som farlege. Personen vil sjå føre seg at dei kjem til å opptre som upassande, og at dette kan føre til katastrofale konsekvensar som avvising, tap av verdi og status (Borge & Hoffart, 2008).

#### *Endringar i merksemda*

Når personar med sosial angst antek at dei vil bli negativt vurdert av andre, blir merksemda flytta mot indre informasjon, kva denne fortel om korleis dei ser ut og kva andre tenkar om dei (Borge & Hoffart, 2008). Dette førar til at dei blir veldig vare for indre uro. Dei trur lett at uroa synast utanfrå noko som utløyser negative automatiske tankar. Automatiske tankar er det nivået av informasjonsbearbeiding som er nærast vår bevisste overflate. Dei er situasjonsspesifikke og gir eit bilete av den augeblikkelege meininga av ein gitt situasjon. Dei har stor betydning for dei kjenslemessige, åtferdsmessige og kroppslege reaksjonane våre

(Jordahl & Dramsdahl, 2015). Når dei automatiske tankane har negativt innhald, utløysar dei negative kjensler (Berge & Repål, 2015). Den interne merksemdsprosesseringa førar til at personar med sosial angst, trekker overdrivne negative konklusjonar om korleis dei framstår for andre (Borge & Hoffart, 2008).

### *Aktivering av fysiologiske symptom*

Sosial angst følgjast av sterk fysiologisk aktivering. Fysiologiske symptom som ein trur er synlege for andre som sveitning, skjelving, og rødming, blir opplevd som svært belastande og som teikn på svikt i evna til å møte krava om ønska standard for sosial åtferd (Borge & Hoffart, 2008). Også opplevast aktiveringa i seg sjølv som ubehageleg og kan danne grunnlag for katastrofetankar, at ein er i ferd med å miste kontrollen eller som ved panikkanfall; ei oppleving av å vere i ferd med å døy (Berge & Repål, 2010). Fordi personar med sosial angst oppfattar symptoma som viktige, blir dei overfølsame for dei. Dette er med på å auke den subjektive intensiteten av kroppslege og kognitive symptom (Borge & Hoffart, 2008).

### *Tryggleiksøkjande åtferd*

Når menneske med sosial angst blir utsett for sosiale situasjonar dei opplev som ubehagelege, beskriv mange av dei, at dei tek i bruk tryggleiksøkjande strategiar for å føle seg sikrere, førebygge eller dempe ubehag. Dømer på slik åtferd kan vere å unngå augekontakt, førebu replikkar mentalt i hovudet til å ta i bruk i ein samtale, snakka lågast mogleg fordi ein er redd for å sei noko dumt, eller få merksemda retta mot seg. Problemet med å anvende tryggleiksøkjande åtferd, er at åtferda er med på å oppretthalde angsten og i enkelte tilfelle forsterke den (Berge & Repål, 2010). Borge og Hoffart (2008) beskriv fleire oppretthaldande faktorar med å anvende tryggleiksøkjande åtferd. Når det ein fryktar ikkje inntreff, vil personen tenkte at det var på grunn av dei åtferdsmessige tilpassingane dei gjorde, og ikkje at situasjonen var mindre farleg enn førestilt på førehand. Frykta blir dermed uendra. Strategiane kan forsterke følsamheit for eigne kroppsopplevingar, noko som kan føre til auka fysiologisk aktivering. Strategiane kan også forsterke eit negativt sjølvfokus og føre til meir uønska merksemd; Å snakke lågt for å unngå for merksemd frå andre, kan ha motsett effekt.

### *Prosessar før og etter sosiale situasjonar*

Personar med sosial angst har tendensar til å bruke tid og merksemd på å tenke på korleis andre menneske kan kome til å bedømme dei negativt, før og etter ein sosial situasjon. I forkant vil personen minne tilbake på liknande situasjonar og bruke tid til å førebu seg på å unngå å hamne i situasjonar der personen kan bli bedømt negativt. Tida og merksemda som blir nytta til førebuinga, er med på å skape forhandsangst, då personen utset seg for mange av dei same angststimuli som personen har opplevd tidlegare. Etter sosiale situasjonar som har blitt opplevd som belastande, vil etterspelet bli dominert av dveling og uro over kva dei føler gjekk galt, og forsøkje å finne bevis på korleis dei kan ha dumma seg ut (Borge & Hoffart, 2008).

### 2.4 Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid

Ein kvar form for psykisk liding kan beskrivast som noko som førar til endring i relasjonar. For personar som slit med sosial angst, plagast med skamkjensle eller depresjon, vil tilstanden føre til at dei trekk seg tilbake frå sosial samhandling. Dette inneberer at vernepleiaren står ovanfor utfordrande møter (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2013). Ifølgje Røkenes og Hansen (2012) er ein fagpersons viktigaste oppgåve å halde seg slik at fagpersonen fremjar læring, utvikling, bevisstgjerung, frigjerung, vekst eller betre funksjon hjå den enkelte. I slike samanhengar spelar kvaliteten på relasjonen mellom fagperson og tenestemottakaren ei viktig rolle i arbeidet.

Nedanfor beskrivast nokre tema som omhandlar relasjonens betydning i arbeid med menneskjer. Vidare blir nokre relasjonelle omgrep som blir vektlagt i ein arbeidsallianse mellom vernepleiaren og tenestemottakaren fletta inn.

## 2.5 Relasjonskompetanse

Relasjonskompetanse i arbeid med menneske inneberer å forstå seg sjølv, den andre sine opplevingar, og kva som skjer i samspelet med den andre. Vidare dreiar denne kompetansen seg om å handle saman med menneska ein møter i yrkessamanheng på ein god og hensiktsmessig måte. Dette inneberer at fagpersonen evnar å kommunisere på ein måte som gir mening, som tek vare på den overordna hensikta med samhandlinga, og som ikkje krenker den andre part. Ein føresetnad er at fagpersonen evnar å møte heile menneske. Å møte heile menneske inneberer å kunne stille seg som subjekt og medmenneske, til den andre sin oppleving, kjensler og vilje, og at ein er i stand til å handle instrumentelt i dei situasjonane og relasjonane der dette er riktig og hensiktsmessig (Røkenes & Hansen, 2012). Ein relasjonskompetent fagperson er klar over at eigen subjektivitet pregar det profesjonelle møtet. Det er difor viktig at fagpersonen reflekterer over kven vedkommande sjølv er og korleis egne føresetnadar og erfaringar spelar inn i møtet med den andre (Aubert & Bakke, 2008).

## 2.6 Bærande relasjonar og profesjonell kommunikasjon

Røkenes og Hansen (2012) påpeikar at den hjelpa som fagpersonen gir, må vere innanfor ramma av det dei kallar ein bærande relasjon. Ein bærande relasjon inneberer å kunne bære hjelpa som gis, som vil sei å vere eit medium for forandring, samtidig som relasjonen i seg sjølv skal vera til hjelp. Relasjonen kvilar på ein samhandlingsprosess som skapar tillit, tryggleik og ei oppleving av truverd og tilknytning. Når fagpersonens handlingar er forankra i at vedkommande forstår den andre, vil handlingane igjen verke positivt inn på relasjonen.

Ein føresetnad for å skape kontakt og ein bærande relasjon, er at fagpersonen evnar å kommunisere. Sentralt i denne konteksten er den profesjonelle kommunikasjonen. Som fagperson, må man evne å kommunisere med menneske ein møter i yrkessamanheng, som yrkesutøvar og ikkje som privatperson. Kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrka er at den er fagleg fundert og til hjelp for personen og pårørande. Slik kommunikasjon er bekræftande, skapar tryggleik, tillit og formidlar informasjon på måtar som bidreg til å løyse problem og stimulere til at personar og pårørande meistrar situasjonen så godt som mogleg. Gode kommunikasjonsferdigheitar er hjelpemidlar til å forstå tenestemottakaren som person, forstå relasjonen og gi betre hjelp og støtte (Eide & Eide, 2007).

## 2.7 Arbeidsalliansen i kognitiv terapi

I arbeid med tenestemottakaren blir vernepleiaren ein del av det som kallast ein arbeidsallianse som omfattar dei sett av avtalar som blir inngått mellom fagpersonen og tenestemottakaren (Eide & Eide, 2007). I kognitiv terapi tek arbeidsalliansen utgangspunkt i eit samarbeidsprosjekt. Samarbeidet er prega av å setje mål og bli einige om kva man skal arbeide mot, kva metodar og teknikkar som skal brukast i arbeidet. Som ein del av arbeidet vil terapeuten informere om terapiformas karakter, dei viktigaste omgrepa i kognitiv terapi. Det er viktig å sikre pasientens forståing, slik at pasienten aktivt kan delta i arbeidet (Berge et al., 2015). Ved at pasienten aktiv deltek i utforsking av sitt problem, får vedkommande eit sterkare eigarforhold til den erkjenning pasienten kjem fram til. Målsetnaden i samarbeidet er å rettleie pasienten til å bli kjend med sine tanke, kjensle og åtferdsmønster slik at dei kan modifiserast (Dramsdahl & Jordahl, 2015).

Når det gjeld å etablere ein arbeidsallianse med personar som har sosial angst, kan det i følgje Clark (2001) vere ein utfordring fordi dette i seg sjølv utgjer ein sosial interaksjon. På grunn av dette vil personar med sosial angst tidleg i behandling, operere med tryggleiksøkjande strategiar. I møte med personen vil dømesvis vanleg terapeutisk veremåte som å sjå empatisk inn i pasientens auge føre til å auke pasientens sjølvbevisstheit og forhøge angstnivået. I møte med personen, er det viktig at fagpersonen er merksam på eigen veremåte.

## 3.0 Metode

Ifølgje Dalland (2012) kjenneteiknar ein metode ein framgangsmåte, eit middel til å løyse eit problem og komme fram til ny kunnskap. Metoden fortel oss noko om korleis man bør gå til verks for å framskaffe eller etterprøve ny kunnskap. I dette kapitlet vil den metodiske framgangsmåten som er brukt i denne oppgåva bli gjennomgått.

### 3.1 Litteraturstudie

På grunn av ressursavgrensingar, som tid og manglande kunnskap i å bruke ei empirisk metode som undersøkingsreiskap, såg eg det som ein fordel å velje litteraturstudie som metode. Også falt valet på metoden fordi eg hadde eit ønskje om å utforske kunnskap som allereie var tilgjengeleg om tema. Det eksistera både faglitteratur og forskning om relasjon, kognitiv miljøterapi og sosial angstliding. Difor meina eg at metoden vil kunne gi gode data og belyse oppgåvas tema og den utarbeida problemstilling.

### 3.2 Fordelar og ulemper med litteraturstudie

Ein litteraturstudie bygger i hovudsak på skriftlege kjelder noko som vil sei at man baserer seg på skriftleg kunnskap (Dalland, 2012). Fordelen med å bruke litteraturstudie som metode er at den gir moglegheiter for å hente inn store mengde data over fenomenet ein undersøker, over ein kort tidsperiode. Ein anna fordel er at kjeldene som utgjer datamaterialet i ein litteraturstudie gir lesaren moglegheit til å sjå andre sider ved data enn det man sjølv gjer. Kjeldene kan også lett sporast tilbake (Dalland, 2012).

Også finst det ulemper ved litteraturstudien. Ein ulempe kan vere at det i litteraturstudiar ofte brukast sekundærlitteratur. Den sekundære litteraturen visar til forskning som nyttar data allereie frå eksisterande primærstudiar. Slik forskning er allereie tolka av andre forfattarar noko som kan føre til vidare feiltolkingar (Dalland, 2012). Ei anna ulempe kan vere at mange på forhand kan ha ein bestemt formeining om kva svaret er på det ein studerer. Dette kan dermed føre til at litteratursøkja fort blir subjektive og prega av det svaret ein på forhand har gjort seg ein bestemt formeining om.

### 3.3 Kriterium for val av forskingslitteratur og val av søkjeord

I prosessen med å gå fram med å søkje på forskingslitteratur som var relevant for problemstillinga vart det utarbeida inklusjons- og eksklusjonskriterium for å kunne utføre eit meir systematisk søk i databasar. Eit inklusjonskriterium for å gå fram med å finne relevant data, var at artiklane måtte vere relevante for problemstillinga. Artiklar som omhandla noko om kognitiv miljøterapi, kognitiv terapi, sosial angstliding og relasjon og kommunikasjon,



spesielt retta mot psykisk helse vart inkludert. Artiklar som ikkje var fagfelleverderte, ikkje oppfylte krava til å bli karakterisert som forskingsartiklar og som ikkje var relevante for problemstillinga vart ekskluderte.

Eit anna inklusjonskriterium, var at databasane og tidskrifter som vart nytta i søkjeprosessen, publiserte vitenskapleg forskning. I dette arbeidet fekk eg hjelp av tilsette frå biblioteket ved høgskulen. Vidare inklusjonskriterium var at språket i artiklane måtte vere på; norsk, engelsk, eller dansk. For å forsikre at kunnskapen i artiklane ikkje var utdatert, blei artiklar eldre enn 10 år ekskludert i søkjeprosessen (Dalland, 2012).

Søkjeorda som vart nytta for å finne relevante forskingsartiklar har etter kvart utvikla seg i søkjeprosessen. Dei valte søkjeorda vart nytta enkeltvis og sett saman til ulike kombinasjonar for å finne relevante forskingsartiklar. Søkjeorda som blei nytta blir presenter skjematisk (sjå tabell 1).

Språk	Søkjeord
Norsk, og dansk	«Sosial angst», «sosial fobi», «relasjon», «terapeutisk relasjon», «terapeutisk allianse», «psykisk helse», «kognitiv terapi», «kognitiv atferdsterapi» «kognitiv miljøterapi/ miljöterapi, «sosialt arbeid», «psykisk helse».
Engelsk	“Social anxiety”, “social phobia” “mental health”, “inpatient”, “therapeutic relationship” “therapeutic alliance”,  «cognitive therapy, “cognitive behavioral therapy”, “cognitive milieu therapy”, “milieu therapy” “social work”.

(Tabell 1: Skjematisk oversikt over søkjeord).

### 3.4 Søk i databasar

Arbeidet med å finne relevante artiklar byrja med gjennomlesing av alle titlane som kom opp etter eit bestemt søk. Vidare såg eg etter relevante nøkkelord i artiklane. Allereie då kunne nokre av artiklane bli ekskludert vekk med utgangspunkt i eksklusjonskriterium. Deretter blei samandraga frå dei attverande artiklane gjennomgått og fleire artiklar blei ekskludert. Dette resulterte i 5 utvalde forskingsartiklar som eg vurderte som relevante for problemstillinga. Nedanfor i tabell 2, er ein oversikt over databasar og framgangsmåten for å finne dei utvalde artiklane.

<b>Database</b>	<b>Søkjeord</b>	<b>Avgrensingar</b>	<b>Tal treff</b>	<b>Utvalt artikkel</b>
Academic Search Elite med CINAHL (full tekst).	Therapeutic relationship AND mental health AND inpatient	Utgitt mellom 2007-2017. Språk: engelsk. Fagfelleurdert, samandrag.	127 treff	Gilburt, H., Rose, D. & Slade, M. (2008).

Pubmed	Therapeutic relationship AND mental health AND inpatient	Utgitt mellom 2007-2017. Språk: engelsk  Fagfelleverdert, samandrag.	186 treff	Shattell, M., M., Starr, S., M. & Thomas, P. S. (2007).
	Cognitive behavioral Therapy AND Social phobia		336 treff	Ito, M., L., Roso, C., M., Tiwari, S., Kendall, C., P. & Asbahr, R., F. (2008).
Sjukepleien	Kognitiv miljøterapi	Utgitt mellom 2007-2017  Forskingsrapportar og artiklar	18 treff	Sommer, M. & Eilertsen, G. (2013).
IDUNN	Relasjon og psykisk helsearbeid	Utgitt mellom 2007-2017,  Forskingsrapportar og artiklar	147 treff	Torbjørnsen, E., B., A., Strømstad, V., J. Aasland, K., M., A. & Rørtveit, K. (2014).

(Tabell 2: litteratursøk i databaser).

### 3.5 Kjeldekritikk, validitet og reliabilitet.

Ifølgje Dalland (2012) er kjeldekritikk dei metodane som brukast for å fastslå om ei kjelde er sann. Forskingsartiklane som blir nytta i denne oppgåva er alle publiserte i anerkjende tidsskrift. Dette betyr at forskinga som er gjort, mest truleg er etisk vurdert. Vidare er artiklane fagfelleverderte. Dette betyr at artiklane gjennomgår ein kvalitetssikring ved at dei blir vurdert og godkjende av ekspertar innanfor fagområdet. Dette gjer at forskinga som er valt mest truleg er av god kvalitet.

Dalland (2012) skriv at validitet står for relevans og gyldigheit og omfattar at det som målast må være gyldig og relevant for problemet ein undersøker. Når det gjeld oppgåvas validitet har eg forsøkt å finne forskingsartiklar og faglitteratur som undersøker nøyaktig det problemstillinga mi spør om. Men arbeidet med å finne relevante forskingsartiklar som fokuserer på relasjon og sosial angst har vore utfordrande. Artiklar som omhandla relasjon og sosial angst fann eg ikkje. Dette har ført til at eg må ha sett på om dei valte forskingsartiklane, kan ha ein overføringsverdi for min problemstilling. Fleirtal av artiklane som eg har funnet som omhandlar relasjon og psykisk helsearbeid er gjort innanfor psykisk helsevern. Nemnt innleiingsvis i oppgåva har mange menneske med sosial angst andre psykiske tilleggsproblem som depresjon og alkoholmisbruk. Av den grunn kan man anta at ein vil finne menneske med sosial angst som mottar helsehjelp frå hjelpeapparatet enten med ei primær eller sekundærdiagnose. Også vil majoriteten av psykiske problem føre til endring i relasjonar som også er tilfelle ved sosial angst. I samband med dette vil måten ein forstår tenestemottakaren og korleis man kan bygge opp ein relasjon, vere sentralt å ta stilling uansett målgruppe.

Reliabilitet inneberer ifølgje Dalland (2012) pålitelegheit og handlar om at målingar må utførast på ein korrekt måte, og at eventuelle feilmargin blir oppgitt. Når det gjeld oppgåva sin reliabilitet har eg forsøkt å gjennomføre litteratursøk så nøyaktig som mogleg, slik at andre lesarar kan finne fram til dei same funna som er gjort. Vidare har eg forsøkt å presentere funn frå forskingsartiklane i oppgåva på ein nøytralt måte utan vurderingar frå mi side. Moglege feilkjelder i oppgåva omfattar blant anna min forforståing i arbeid med å finne datamaterial til oppgåva. Røkenes og Hansen (2012), hevdar at vi forstår andre på bakgrunn av eigne erfaringar, kjensler, tankar og av kulturen vi er ein del av. Det er det som kallast forforståing. Når man har erfaringar og forforståing om tema kan det vanskeleg tenkast at man stiller med blanke ark. Dette kan blant anna komme til uttrykk ved at eg brukar eller søkjar på litteratur for å forklare problemstillinga i oppgåva. Det må også nemnast at problemstillinga og

perspektivet på denne oppgåva har endra seg undervegs etter kvart som eg har skaffa meg større oversikt og forståing over tema. Dette kan også ha påverka søkjeprosessen av litteraturen i oppgåva.

Ein anna faktor som kan trekkast fram er at artiklane som er valt ut, inneheld få deltakarar. Dei fleste av artiklane er kvalitative studiar og kan difor ikkje generaliserast. Likevel kan dei bidra til å gi eit breiare perspektiv og eit meir reflektert forhold til tema. Artiklane er også publisert i andre land som Storbritannia og USA. Fagpersonane er frå ulike kulturar og det kan tenkast at dei kan ha ulike måtar å nærme seg tenestemottakarane på og ha forskjellige opplevingar av miljøterapien.

## 4.0 Resultatdel

I dette kapittelet vil dei utvalde forskingsartiklane bli presentert. Vedlegg 1 inneheld ein skjematisk oversikt over funna.

**«Take my hand, help me out»: Mental health service recipients`experience of the therapeutic relationship.** Av Shattell, Starr og Thomas (2007).

Studien er ein sekundæranalyse av kvalitative intervju med tenestemottakarar med psykiske problem. Studiens formål var å beskrive tenestemottakarens erfaringar med den terapeutiske relasjonen. Med i undersøkinga var 20 tenestemottakarar i kommunal bustad som hadde terapeutiske relasjonar med sjukepleiarar, legar, psykologar, sosialarbeidarar og rådgjevarar. Data i studien blei analysert ved hjelp av ein eksistensiell fenomenologisk tilnærming. I studien kjem det fram at informantane opplevde den terapeutiske relasjonen som sterk når fagpersonen relaterte seg til dei, blei kjend med dei som person og hjelpte dei med å finne løysing på sine problem. Personlege eigenskapar som vart vektlagd var at fagpersonen hadde: ein ikkje dømmande, og roleg haldning. Kommunikasjonsferdigheit som opne spørsmål, ein spørjande og utforskande tone og at fagpersonen oppsummerte undervegs gjorde at informantane følte at fagpersonen relaterte seg til dei. God augekontakt, eit merksamt nærvær og utrykking av kjensler, var andre aspekt som bidrog til å fremje den terapeutiske relasjonen.

**The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users` experience of psychiatric hospital admission in the UK.** Av Gilbert, Rose og Slade (2008).

Studien visar dei til pasientars erfaringar med innlegging på psykiatrisk sjukehus. Med i undersøkinga var 19 pasientar med erfaring med å vere innlagd på psykiatrisk sjukehus i Storbritannia. Funn frå studien visar til at relasjonen utgjorde eit kjerneelement for pasientens erfaringar. Tema som kommunikasjon, sikkerheit, tillit, tvang og kulturell kompetanse bidrog til relasjonelle aspekt. Evna til kommunikasjon frå fagpersonen si side vart vektlagt av alle informantane. Evna til å lytte vart beskriven som karakteristisk ved å bli møtt som eit menneske. Informantane som opplevde at fagpersonen lytta, gav dei ei kjensle av å bli respektert. Samtalen med fagpersonar blei sett på som terapeutisk for informantane, men berre viss dei bli lytta til og forstått.

**Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- ein kvalitativ studie.** Av Torbjørnsen, Strømstad, Aasland og Rørtveit (2014).

Når det gjeld å undersøkje fagpersonens erfaringar med relasjonens betydning i psykisk helsearbeid, har Torbjørnsen et al. (2014) gjennomført eit fokusgruppeintervju med 8 helsepersonell, innanfor psykisk helsevern. Målsetnaden med studien var å sjå på kva betydning systematisk refleksjon ovanfor pasientens meistringsstrategiar har for utvikling av empati hjå helsepersonell. Funn frå studien visar til at ved at informantane betraktar symptom som ein tillært måte å meistre lidinga på, vil dette påverke haldinga til pasienten på ein positiv måte. Når informantane kartla pasientens meistringsstrategiar, blei informantane meir observant på personen bak diagnosen. Informantane var også oppteken av makta i språket og korleis pasientane vart omtalt. Informantane vist til eit døme der ein tidlegare hadde omtalt ein pasient som paranoid. Fokus på hans livshistorie påverka informantanes haldning. Dei omtalte ikkje lenger pasienten som paranoid, men ein person som hadde opplevd mange tillitsbrot i livet. Ein felles gjennomgang av pasientens meistringsstrategiar gav ny motivasjon i arbeidet.

**Kognitiv miljøterapi i kommunalt bufellesskap.** Av Sommar & Eilertsen (2013).

Denne kvalitative studien visar dei til erfaringar som er gjort ved å bruke ein kognitiv miljøterapeutisk tilnærming i eit kommunalt bufellesskap for personar med psykiske helseproblem. Hensikta med studien var å undersøkje om bruk av kognitiv miljøterapi som

forståingsramme i undervisning og rettleiing, kan bidra til å utvikle og styrke tillit til eigen og personalgruppas kompetanse. Resultatet frå studien visar til at ein felles arbeidsform og tilnærming skapte ein meir samkøyrte personalgruppe til å arbeide med tenestemottakaranes problem. Vidare bidrog opplæring og bruken av kognitiv miljøterapi til personleg utvikling, auka tryggleik og tillit til eigen kompetanse. Informantane ønskja å vidareutvikle kompetansen for å kunne nytte metode meir variert. Funna indikerer at kognitiv miljøterapi er eigna som tilnærming til tenestemottakarar med psykiske helseproblem både i spesialisthelsetenesta og kommunen.

**Cognitive- behavioral therapy in social phobia.** Av Ito, Roso, Tiwari, Kendall og Asbahr (2008).

Ito, et al (2008) har gjennomført eit litteratursøk i databasen Medline og søkt etter publiserte artiklar som omhandlar bruken av kognitiv terapi ved sosial angst. Eit datamateriale på 28 artiklar vart brukt i studien. Artikkelen tek ein gjennomgang av aktuelle aspekt ved sosial angst og ulike stadium i behandling ved å ta i bruk kognitiv terapi. Resultatet i studien visar til at sosial angst er ein kronisk tilstand som karakteriserast ved vanskar med å fungere normalt i sosiale samanhengar og overdriven sjenanse. Ein artikkel som vart gjennomgått i studien visar til at 84 % av 62 pasientar med sosial angst som fekk behandling med kognitiv terapi, ikkje lenger oppfyllte kriterium for lidinga etter behandling med kognitiv terapi i eit år. I studien blir det konkludert med at kognitiv terapi har ein effekt i behandling av sosial angst.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil eg forsøkje å svare på problemstillinga: *«korleis kan ein vernepleiar gjennom ein kognitiv miljøterapeutisk tilnærming, skape ein relasjon med ein tenestemottakar med sosial angst?»*. Eg kjem til å sjå på utvalde funn og drøfte dei opp mot teorien. Eg vel også å trekke fram og beskrive ein oppdikta situasjon med ein tenestemottakar, for å belyse problemstillinga frå ulike sider. Den oppdikta situasjonen blir trekt fram i drøftinga der det er relevant. Vedlegg 2 inneheld ein oversikt over korleis eg har gått fram med å systematisere datamaterialet mitt, i arbeid med drøftingskapittelet.

## 5.1 Presentasjon av tenestemottakarens situasjon

Sindre er ein mann i starten av 20-åra som har fått tildelt eige husvære i eit kommunalt bufellesskap for menneske med psykiske helseproblem. Tidlegare har Sindre budd hjå foreldra. Han er ein stille og inneslutta person som har hatt sosial angst over tid. I privatlivet har Sindre vanskar med å gå på besøk og isolerer seg heime. Han har typiske teikn på sosial angst. Han unngår dømesvis augekontakt og seier minst mogleg i sosiale samanhengar for å unngå for mykje merksemd frå andre. Tankemønsteret er prega av angsten, der han er redd for å dumme seg ut og bli audmjuka av andre. Også blir dei sosiale situasjonane som Sindre deltek i, følgja av fysiologiske reaksjonar som hjartebank og rødmning.

I bustaden som Sindre skal flytte inn i, er det tilknytt ei personalgruppe bestående av vernepleiarar, sjukepleiarar, sosionomar og hjelpepleiarar som arbeidar etter ein kognitiv tilnærming. Sindre har fått tildelt ein vernepleiar som primærkontakt som skal følgje han opp i tida framover.

## 5.2 Å etablere ein relasjon og ein arbeidsallianse

Å etablere ein relasjon med tenestemottakaren krev at vernepleiaren evnar å etablere kontakt. Eide og Eide (2007) hevdar at gode kommunikasjonsferdigheitar er hjelpemiddel til å forstå tenestemottakaren som person, til å gi betre hjelp og støtte, og til å stimulere den andre si utvikling på best mogleg måte. I denne samanhengen er den profesjonelle kommunikasjon sentral. Sentrale element i profesjonell kommunikasjon, er at den er til hjelp for tenestemottakaren. Det er ein form for kommunikasjon der fagpersonen lyttar til den andre, bekreftar den andre i samtalen, har eit merksamt og observerande nærvær, og at fagpersonen stillar seg open til vanskelege kjensler og eksistensielle spørsmål.

I studien til Shattell et al. (2007) vart fagpersonens personlege, relasjonelle og kommunikative ferdigheitar vektlagt i interaksjonen med tenestemottakarar. Kommunikasjonsteknikkar som opne spørsmål, ein klargjerande og oppsummerande tone førte til at tenestemottakarane følte at fagpersonen relaterte seg til dei. At fagpersonen hadde ein ikkje dømmende haldning, hadde augekontakt og full merksemd retta mot dei, gav tenestemottakarane ei oppleving av å bli sett og høyrte. Å bli behandla som likeverdige gav tenestemottakarane ei kjensle av å vere med i eit «team», der fagpersonen fungerte som rettleiar og ikkje bestemte kva som måtte



gjerast. Tilsvarande funn vart gjort i studien til Gilbert et al. (2008). At fagpersonen ikkje var dømmende, lytta og viste forståing, gav pasientane ein kjensle av å bli møtt med respekt. Dei nemnte faktorane vart sett på som vesentleg i at tenestemottakarane og pasientane i begge studiane fekk tillit og tryggleik til fagpersonen. Dette blei også rekna som sentrale for å bygge opp ein arbeidsallianse.

På den eine sida vil det at vernepleiaren nærmar seg tenestemottakaren med hjelpande kommunikasjonsferdigheitar, eit merksamt nærvær og ein ikkje dømmende haldning kunne bidra til at Sindre får ein oppleving av vernepleiaren vil han vel. Det kan gi ei kjensle av å bli møtt med forståing. Dette kan bidra til at Sindre får tillit til vernepleiaren, noko som kan verke positivt inn på relasjonen og ein framtidig arbeidsallianse. Å føle seg forstått skapar tillit, tryggleik og ei oppleving av truverd og tilknytning (Røkenes & Hanssen, 2012).

På den andre sida kan slike terapeutiske ferdigheitar føre til at Sindre føler seg utilpass og utløyse angst. Clark (2001) påpeikar at å etablere ein relasjon og arbeidsallianse med personar som har sosial angst, kan vere utfordrande fordi dette i seg sjølv utgjer ein sosial interaksjon. Sosial angst karakteriserast som frykt for å oppføra seg på ein upassande måte, frykt for å framstå som rar og bli negativt vurdert av andre (Borge & Hoffart, 2015). Vanleg terapeutisk veremåte som å dømesvis sjå empatisk i auga til tenestemottakaren, kan gi auka sjølvbevisstheit og forhøgja angstnivå (Clark, 2001). Dette kan føre til at Sindre opererer med tryggleiksøkjande åtferd og framstå som reservert, uinteressert eller avvisande. Sett i slikt lys er det viktig at vernepleiaren har kunnskap om korleis eigen veremåte og erfaringar kan spele inn i møte med Sindre. Vernepleiaren må vere merksam på tenestemottakaren sine non-verbale uttrykk og dømesvis observere om Sindre plutselig blir utroleg og sveittar, noko som kan tyde på angst. Vernepleiaren må i denne samanhengen opptre relasjonskompetent. Røkenes og Hanssen (2012) hevdar at ein relasjonskompetent fagperson kommuniserer på ein måte som gir meining og som tek vare på den overordna hensikta med interaksjonen. Men kva viss vernepleiaren som skal følgje opp Sindre, er utrygg på eigen kompetanse og veremåte?

I studien til Sommar og Eilertsen (2013) vart kognitiv miljøterapi som forståingsramme trekt fram som ein arbeidsform som gav personalgruppa auka tryggleik og tillit til eigen kompetanse. Den sentrale ideen i kognitiv terapi er korleis negative automatiske tankar og reaksjonsmønster kan skape eller forsterke psykiske vanskar (Berge & Repål, 2015). Kunnskap om korleis symptom blir oppretthaldt, korleis man kan ta stilling dette, og korleis man kan møte tenestemottakaren i ein sårbar situasjon, kan vere ein styrke i arbeid med

tenestemottakaren. Dette kan bidra til auka tryggleik til eigen kompetanse og auka forståing i møte med tenestemottakaren. I tillegg blir kognitiv miljøterapi i organisert i eit tverrfagleg team (Lykke, 2006). Det tverrfaglege teamet kan vere eit støttehjul i situasjonar som vernepleiaren opplev som utfordrande i møte med tenestemottakaren. Dette kan også bidra til at vernepleiaren får rettleiing i vanskelege situasjonar, og stimulere evna til refleksjon.

På den andre sida må ein ta stilling til at det å danne ein relasjon ikkje er gjort i ein gang. Å bygge ein relasjon er ein tidskrevjande prosess. Vernepleiaren kan ikkje tvinge fram kontakt med Sindre gjennom å dømesvis setje seg mål om korleis nå inn på tenestemottakaren og vidare lage strategiar for å gjere dette. Vernepleiaren kan i ein slik samanheng legge til rette for at Sindre kan delta i ein kommunikasjonsprosess, bli kjend og trygg på vernepleiaren. Ein slik prosess kan gi rom for å utvikle ein relasjon. Røkenes og Hansen (2012) hevdar at ved at fagpersonens handlingar er forankra i at vedkommande forstår tenestemottakaren, vil dette verke positiv inn på relasjonen. Det bør også påpeikast at måten man nærmar seg ein person på ikkje kan generaliserast. Vi har alle forskjellige behov. Ein person med dømesvis depresjon som ofte manglar energi, initiativ, motivasjon, vil truleg ha andre behov, enn ein person som slit med sosial angst (Berge & Repål, 2010). Vernepleiaren bør difor ta stilling til den andre sitt behov og forsøkje å imøtekomme desse.

### 5.3 Kognitiv miljøterapi som forståingsmodell i fagleg arbeid- ein utfordring?

Kognitiv miljøterapi er ein aktiv, strukturert, problemorientert og dynamisk behandlingsform, der den kognitive modellen blir anvendt i behandlingstilsetjinga, med den hensikt å utvikle alternativ til pasientens uhensiktsmessige tankemønster og utvikle nye ferdigheitar (Lykke, 2006). I forskingsartikkelen til Sommar og Eilertsen (2013) var bakgrunnen for å implementere ein kognitiv miljøterapeutisk forståingsmodell i eit kommunalt bufellesskap krevjande faglege utfordringar og utfordrande møter med tenestemottakaren. Dei beskrev at å implementere den kognitive tilnærma i bufellesskapet, gav ei meir samkøyrd personalgruppe med moglegheiter til å arbeide tverrfagleg og bruke eit felles språk og tilnærming i arbeidet. Tilnærminga gav personalgruppa auka tillit til eigen kompetanse, meir handlingskompetanse og eit større fokus på tenestemottakarens meistringsstrategiar. I studien til Torbjørnsen et al. (2014) blei det undersøkt kva betydning systematisk refleksjon av pasientens meistringsstrategiar hadde for utvikling av empati hjå helsepersonell. Studiens funn visar til

at ved å betrakte pasientens symptom som ein tillært måte å meistre lidinga på, blei personalets haldning til pasienten påverke på ein positiv måte, og gav auka medkjensle og motivasjon til å gi omsorg.

Sjølv om dei nemnte studiane visar til at kognitiv miljøterapi bidreg til ein meir samkøyrte personalgruppe, tryggleik til fagleg kompetanse, auka forståing og empati ved å fokusere på tenestemottakarens meistringsstrategiar, kan det også oppstå utfordringar i dette arbeidet. Galvin og Erdal (2007) påpeikar at føresetnaden for at eit tverrfagleg samarbeid skal fungerer, er at aktørane har ein felles problemforståing. Tverrfagleg samarbeid bygger på at ulike faggrupper går saman om eit problem, mot eit felles mål. I kognitiv miljøterapi blir ein kognitiv forståingsmodell innført i avdelingas struktur og i det tverrfaglege behandlingsteamet (Lykke, 2006). Dersom partar i personalgruppa ikkje er einige om kva ideologi og arbeidsmetodar ein arbeidar etter, kan det lett oppstå ueinigheit og motstand blant fagpersonane. Dette kan påverke kvaliteten på arbeidet. Også kan ein felles forståingsmodell og tilnærming bidra til at ein berre ser ei side av problemet ein arbeidar med. At fagpersonar med ulik fagbakgrunn får moglegheit til å anvende sin unike kompetanse, kan styrke kvaliteten på arbeidet, i motsetnad til at fagpersonane må arbeide etter ein forståingsmodell som alle må rette seg etter, slik tilfellet kan vere med å implementere ein kognitiv miljøterapeutisk forståingsmodell.

På den andre sida kan ein felles målsetnad for arbeidet som eit tverrfagleg samarbeid legg til grunn for, gjere det lettare å finne felles metodar og strategiar for å nå måla. I ein slik prosess er det viktig å erkjenne at samarbeid må lærast. Sentralt er at leiing i kommunen må sjå sitt ansvar i denne samanheng og setje i verk tiltak for å oppnå kompetanse i samarbeidet. Plan for opplæring som utvikling og samarbeidskompetanse, bør vektleggast i eit tverrfagleg samarbeid. Ein anna viktig føresetnad for eit samarbeid, er at yrkesgruppene har kjennskap til kvarandre sine fagområder, visar respekt og anerkjenner forskjellar mellom kvarandre (Galvin & Erdal, 2007). I tillegg til at tverrfagleg samarbeid kan vere ein styrke i arbeidet, visar erfaringar til at ein kognitiv tilnærming som forståingsmodell, er ein fornuftig og jordnær måte å arbeide med helsevanskar på, både som metode for behandling og for sjølvhjelp. Den kognitive tilnærminga gir tenestemottakarane og pasientane moglegheit og håp over at man kan få kontroll over eins problem (Berge & Repål, 2015).

## 5.4 Å bruke kognitive hjelpemiddel i arbeid tenestemottakarar med sosial angst- ein moglegheit for fagpersonar?

I studien til Ito et al. (2008) blei ulike terapeutiske hjelpemiddel i kognitiv terapi i behandling av sosial angst beskriven. Sentrale terapeutiske hjelpemiddel omhandla blant anna å kartlegge situasjonar som utløysa symptom på sosial angst. Også har tilnærminga eit psykoedukativ funksjon med eit formål om å informere pasienten om lidinga og behandlingsmetoden. Vidare hjelpemiddel omhandla arbeid med å omstrukturere uhensiktsmessige tankemønster. Omstruktureringsarbeidet tek utgangspunkt i at terapeuten og pasienten samtalar om pasientens uhensiktsmessige tankar. Andre terapeutiske hjelpemiddel omfatta stress- og avslappingsteknikkar og eksponeringstrening.

Fordelen med å bruke ein kognitiv miljøterapeutisk forståingsmodell i arbeid med tenestemottakarar, er at den gir moglegheiter til å bruke tradisjonelle metodar i kognitiv terapi systematisk, som ein del av arbeidet. Ved å bruke terapeutiske hjelpemiddel som beskriven i studien til Ito, et al (2008), kan fagpersonen få anledning til å gripe fatt i kvardagslege situasjonar som har oppstått kor tenestemottakaren har feiltolka eller reagert på ein uhensiktsmessig måte. Ein kognitiv tilnærming i arbeid med tenestemottakarar, kan bidra til å gi eit språk for psykiske fenomen og moglegheiter til å sjå samanhengar mellom fenomen som tanke, kjensler, kroppsreaksjonar og handlingar. Ein slik innsikt kan bidra til å hjelpe tenestemottakaren til å forstå egne og andres handlingar og reaksjonsmønster på ein betre måte (Nordvoll, Borge og Steinstad, 2015).

Men tilnærminga som arbeidsform visar også til utfordringar både for tenestemottakarar og fagpersonar. Tenestemottakaren kan oppleve det som slitsamt å måtte dele opplevingar og vanskar til fagpersonar som arbeidar med vedkommande. I tillegg krevjast det opplæring og rettleiing av dei tilsette som arbeidar på arbeidsplassen. At fagpersonar utan formell utdanning til å drive med kognitiv terapi, gis moglegheit til å anvende terapeutiske metodar, kan bidra til å svekke kvaliteten på arbeidet som utførast. Funn frå Solbjør og Kleiven (2013) sin rapport «forskningsbasert kunnskapsammenstilling om kognitiv miljøterapi» visar til at pasientar har opplevd det som slitsamt å måtte dele sine erfaringar med fleire av personalgruppa. Vidare visar rapporten til at erfaringar med å lære seg dei kognitive teknikkane ved metoden tek tid. Fagpersonar kunne også oppleve at dei ikkje hadde tilstrekkeleg kompetanse til å bruke den terapeutiske metoden i arbeidet med pasientane, spesielt dei med samansette vanskar.

Til tross for utfordringar som kan oppstå i å bruke kognitiv miljøterapi som arbeidsform visar erfaringar, at å ta i bruk tilnærminga bidreg til reduksjon av psykopatologi, auka funksjon, betring i angstnivå og depressive symptom (Solbjør & Kleiven, 2013). Vidare visar erfaringar frå studien til Sommar og Eilertsen (2013) at bruken av kognitiv miljøterapi gir ei meir samkøyrte personalgruppe med meir handlingskompetanse og auka fagleg kompetanse i arbeid med tenestemottakaren. Det bør påpeikast at god opplæring og rettleiing av fagpersonar i kognitive teknikkar, god planlegging og organisering av den kognitive miljøterapien, og tilpasse arbeidet til pasientens behov, er viktige faktorar for at bruken av tilnærminga skal fungere (Solbjør & Kleiven, 2013).

## 6.0 Oppsummering og konklusjon

Å etablere ein relasjon med ein tenestemottakar med sosial angst kan vere utfordrande. Kjenneteikn ved lidinga førar til at personen fryktar å bli oppfatta som rar og oppføra seg på ein upassande måte, og bli negativt vurdert av andre. Vernepleiaren må i dette arbeidet vere merksam på eigen veremåte og nærme seg tenestemottakaren gradvis. Relasjonsbygging er ein tidskrevjande prosess, noko som indikerer at vernepleiaren må evne å bygge opp ein relasjon over tid. Sentralt i denne samanhengen er at tenestemottakaren må føle seg trygg på vernepleiaren. I denne prosessen må vernepleiaren legge til rette for at tenestemottakaren kan delta i ein kommunikasjonsprosess, bli kjend og trygg på vernepleiaren. Kognitiv miljøterapi som forståingsmodell kan bidra til auka tryggleik og kompetanse for personalgruppa, meir handlingskompetanse i krevjande situasjonar, eit auka fokus på meistringsstrategiar og betre forståing av tenestemottakarens problem. Det tverrfaglege behandlingsteamet som kognitiv miljøterapi blir organisert i, kan vere eit støttehjul i arbeid med relasjonsbygging og krevjande faglege utfordringar. Faglege samtalar og rettleiing kan bidra til at fagpersonen får auka tryggleik til eigen kompetanse og bidra til refleksjon. Ved å organisere eit kognitiv miljø kan fagpersonar få anledning til å anvende kognitive teknikkar i arbeid med tenestemottakarar. Bruken av kognitive teknikkar i kvardagslege situasjonar bidreg til at fagpersonen kan gripe fatt i her-og-no augeblikk og rettleie og støtte tenestemottakaren til å endre uhensiktsmessige tanke- og reaksjonsmønster. Ein felles einigheit om bruken av kognitiv miljøterapi som arbeidsform blant personalgruppa, tilstrekkeleg opplæring og rettleiing av fagpersonar i kognitive teknikkar og god planlegging og organisering av arbeidet blir vektlagt.

## 7.0 Litteraturliste

- Aubert, M-A., & Bakke, M., I. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse. Nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen- lær deg kognitiv terapi*. 3. Utgåve. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (Red.). (2015). *Håndbok i kognitiv terapi*. 2. Utgåve. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T., Samoilow, K., D. (2015). *Behandlingsalliansen i kognitiv terapi*. I Berge, T. & Repål, A. (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. (s. 39-58). 2. Utgåve. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Borge, F-M (2011) *Residential cognitive and interpersonal treatment for social phobia: outcomes, predictors and factors associated with in treatments changes of social phobia*. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo). Henta frå: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18023/dravhandling-borge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Borge, F-M. & Hoffart, A. (2008). *Sosial angstlidelse*. Berge, T. & Repål, A. (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. (s.178-200). 2. utgåve. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borge, F-M. & Hoffart, A. (2015). *Sosial angstlidelse*. I Berge, T. & Repål, A. (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. (s. 115-128). 2. Utgåve. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Butler, C., A., Chapman, E., J., Forman, M., E. & Beck, T., A. (2005). *The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses*. *Clinical Psychology Review* 26 (2006) 17 – 31.
- Clark, M., D. (2001). *A Cognitive perspective on social phobia*. I Crozier, R., W. & Alden, E., L (Red.), *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relation to the Self and Shyness*. Henta frå: <http://kognitifterapi.com/cbtistanbul/wp-content/uploads/2014/04/3.CLARK-SOCIAL-PHOBIA.pdf>
- Dahl, A., A. (2012). *Sosial angst og smerte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Dramsdahl, M. & Jordahl, H. (2015). *Kognitiv miljøterapi: samarbeid og endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Revidert utgåve. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- FO (2013). *Vernepleieren- utdanningen og profesjonen*. Oslo: LO media. Henta frå: <https://www.fo.no/getfile.php/138993/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Vernepleier.pdf>
- Galvin, K., & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis- til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. 2. revidert utgåve. Oslo: Kommuneforlaget.
- Gilburt, H., Rose, D. & Slade, M. (2008). *The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users` experiences of psychiatric hospital admission in the UK*. BMC Health Services Research, 2008, 8:92, DOI 10.1186/1472-6963-8-92. Henta frå: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-92>
- Ito, M., L., Roso, C., M., Tiwari, S., Kendall, C., P. & Asbahr, R., F. (2008). *Cognitive behavioral therapy in social phobia*. Rev. Bras. Psiquiatr. 30 (2), doi.org/10.1590/S1516-44462008000600007. Henta frå: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Lykke, J. (2006). *Hvad er kognitiv miljøterapi*. I Oestrich, I., & Holm, L. (Red.), *Kognitiv miljøterapi: at skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde* (s. 19-24). Danmark: Dansk psykologisk Forlag.
- Nordvoll, J. Borge, L., & Steinstad, D. (2015). *Kognitiv miljøterapi i psykisk helsevern*. I Berge, T., & Repål, A. (Red.). *Håndbok i kognitiv terapi*. (s. 377-392). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Norsk helseinformatikk (2013). *Sosial angst*. Henta frå: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/sosial-angst/>



- Oestrich, I. (2006). *At organisere et kognitivt miljø*. I Oestrich, I., & Holm, L. (Red.), *Kognitiv miljøterapi: at skabe et behandlingsmiljø i likeverdigt samarbejde* (s. 24-30). Danmark: Dansk psykologisk Forlag.
- Røkenes, H., O. & Hanssen, H-P. (2012). *Bære eller briste- kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utgåve. Bergen: Fagbokforlaget.
- Shattell, M., M., Starr, S., M. & Thomas, P. S. (2007). "Take my hand, help me out": Mental health service recipients` experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing* 16, 274-284. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00477. Henta frå: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x/full>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2013). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Solbjør, M. & Kleiven, H., H. (2013). *Kognitiv miljøterapi- forskingsbasert kunnskapssammenstilling*. (NAPHA rapport 3/ 2013). Henta frå: <https://www.napha.no/multimedia/3775/NAPHA-Rapport-Kognitiv-7k.pdf>
- Sommar, M. & Eilertsen, G. (2013). *Kognitiv miljøterapi i kommunalt bofellesskap*. *Sykepleien* nr 2, 2013; 8: 132-138 doi: 10.4220/sykepleienf. 2013.0051. Hentet frå: <https://sykepleien.no/forskning/2013/04/kognitiv-miljoterapi-i-kommunalt-bofellesskap>
- Statens helsetilsyn. (2000). *Angstlidelser- kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Statens helsetilsyns utredningsserie 4:99. Henta frå: [http://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/angstlidelser\\_utredning\\_behandling\\_ik-2694.pdf](http://helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/angstlidelser_utredning_behandling_ik-2694.pdf)
- Torbjørnsen, E., B., A., Strømstad, V., J. Aasland, K., M., A. & Rørtveit, K. (2014). *Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- en kvalitativ studie*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* volum 11. Nr. 4. Side 328-333.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for vernepleieutdanning*. Henta frå: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)

## Vedlegg 1: skjematisk oversikt over utvalde forskingsartiklar

Nr	Forfattar, land, utgjevnadsår	Hensikt	Metode/ Design	Deltakarar	Resultat
1	Shattell, M., M., Starr, S., M. & Thomas, P. S.  USA  (2007)	Å beskrive tenestemottakarar som erfaringar med den terapeutiske relasjon	Ein sekundæranalyse av kvalitative intervju	20 intervju med tenestemottakarar med psykisk sjukdom.	Tenestemottakarane erfarte at når fagpersonen, relaterte seg til dei, blei kjend med dei som person og hjelpte dei med å finne løysingar på problem, styrka den terapeutiske relasjonen seg.
2	Gilburt, H., Rose, D. & Slade, M.  Storbritannia  (2008)	Å undersøkje pasientens erfaringar med innlegging på psykiatrisk sjukehus	Kvalitative intervju med ein deltaktande tilnærming.	19 tidlegare pasientar med erfaringar av å vere innlagt på psykiatrisk sjukehus	Relasjonen utgjorde eit kjerneelement i pasientens erfaringar med. Evna til kommunikasjon frå fagpersonen si side vart vektlagt av alle informantane.
3	Torbjørnsen, E., B., A., Strømstad, V., J. Aasland, K., M., A. & Rørtveit, K.  Noreg  (2014)	Å undersøkje kva betydning systematisk vektlegging av pasientens meistringsstrategiar har for utvikling av empati hjå helsepersonell.	Fokusgruppeintervju med eit eksplorativt design	8 helsepersonell	Ved å betrakte pasientens symptom som ein tillært måte å meistre lidinga på, blei personalets haldning til pasienten påverka på ein positiv måte, og gav auka medkjensle og motivasjon til å gi omsorg.
4	Sommer, M. & Eilertsen, G.  Noreg	Å undersøkje om bruk av kognitiv miljøterapi som forståingsramme i undervisning og rettleiing av	Fokusgruppeintervju	5 helsepersonell	Kognitiv miljøterapi som forståingsmodell skapte ein meir samkøyrte personalgruppe til å arbeide med

	(2013)	helsepersonell i kommunalt bufellesskap for personar med psykisk helseproblem, kan bidra til utvikling og styrking av tillit til eigen og personalgruppa sin kompetanse.			tenestemottakaranes problem, til personleg utvikling, auka tryggleik og tillit til eigen kompetanse
5	Ito, M., L., Roso, C., M., Tiwari, S., Kendall, C., P. & Asbahr, R., F.  Brasil og USA  (2008)	Å ta ein gjennomgang av aktuelle aspekt ved sosial angst og ulike stadium i behandling med kognitiv terapi	Litteraturstudie	28 forskingsartiklar	Gjennomgang av litteratur antyder at sosial angst er ein kronisk og utbreidd tilstand, karakterisert av sosial hemming og overdriven sjenanse. Diagnose og behandling av lidinga er bestemt av stressnivå og funksjonsnedsetting. Det er generell einigheit i litteraturen at kognitiv åtferdsterapi er effektiv i behandling av sosial angst.

## Vedlegg 2: Systematisering av datamateria i arbeid med drøftinga

Oppsummering over tema av faglitteratur og forskingsartiklar brukt oppgåva:

### Tema 1: relasjon og arbeidsallianse

Teori	Forskingsartiklar
<p>Teori om relasjon relatert til psykisk helse visar til at psykisk sjukdom førar til endring i relasjonar.</p> <p>Relasjonskompetanse: er eit viktig verktoy og handlar først og fremst om å kjenne seg sjølv og korleis eins forståing og livserfaring påverkar møte med tenestemottakaren. Også handlar relasjonskompetanse om å kommunisere på ein måte som gir mening og møte heile menneskje.</p> <p>Ein god relasjon/ terapeutiske relasjon er ein bærande relasjon: som inneberer å</p>	<p><b>Artikkel 1: Shattell, Starr og Thomas (2007)</b></p> <p>Shattell et al. Visar til at tenestemottakarane erfarte at når fagpersonen, relaterte seg til dei, blei kjend med dei som person og hjalp dei med å finne løysingar på problem, styrka den terapeutiske relasjonen seg.</p> <p>Terapeutiske eigenskapar som blir vektlagt er: at fagpersonen har ein ikkje dømmende, avslappa, genuin og roleg haldning. Kommunikative eigenskapar som blir verdsett ser: ein oppsummerande, utforskande haldning. God augekontakt, eit merksamt nærvær, utrykking av kjensler er andre viktige aspekt ved terapeutisk relasjon.</p>

<p>kunne bre hjelpa som gis samtidig som den skal vere til hjelp.</p> <p>For å kunne etablere ein relasjon må fagpersonen kommunisere: profesjonell kommunikasjon er sentralt i denne samanheng og er ein hjelpande kommunikasjon som er til hjelp og støtte for klienten og pårørande.</p> <p>I arbeid med å hjelpe tenestemottakaren krevjast ein arbeidsallianse. Arbeidsalliansen omfattar eit samarbeidsprosjekt mellom fagperson og tenestemottakar</p>	<p><b>Artikkel 2: Gilbert, Rose og Slade (2008).</b></p> <p>Gilbert et al. Hevdar at relasjonen utgjer eit kjerneelement for pasientens erfaringar.</p> <p>Kommunikasjon vart vektlagt av pasientane: lytting, samtale og forståing utgjorde kjerneelement. At fagpersonen hadde ein open, ikkje dømmende haldning vart verdsett. Dette bidrog til omsorg og støtte.</p> <p><b>Artikkel 3: Tørbjørnsen, Strømstad, Aasland og Rørtveit (2014).</b></p> <p>Ved at personalet ser på pasientens symptom som forsøk på å mestre situasjonen, blir deira halding påverka til pasienten på ein positiv måte.</p> <p>Fokus på meistringsstrategiar, gav ny motivasjon og større medkjensle til å bli kjend med personen og til å vise omsorg og forståing.</p>
---	--

## Tema 2: kognitiv miljøterapi

Teori	Forskningsartikkel
<p>Den kognitive miljøterapeutiske (KMT) tilnærminga omfattar: trening i sosiale ferdigheitar, psykoedukasjon og kognitiv omstrukturering</p> <p>Kunnskap om bruk av tilnærminga gir personalet moglegheit til å anvende metodar frå kognitiv terapi i kvardagslege situasjonar. Metodar som ABC-modellen, kartleggingsreiskap og formålsretta samtalar med tenestemottakarane</p> <p>Tilnærminga gir moglegheit til å arbeide i tverrfagleg team og bidreg til å reflektere, forstå og organisere arbeidet etter ein kognitiv tilnærming</p>	<p><b>Artikkel 4: Sommar &amp; Eilertsen (2013) Kognitiv miljøterapi i kommunalt bufellesskap.</b></p> <p>Funn visar til at å implementere KMT i eit kommunalt bufellesskap, gav ei meir samkøyrd personalgruppe med felles språk og tilnærming ovanfor pasientens problem.</p> <p>KMT bidrog til fagleg utvikling, kompetanse og auka tryggleik til fagleg kompetanse, auka fokus på meistringsstrategiar og meir handlingskompetanse.</p> <p>KMT bidrog til auka bevisstheit over korleis tenestemottakarens symptom blir oppretthald og korleis gi rettleiing, støtte og hjelp til tenestemottakaren.</p>

## Tema 3: sosial angst.

Teori	Forskningsartiklar
<p>Teori om sosial angst visar til at lidinga er ein fobisk tilstand karakterisert av frykt for å framstå som rar, og bli negativt vurdert av andre.</p> <p>Sosial angst er den hyppigaste førekommande angstlidinga.</p>	<p><b>Artikkel 5: Ito, Roso, Shilpee, Tiwari, Kendall &amp; Fernando R Asbahr (2008).</b></p> <p>Ito et al. hevdar at sosial angst er ein kronisk tilstand karakterisert med vanskar med å fungere normal i sosiale samanhengar.</p>

<p>Sosiale situasjonar blir utgått eller blir haldt ut med intenst ubehag.</p> <p>Lidinga førar til betydeleg funksjonssvikt og vanskar i høve til utdanning, arbeid og sosialt liv.</p> <p>Samtidige psykiske problem er vanlege som andre fobiske lidingar, depresjon og alkoholmisbruk</p> <p>Oppretthaldande faktorar ved lidinga omfattar blant anna:</p> <p>Aktivering av forventingar: overdriven standard for sosial åtferd, konsekvensar av å framstå på ulike måtar og uviklårleg negativ forvening.</p> <p>Endring i merksemda: var for indre uro, aktivering av negative automatiske tankar, overdrivne negative konklusjonar</p> <p>Fysiologiske symptom: hjartebank, raudning, skjelving og hjernteppe.</p> <p>Tryggleiksøkjande åtferd blir anvendt for å dempe, førebygge ubehag. Dei er med på å oppretthalde tilstanden.</p>	<p>Sentrale terapeutiske hjelpemidlar i behandling av lidinga er: å kartlegge pasientens situasjon, samarbeide med pasienten og lage felles mål for arbeidet. Samtale om uhensiktsmessige tankemønster og rettleie og hjelpe pasienten til å omstrukturere desse, stress- og avslappingsteknikkar og eksponeringsterapi.</p> <p>Studien visar at kognitiv terapi er effektiv i behandling av lidinga.</p>
--	---

Resultat av systematisering av data: følgjande kategoriar er aktuelt å drøfte opp mot problemstillinga:

- Å etablere ein relasjon og arbeidsallianse.
- Om ein kognitiv miljøterapeutisk forståingsmodell i arbeid med tenestemottakarar med sosial angst er ein eigna arbeidsform.
- Om fagpersonar kan bruke kognitive teknikkar i arbeid med tenestemottakarar med sosial angst.